



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MEXICO**

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

**TERAPIA GESTALT CON NIÑOS CON NECESIDADES EDUCATIVAS
ESPECIALES**

TESINA

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA PRESENTA:**

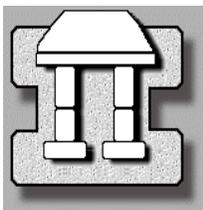
ROSA BEATRIZ ALEXANDER CASTILLO

ASESORES

JOSÉ RENÉ ALCARAZ GONZÁLEZ

SERGIO LÓPEZ RAMOS

MARÍA GUADALUPE AGUILERA CASTRO



TLALNEPANTLA ESTADO DE MÉXICO, 2003



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.

Los niños son mensajes vivientes que enviamos al futuro.
Anónimo

*Lo importante no es lo que hicieron de nosotros,
sino lo que nosotros hacemos con eso que
hicieron de nosotros*
Jean Paul Sartre

Dedicatorias

A mis hijos:

A Kevin por ser la inspiración de este trabajo y ser parte de mi vida.

A Tayanna por su gran ternura que ilumina.

A mis padres, por darme la vida y por su apoyo incondicional.

Al tío Monchis por su insistencia en hacer de mí una persona.

A mis primas y tías por su apoyo constante.

A mis incondicionales amigas Paty, Hayde y Paty.

Agradecimientos

Al Profesor René gracias por el apoyo y la paciencia que me tuvo.

Al Dr. Sergio López Ramos gracias por enseñarme los atajos del camino.

A Guadalupe Aguilera por su apoyo

INDICE

RESUMEN.....	4
INTRODUCCION.....	5
CAPITULO I. DESARROLLO INFANTIL.....	11
1.1 Desarrollo embriológico.....	12
1.2 Desarrollo maduracional.....	13
1.2.1 De 0 a 2 años.....	13
1.2.2 De 2 a 5 años.....	14
1.2.3 De 5 a 7 años.....	15
1.2.4 De 7-12 años.....	15
Concepto de desarrollo en:	
1.2.4 Psicoanálisis.....	15
1.2.5 Conductismo.....	20
1.2.6 Psicogenética.....	23
CAPITULO II LOS NIÑOS CON NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES (NEE).....	32
2.1 Reseña histórica sobre personas con NEE.....	33
2.2 Discapacidad, Retraso mental y Retardo en el desarrollo.....	38
2.3 Diferentes categorías de los niños con NEE (según DSM IV).....	39
2.3.1 Retraso Mental.....	39
2.3.2 Trastornos del aprendizaje.....	39
2.3.3 Trastornos de las habilidades motoras.....	40
2.3.4 Trastornos de la comunicación.....	41
2.3.5 Trastornos generalizados de desarrollo.....	42
2.3.6 Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador.....	44
2.3.7 Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia o la niñez.....	46
2.3.8 Trastornos de Tics.....	47
2.3.9 Trastornos de la eliminación.....	48
2.3.10 Trastorno de la infancia, la niñez o la adolescencia.....	49
2.3.11 Abuso físico del niño.....	50
2.3.12 Abuso sexual infantil.....	50

2.3.13 Duelo.....	50
2.4 Formas en que han sido abordados los casos de NEE desde diferentes enfoques.....	51
2.4.1 Modelo médico.....	51
2.4.2 Psicoanálisis.....	52
2.4.3 Conductismo.....	55
CAPITULO III. ASPECTOS GENERALES DE LA TERAPIA GESTALT.....	58
3.1 Antecedentes de la Terapia Gestalt.....	59
3.2 Influencias teóricas.....	61
3.2.1 Psicoanálisis.....	61
3.2.2 Las corrientes orientales.....	62
3.2.3 La psicología humanista.....	65
3.3 Conceptos básicos.....	66
3.3.1 Figura-Fondo.....	66
3.3.2 Aquí y ahora.....	70
3.3.3 Ciclo de la experiencia.....	71
3.3.4 Resistencias.....	72
3.3.5 Polaridades.....	75
3.3.6 Darse Cuenta.....	77
3.4 Técnicas en la TG.....	78
3.4.1 Técnicas Supresitas.....	79
3.4.2 Técnicas Expresivas.....	80
3.4.3 Técnicas Integrativas.....	81
CAPITULO IV.TERAPIA GESTALT APLICADA A NIÑOS.....	85
4.1 Proceso Terapéutico.....	86
4.2 El trabajo con los padres.....	99
CAPITULO V.TERAPIA GESTALT APLICADA A NIÑOS CON NEE.....	101
5.1. El proceso terapéutico en niños con NEE.....	102
5.2 Técnicas de la TG aplicables a niños con NEE.....	109
5.3 Características de los niños a los que es aplicada la T.G.....	112
CONCLUSIONES.....	114
BIBLIOGRAFIA.....	120

RESUMEN

La presente tesina se centra en la revisión literaria acerca de niños de necesidades educativas especiales (NEE) y la Terapia Gestalt (TG), el principal objetivo fue realizar un análisis crítico sobre la posibilidad de aplicar la TG a los niños con NEE, para ello se determinó el perfil de los niños con NEE con los que se puede aplicar la TG y se determinó además en que casos de NEE no es aplicable la TG. De los niños con NEE a los que aplicable la TG se determinó cuáles técnicas tienen más posibilidades de aplicación y cuáles serían los modos de aplicarlas.

Para el logro de estos objetivos se comenzó por realizar una descripción del desarrollo infantil visto desde diferentes posturas: psicoanálisis; conductismo; psicogenética y el modelo médico. Continuamos con una reseña histórica sobre los niños con NEE e incluimos las categorías del DSM IV, además de revisar las formas en que han sido abordados estos casos desde las diversas perspectivas.

También abordamos los tópicos generales con los que se trabaja la TG. E incluimos algunos casos en los que se ha aplicado la TG en niños considerados "normales". Terminamos con una revisión de los casos considerados como de NEE según el DSM IV y que son trabajados desde el enfoque terapéutico de la Gestalt.

Dado nuestro objetivo se concluye que la TG si es aplicable a algunos casos, pero "se aplican restricciones", como que no se puede aplicar a personas cuyo DC no está adecuadamente desarrollado pues los niños que tienen atención de nivel contextual no tienen posibilidad de insight ni darse cuenta complejo. Por consiguiente los niños que sí llegan a niveles de comportamiento referenciales si pueden llegar al darse cuenta complejo y beneficiarse de la TG como complemento integrador a cualquier tipo de labor pedagógica o reeducativa

INTRODUCCIÓN

En el campo profesional como psicóloga he trabajado con niños de Necesidades Educativas Especiales (NEE), encontrando que las diversas teorías aplicadas al trabajo terapéutico con estos niños se enfocaban a un solo aspecto de su problemática, ya sea a lo cognitivo o a lo orgánico, dejando de lado los demás aspectos.

En un niño con NEE los procesos de desarrollo se alteran, por lo que hay que atender los diversos elementos que están involucrados en tal alteración.

De entre las teorías más nombradas que han trabajado con este tipo de niños tenemos al psicoanálisis, el conductismo, la psicogenética y el modelo médico.

El psicoanálisis por ejemplo, se ancla en una búsqueda arcaica de recuerdos de las primeras etapas de la niñez, recuerdos que al paso del tiempo ya han sido distorsionados por otras experiencias. En el psicoanálisis, el inconsciente es el aspecto primordial a estudiar por lo tanto no hay un contacto físico entre el terapeuta y el paciente, la técnica básica es hablar “acerca de”: sueños, recuerdos, fantasías, interpretándose éstos como parte del contenido del inconsciente. Al trabajar solo con el inconsciente se parcializa la atención, así mismo al interpretar lo que el paciente dice se corre el riesgo de que el “historial” del analista influya en la interpretación del contenido del material que proporciona el paciente.

Aunque Freud no trabajó mucho con niños y menos aún con niños con NEE (sujetos alienados), sus seguidores sí, entre ellos Maud Mannoni y Françoise Doltó.

Mannoni (1997) considera que el niño alienado es un objeto de deseo por parte de los padres, para la madre el nacimiento de un niño, “en la medida de lo que desea durante el curso de su embarazo es, ante todo la revancha o repaso de su propia infancia; la llegada de un niño va a ocupar un lugar entre sus sueños perdidos: un sueño encargado de llenar lo que quedó vacío en su propio pasado, una imagen fantasmática que se superpone a la persona “real” del niño. Este niño soñado tiene por misión restablecer, reparar aquello que en la historia de la madre fue juzgado deficiente, sufrido como una carencia, o

prolongar aquello a lo que ella debió renunciar”. (Mannoni, 1997 pág. 22) Al momento de concebirlo, el niño es el depositario de los deseos y sentimientos de los padres, principalmente de la madre. Al nacer un niño discapacitado y no poder cumplir con las expectativas que los padres tenían de él pasa a ser el causante de las desgracias de la madre quien ante todo “debe ser fuerte” para sacar adelante a su hijo. El niño ya no es el sujeto de su deseo, ahora es el objeto de deseo y pasa a ser también un objeto a cuidar.

Los padres son los que depositan en el cuerpo del niño sus enfermedades y angustias, es por ello que aunque se habla de trastornos orgánicos, éstos se complican más con las relaciones fantasmáticas de los padres y la carencia afectiva.

Un aspecto importante a considerar dentro de esta postura es la relación que se establece entre el terapeuta y el paciente. El terapeuta tiene el cuidado de no complacer la demanda de los padres, pero sí la del niño, pero ¿qué pasa con los deseos del niño si se supone que es un sujeto dependiente de los deseos del Otro? Para ello Mannoni considera que dentro del psicoanálisis la misión del analista es no ser un reeducador y no adaptar al niño a la simple “realidad”, pues con ello solamente se satisface la demanda de la sociedad y de los padres, por el contrario, lo que plantea como misión es de insertar al niño en el juego del significante para que devenga como un sujeto con deseos propios.

Como dato se encuentra que en la terapia infantil de corte psicoanalítico no se incluye a los padres, ésta se da por separado, ya que la madre es quien quiere tomarla y no el niño, situación que habla de una fragmentación de la atención terapéutica, ya que no es integral.

Contrario a esta postura, el conductismo se enfoca a la “conducta observable” lo que denota igualmente una visión fragmentada del individuo que solo estudia la conducta como resultado de un proceso y no estudia el proceso mismo. El terapeuta puede modificar la conducta basándose en programas de contingencias estímulo-respuesta en los que se utilizan estímulos reforzantes si se desea aumentar la conducta y aversivos si se quiere decrementar, de acuerdo a este paradigma se elaboran las Técnicas de Modificación Conductual. Desde ésta aproximación el niño con NEE (individuo retardado) es aquel que tiene un repertorio conductual limitado o excesivo, el cual se deriva

de interacciones del individuo con el medio, lo que constituye su historia de interacción por lo que los estímulos a los que es sometido el niño influyen para que el retardo se modifique (Ribes, 1976). Para ello se realiza inicialmente un diagnóstico para saber con que repertorio conductual cuenta el sujeto, si tiene deficiencias conductuales, o excesos, si no ha recibido reforzamiento, o bien ciertas conductas son las que lo alejan de recibir ese reforzador, también saber qué factores ambientales controlan su conducta y ante qué reforzadores responde. Todo ello para determinar cuales conductas serán establecidas o eliminadas por medio de la manipulación de una serie de procedimientos para promover la adquisición de conductas que sean necesarias para remediar por lo menos parcialmente dicho retardo.

Por otro lado tenemos la teoría psicogenética de Jean Piaget, que está orientada a la investigación cognoscitiva y plantea la investigación del proceso mediante el cual se adquieren los conocimientos y no el resultado final, como sucede con el conductismo, de modo que los resultados obtenidos han redituado en valiosas aportaciones en el plano educativo.

Su perspectiva es también biologicista, para Piaget todas las primeras conductas del niño se constituyen mediante procesos de asimilación funcional a partir de estructuras preexistentes biológicamente, (Inhelder, 1975) entonces para que un organismo asimile conocimientos es necesario tener estas estructuras, que van siendo elaboradas mediante la maduración de las mismas, cada nivel de interacción contiene el nivel de complejidad siguiente llevando una secuencia lineal, la cual no puede "saltarse" integrándose unas a otras, no se sustituyen. Piaget concluye de esto que el pensamiento del niño se divide en cuatro etapas, periodos o estadios que son: sensoriomotor; preoperacional; operaciones concretas y operaciones formales y es en éste último, de alguna manera, en el que se alcanza la madurez intelectual, al llegar al pensamiento lógico-deductivo.

Piaget propone un método para el trabajo con niños, (contrario al conductismo) de observación natural, se trata de estudiar al niño en su propio contexto y plantearle situaciones acordes con este contexto, para lo cual, mediante preguntas y objetos deducía el nivel intelectual en el que se encontraba el niño de acuerdo a su propuesta de estadios; utiliza para ello como medio de referencia el pretest y el postest (Cabe mencionar que Jean Piaget está en

desacuerdo con los métodos psicométricos que evalúan el producto final y no el proceso) y descubre que el niño avanza a ciertos niveles, como ya se ha dicho y menciona que a medida que el niño deja ser egocéntrico avanza al pensamiento lógico formal. (Piaget, 1992)

Inhelder, colaboradora de Jean Piaget dedicó algunos estudios para la determinación de la conservación de masa, peso y volumen en niños con déficit mental descubriendo que también pasan por las mismas etapas que otros niños sin déficit, solo que a un ritmo más lento, también observó oscilaciones entre las etapas, solo que el niño con NEE no accederá al estadio de las operaciones formales (Inhelder citado en: Aguilera, 1998). El individuo –en esta teoría- se ve a través de su maduración intelectual, aquí solo importa la adaptación a las diferentes situaciones que se le presentan al niño y el nivel en el que se encuentra maduracionalmente, siendo ésta otra de las posturas que ven al individuo de manera parcial.

En el modelo médico-psiquiátrico, el individuo es un ser cuyo comportamiento es el producto de su estructura anatómico-fisiológica y cualquier alteración en esta estructura da como consecuencia un ser enfermo. Aquí solo se ve al paciente como un individuo enfermo al que hay que controlar médicamente, y los pacientes están expuestos a los efectos yatrogénicos de estas prácticas. El enfermo tiene alteraciones en algún órgano y este órgano no tiene nada que ver con el resto del cuerpo (hablando desde la anatomía) este órgano enfermo va a ser tratado por su correspondiente especialista y rara vez se realizan trabajos interdisciplinarios no se meten en otra cosa que no sea su especialidad, además de que entre colegas no siquiera se creen. Los médicos creen que son ellos y sus recetas las que guardan el equilibrio de la salud. Además de que no aceptan o bien le dan poco peso a la subjetividad dejando de lado otros aspectos del ser humano como son las emociones.

Para la terapia Gestalt en cambio, el ser humano es un ser integral, no hay esa dicotomía, la persona es un ser creativo dueño de su voluntad, de naturaleza sana, que solo se interrumpe si se altera su natural ciclo de autorregulación.

Asimismo la Gestalt es una terapia no directiva, en donde no es el terapeuta el que decide el curso de la terapia, sino la propia persona, la cual es un ser creativo y sus necesidades van marcando este proceso, la terapia busca que la

persona conozca esas necesidades para que pueda conseguir los medios para satisfacerlas y estar en constante evolución.

La gestalt no es radicalmente diferente de las demás posturas, pues retoma de manera singular algunas cuestiones que han funcionado para otros modelos.

Los gestaltistas toman en cuenta que existe una vida subjetiva, que hay emociones, se enfocan en el aquí y ahora, por lo tanto la historia del individuo solamente le interesa por cuanto afecta a la situación actual, el pasado, si existe y toma referencia en el presente.

En lo referente al trabajo gestáltico con personas con alguna necesidad especial se ha escrito muy poco y por lo tanto se ignora que resultados se han obtenido.

Una de las autoras que ha escrito acerca de niños es Violeta Oaklander, ella es considerada pionera de la gestalt infantil, en su libro "Ventanas a nuestros niños" nos muestra la manera de trabajar con niños y parte de la premisa de crearles o fomentarles la toma de conciencia de sus necesidades. Violeta no menciona a los niños con necesidades educativas especiales, sin embargo trabaja algunos casos considerados como de necesidades especiales. Al igual que Oaklander Guadalupe Amescua aplica la gestalt con niños mexicanos obteniendo resultados muy parecidos; pero ¿qué hay de los niños cuyas funciones sensoriales, cognitivas y orgánicas están totalmente alteradas?, ¿sería aplicable la psicoterapia gestáltica a niños con necesidades educativas especiales? Ya que en algunos de ellos no existe una toma de conciencia ni de reconocimiento corporal. ¿Qué se puede hacer con ello? ¿De qué depende que en personas comunes funcione tan bien, en tanto que con personas con necesidades educativas especiales, no se haya hecho prácticamente nada?

La población de personas con necesidades educativas especiales va cada vez en aumento, es por ello que éste trabajo pretende aportar una forma potente de terapia, además de contribuir de manera teórica al crecimiento de la teoría de la TG con niños de necesidades educativas especiales.

Por tanto, el **Objetivo General** de la presente tesina es: Hacer un análisis crítico sobre la posibilidad de aplicar TG a niños con NEE.

Objetivos específicos:

- 1.- Queremos determinar el perfil de los niños con NEE con los que se puede aplicar la TG.

2.- Por exclusión trataremos de determinar en qué casos de NEE no es aplicable la TG.

3.- Determinar cuáles son las técnicas de la TG con más posibilidades de aplicación en niños con NEE de aquellos a los que sea aplicable esta forma de terapia.

4.- Cuáles serían las formas o los modos más adecuados de utilizar estas técnicas en los casos de personas con NEE y sus padres.

Para lograr el desarrollo de estos objetivos comenzamos por describir en el capítulo I el desarrollo infantil visto desde las posturas ya mencionadas.

Continuamos con una reseña histórica sobre los niños con NEE e incluimos las categorías del DSM IV, además de revisar las formas en que han sido abordados estos casos desde las diversas perspectivas.

En el tercer capítulo se abordan los tópicos generales con los que se trabaja la TG.

En el cuarto capítulo se revisan algunos casos en los que se ha aplicado la TG en niños considerados "normales". Y es el último capítulo en el que ya se abordan los casos considerados como de NEE según el DSM IV y que son trabajados desde el enfoque terapéutico de la Gestalt.

CAPITULO

I

DESARROLLO INFANTIL

1. DESARROLLO INFANTIL

En este capítulo se presenta el desarrollo infantil visto desde cuatro enfoques teóricos mismos que serán manejados a lo largo del presente trabajo. Estos enfoques son considerados de los más comunes en terapia infantil y es por ello que los elegimos.

Se considera dentro de este apartado de desarrollo dos fases, el desarrollo embriológico y el maduracional de los cuales se hace una breve descripción.

1.1. DESARROLLO EMBRIOLÓGICO

El desarrollo de un ser humano da comienzo con la concepción, cuando un óvulo es fecundado por un espermatozoide, a partir de este momento comienza la vida del nuevo ser humano. Los 23 cromosomas del óvulo y los 23 del espermatozoide se unen para dar vida a una célula que en 24 o 36 hrs. inicia el proceso de mitosis (primera etapa de la división celular) en el que el cigoto se divide en dos, cada una de estas nuevas células contiene los 23 pares de cromosomas típicos de la especie humana. Estas células se duplicarán hasta convertirse en un embrión.

Alrededor del embrión se forma la placenta, órgano vital que separa la corriente sanguínea del embrión de la corriente sanguínea de la madre, es también a través de ésta que el alimento pasa al niño en desarrollo. El embrión está adherido a la placenta por medio del cordón umbilical, que está compuesto por dos arterias y una vena que transporta la sangre de la madre hacia él a través de la placenta (Bee, 1978). El bebé en la placenta está rodeado de líquido amniótico que lo protege.

El niño en desarrollo continúa siendo llamado embrión hasta las ocho o diez semanas después de la concepción.

A las ocho semanas el embrión tiene un tamaño de 5 cm. posee ojos, orejas, boca, (que abre y cierra) corazón (con latido rudimentario y un sistema circulatorio) brazos con codos y piernas con rodillas, dedos de las manos y de los pies, una espina dorsal y huesos.

Al final del periodo embrionario todos los órganos principales están formados a excepción del sistema circulatorio que aún es muy rudimentario.

Después de las 12 semanas se inicia el periodo **fetal**, el feto mide 7.5 cm. Aproximadamente y ha desarrollado los párpados, los músculos y los órganos sexuales. A finales de las 16 semanas demuestra cierta actividad, puede cerrar y abrir las manos. A las 20 semanas mide 25 cm. Le comienza a crecer el pelo. A las 24 semanas se desarrollan las uñas, los ojos están ya formados, el feto tiene glándulas sudoríparas y papilas gustativas.

A las 28 semanas el sistema nervioso, el sistema sanguíneo y el sistema respiratorio están suficientemente desarrollados.

De las 28 a las 40 semanas el cerebro y el sistema nervioso continúan desarrollándose aún.

Cerca de una semana antes del parto el bebé deja de crecer y se prepara para el nacimiento.

El periodo de crecimiento después del nacimiento va dividido en las siguientes etapas para su mejor estudio:

1.2. DESARROLLO MADURACIONAL

1.2.1 De 0 a 2 años

En los primeros seis meses el sistema neurológico del niño continúa desarrollándose, con la división de las células su crecimiento y la mielinización de los nervios. Al parecer el desarrollo motor y el sensorial dependen del desarrollo neurológico. Y a medida que se desarrollan las partes motoras del cerebro el niño logra un mejor control de sus extremidades. (Bee, Op. Cit.).

Los bebés de esta edad reaccionan a los sonidos y a partir de los seis meses intentan localizarlos moviendo su cabeza y ojos. En cuanto a la visión, los recién nacidos poseen destrezas para la utilización de la visión como: fijar los ojos en un mismo punto, seguir un objeto móvil, distinguir los colores y responder a los diferentes tonos de luz, todas estas cualidades las poseen de manera muy rudimentaria y más adelante las desarrollará a toda su capacidad.

Los bebés reaccionan a los olores, aunque no se sabe que tan sutil es su olfato. En algunas investigaciones se comprobó que los bebés respiraban más rápido y se movían más con ciertos olores que con otros; lo cual sugiere que no todos los olores son iguales para el niño. (Bee, Op. Cit.).

Los recién nacidos pueden diferenciar los cuatro sabores básicos: dulce, salado, ácido y amargo.

En cuanto al tacto los bebés son muy sensibles a éste, especialmente la zona de la boca y de las manos, sensibilidad que tiene que ver con sus primeros reflejos.

Paralelamente a estos avances el niño hace descubrimientos cognoscitivos perceptuales, imita y repite sucesos que han ocurrido accidentalmente con lo que comienza a desarrollar el concepto del objeto.

De los seis meses a los dos años el niño logra la consolidación de sus primeros aprendizajes. Las habilidades motoras del niño progresan firmemente; de la habilidad de gatear pasa a la de caminar y posteriormente a la de correr. La mielinización de los nervios está prácticamente terminada a los dos años y los huesos se han endurecido completamente. La agudeza perceptual continúa en progreso. El lenguaje comienza a jugar un papel importante, aparecen las palabras y alrededor de los dos años se oyen las primeras frases de dos palabras. En cuanto al aspecto cognoscitivo, el niño está aún en el periodo sensoriomotor, y aún depende de la acción y no de una representación interna amplia. Las relaciones interpersonales durante estos primeros 18 meses están centradas aún en los adultos. Al final de este período, el niño empieza a tener cierto concepto de sí mismo o al menos de su propio cuerpo y de su nombre.

La terminación gradual del crecimiento del cerebro y la mielinización hacen posible un nuevo control motor y el perfeccionamiento de las habilidades motoras permiten a su vez un mayor número de exploraciones extensas, lo que va a permitir, junto con el lenguaje, nuevas habilidades cognitivas que incluyen cierto concepto del yo físico, del cuerpo y de sus partes.

1.2.2 De 2 a 5 años

A esta edad el niño coordina mejor sus movimientos, es más capaz de controlar su cuerpo y desarrolla una variedad de habilidades para valerse por sí

mismo, tales como vestirse o ir al baño solo; se relaciona más con sus compañeros de la misma edad lo que trae consigo la competencia, la rivalidad, la agresión y también el aumento de atención hacia los otros, lo que demuestra su pérdida gradual de egocentrismo.

En el lenguaje muestra un gran avance, cuentan ya con un sistema de comunicación complejo y elaborado que le hace posible su interacción con los demás

1.2.3 De 5 a 7 años

En este periodo los cambios más importantes pertenecen al dominio cognoscitivo, dominando nuevas clasificaciones y las operaciones básicas como la suma, la resta y la multiplicación, además que el niño aprende a ordenar sus conceptos en sistemas con lo que se hace posible un análisis más profundo de las situaciones en que está inmerso. El empleo del lenguaje desempeña un avance en el pensamiento, el niño puede recordar algún evento o suceso y utilizar el lenguaje para poder repetirlo evocando el pensamiento.

1.2.4 De 7 a 12 años

El crecimiento en el niño de esta edad es más lento que en otras etapas, en el aspecto social sus relaciones son básicamente con compañeros de su mismo sexo.

En este periodo el razonamiento inductivo se hace más eficiente, pero de alguna manera ya fue adquirido en la etapa anterior por lo que los cambios de este periodo son más bien de prolongaciones y consolidaciones de los procesos iniciados en periodos anteriores.

1.3 CONCEPTO DE DESARROLLO EN:

1.3.1 PSICOANÁLISIS

La formación del carácter del niño y su incursión a la sociedad se basan en el desarrollo de dos instintos: el sexual y el de agresión.

Existe una sexualidad infantil, aunque ésta no es idéntica a la del adulto, proporciona al niño placer y sirve de base a la sexualidad adulta.

Los supuestos de esta teoría dividen el desarrollo sexual¹ y la agresión en 4 etapas:

a) Etapa Oral

Durante la niñez son diversas las partes del cuerpo que proporcionan sensaciones placenteras, la primera zona corporal que desempeña este papel en el niño es la *zona oral* que se inicia desde el amamantamiento, cuando el infante experimenta una estimulación placentera de las membranas mucosas de la boca debido al flujo lácteo y aprende a reproducir este mismo placer independientemente del amamantamiento mediante la succión del pulgar. Posteriormente el niño pone en contacto casi todos los objetos que se hallan a su alcance para proporcionarse placer.

El instinto agresivo, que es una apetencia primaria también tiene sus inicios en el comienzo de la vida, en esta fase aparece bajo la forma de sadismo oral, el niño utiliza como instrumento de agresión los dientes y su deseo es destruir comiendo.

El niño de esta edad es egocéntrico, ellos creen que todo cuanto ocurre está conectado con sus sentimientos, deseos y experiencias, los sentimientos de los demás no cuentan para ellos.

b) Etapa anal.

Aproximadamente de los 18 meses en adelante la zona erógena ya no se encuentra en la boca, sino en la zona corporal que rodea el recto. Esta etapa también coincide con el comienzo del entrenamiento para el control de los esfínteres por lo que hay más atención en tal zona. En la fase anal el niño muestra interés en el proceso de eliminación de sus excrementos además de la tendencia a tocarlos.

¹ En psicoanálisis freudiano el concepto de sexualidad no es tomado en función de reproducción, sino, como proveedor de placer y displacer. A la energía que está detrás de las pulsiones sexuales se le llama libido. La parte del cuerpo en donde se concentra esta energía es llamada zona erógena.

La agresión de esta fase se demuestra en comportamientos destructivos, durante la fase anal, la agresión desempeña un papel importante bajo la forma de sadismo anal. “los niños de esta edad son normalmente agresivos, destructivos, tercos, dominantes y posesivos; los golpes, los puntapiés, los arañazos y las escupidas son corrientes en sus frecuentes estados de ira y furia” (Freud, 1985 pág. 78).

c) Etapa falica

Entre los tres y cuatro años el interés comienza a centrarse en las partes genitales del cuerpo, se agrega a esto la curiosidad por el misterio del nacimiento y de la intimidad de los progenitores. “El órgano que en este periodo proporciona la mayor cantidad de estímulos placenteros en los varones es el pene. En las niñas correspondientemente el clítoris. En esta fase fálica, el orgullo que proporciona la exhibición del pene y de las hazañas que puede ejecutar (erección, juego urinario) desempeña en el varón un gran papel” (Freud Op Cit. Pág. 77).

En esta fase la agresión aparece bajo actitudes más agradables de virilidad, postura protectora, temeridad frente al peligro y competitividad

d) Etapa de latencia

Después de alcanzar su clímax alrededor de los cinco años, la relación del niño con sus progenitores decrece en fuerza y la sexualidad infantil llega a un punto donde se detiene, las apetencias libidinales disminuyen y pasan, a segundo termino, esta fase dura hasta la preadolescencia.

Esta es la etapa en la que el niño domina el “yo”, al liberarse de las angustias causadas por sus deseos sexuales, el niño, tiene libertad para desarrollarse y expandirse intelectual y afectivamente.

El padre y la madre ya no representan esas figuras a las que les tenía temor, ahora el niño puede comparar a sus padres con los de otros niños. Establece nuevas relaciones con otras personas que ejercen autoridad sobre él, como sus maestros.

A esta edad el niño comienza a construir su “*superyó*” el cual ejerce la función (junto con sus actitudes morales y éticas) de conciencia.

Es también en esta etapa que el niño desarrolla el *sentimiento de culpa*, al no obedecer a su conciencia.

Cuando los niños llegan a la edad escolar sin que se haya producido en ellos este proceso de identificación con las figuras paternas, puede considerarse que se hallan retardados en su desarrollo moral.

Algunas de las razones que explican las fallas del superyó son la ausencia de objetos amorosos adecuados en la temprana infancia y las perturbaciones de la relación progenitor-hijo.

e) Etapa genital

Después del periodo de latencia la energía aún más concentrada se aloja en las actividades genitales, en la etapa fálica la libido se encontraba en los genitales, pero la satisfacción del niño la centraba en las actividades pregenitales, en esta etapa ya hay una necesidad sexual, gracias a los cambios hormonales. Anna Freud (1985) menciona que este periodo viene marcado por dos fases, sobretodo en el varón: la preadolescencia y la adolescencia propiamente dicha.

En la preadolescencia hay un aumento de la energía instintiva. Las actitudes libidinales y agresivas que se mantenían reprimidas adquieren una nueva intención, surgen y rompen la barrera entrando a la conciencia. El adolescente se vuelve agresivo con sus compañeros de escuela y con los niños más pequeños, surge una rebeldía en contra de sus padres. El preadolescente se halla en un conflicto interno, vuelven sus ansiedades y sus culpas que caracterizaron la etapa anterior, pero con más ímpetu

La adolescencia marca otro ritmo, la madurez física hace que su interés se centre ahora en la genitalidad y se de comienzo a conductas más adultas.

Paralelamente al desarrollo de estos instintos se desarrolla el *amor objetal*. El primer vínculo que el niño establece es con la madre o con el sustituto materno que lo amamanta. Este primer “amor” del infante es egoísta y material, pues la

madre solo sirve de objeto para la satisfacción de necesidades que provocan placer y eliminar el displacer.

A partir del quinto o sexto mes de vida el niño comienza por prestar atención a la madre en momentos en que no hay necesidades somáticas y le complace la compañía de ésta, le agrada que lo mimen y jueguen con él, ahora el deseo de afecto que ella le proporciona se convierte en una necesidad para él.

Durante el segundo año la relación con la madre aumenta en fuerza e intimidad, el niño difícilmente permite que se le separe de su madre “Aunque el niño que cuenta entre uno y dos años atormenta a la madre y la trata de modo exigente y desconsiderado (debido al carácter sádico-anal de sus deseos)” (Freud, Pág. 80). Posteriormente esta relación se transformará en una relación que se da y se recibe. Además de exigir satisfacción el niño comienza a mostrar amor y afecto, por ejemplo comienza a compartir su alimento con ella.

Al desarrollarse la inteligencia del niño y su capacidad de percatarse de las personas y los acontecimientos del ambiente, el niño deja su exclusivo vínculo emocional con la madre, para adaptarse al grupo familiar. Cuando hay hermanos y hermanas el niño va gradualmente adaptándose a la existencia de éstos, que le disputan el amor de la madre.

La relación con la madre es mucho más compleja, pues constituye en sí misma un importante objeto amoroso, además de poseer, ante los ojos del niño fuerza y poder ilimitados. Pero al mismo tiempo el padre es el rival del niño en cuanto al amor de la madre. Existe entonces un doble rol respecto al padre pues por un lado lo admira y por el otro lo odia. Este doble aspecto se acentúa más cuando el niño entra en la fase fálica, por la connotación sexual que lleva.

El desarrollo emocional de niños y niñas hasta esta etapa es muy semejante, y es a partir de el cuarto año que sigue caminos distintos.

El niño se identifica más con el padre y lo imita, esta imitación también abarca el desear poseer a la madre en lugar del padre. Comienza a interesarse por la intimidad de sus padres.

Las niñas comienzan a jugar a imitar a la madre y dirige su amor al padre, desea que él la aprecie y la acepte en lugar de la madre.

Es en esta etapa donde surge el llamado “complejo de Edipo”, en el que el niño compite con el progenitor del mismo sexo que él para obtener la atención y la “posesión” del progenitor del sexo contrario.

En la etapa de latencia, con el ingreso a la escuela por parte del niño, como en la sexualidad y la agresión, no hay gran actividad en el desarrollo del amor objetal, ya es en la siguiente etapa en donde se verán los cambios. El adolescente aparta finalmente sus deseos de los objetos pasados (como serían el padre y la madre) y los liga a un nuevo objeto fuera de su círculo familiar. Aunque algunos adolescentes no logran escapar del patrón original de la constelación familiar y eligen figuras paternas y maternas como compañeros sexuales.

1.3.2.CONDUCTISMO

Para Ribes y López (1985) el comportamiento de los seres humanos y de los animales evoluciona en niveles inclusivos de complejidad creciente en el que el primero incorpora al segundo, el segundo al tercero y así mismo, el tercero al cuarto y así sucesivamente, llegando a cinco niveles de conducta.

Dichos niveles se denominan función contextual, función complementaria, función selectora, función referencial y la función sustitutiva no referencial. Les llamaron funciones porque el concepto de “función” se debe aplicar a la estructura psicológica global definida por diferentes relaciones de elementos y no por el análisis de la operación de uno de ellos.(Ribes y López Op. Cit, pág. 115). Existe un nivel que no está descrito dentro de los ya mencionados, es el nivel más básico y es el **dimensional**, este nivel no forma parte del campo de estudio de la psicología y es por ello que estos autores no abundan sobre él.

Los organismos se organizan bajo características físico-químicas y responden en base a parámetros genéticamente determinados en los que las respuestas no se pueden modificar. En este nivel entrarían los reflejos innatos con los que nacemos, p. Ej. el reflejo pupilar en el que si se recibe un estímulo luminoso a los ojos la pupila se contrae. Este reflejo no se puede dejar de realizar, la respuesta ante un estímulo luminoso a los ojos no puede modificarse, siempre va a estar como respuesta la contracción de la pupila. En este nivel se encuentran todos los organismos vivos y las respuestas que ellos evocan a ciertos eventos ya están determinadas genéticamente de ahí la propiedad de la no modificación.

La relación refleja es directa, no depende de una relación adicional, existe debido a que el organismo reacciona por la alteración de propiedades de ciertos objetos del ambiente como en el caso del reflejo pupilar. Además la experiencia no modifica la relación refleja.

El primer nivel taxonómico de la conducta es el de la **función contextual** que es el nivel más primitivo de la conducta psicológica y en el que se encuentran las formas de comportamiento psicológico más simples. Aquí es donde se incluyen las primeras respuestas que no son heredadas sino que dependen de las propiedades contextuales del ambiente, es decir de su historia. Recordemos el ejemplo del condicionamiento clásico de Pavlov en el que el reflejo salivar fue condicionado a la presentación de comida, en donde la respuesta se dio de acuerdo a una “manipulación” que se realizó para que diera cierta respuesta y ésta se va a dar por la historia del animal, del modo que fue condicionada.

El segundo nivel es el de la **función suplementaria**. Como ya se mencionó cada nivel incluye al anterior y así mismo, esta función suplementaria no se da si no están incluidas las funciones dimensional y contextual.

Así, en la función contextual, el organismo no está en posibilidad de modificar el ambiente físico, mientras que en la función suplementaria el organismo responde alterando físicamente el medio con el que realiza el contacto.

Si seguimos utilizando el ejemplo del experimento de Pavlov tendríamos que:

Si se le presenta al sujeto el estímulo (comida) con el que él evoca una respuesta (salivar) y a esto le agregamos una contingencia que sería: si el perro emite una segunda respuesta como alzar la pata se otorga comida y si como respuesta ladra se le aplica un shock eléctrico. Aquí ya tendríamos un manejo de contingencias en el que el sujeto ya podría modificar su conducta para “elegir lo que quiere” como respuesta.

El tercer nivel del que hablan Ribes y López es la **función selectora** en el que se agrega un estímulo más que va a condicionar al segmento suplementario y en el que también están incluidos los niveles anteriores, por lo que el individuo tiene la posibilidad de reaccionar ante eventos con base a la funcionalidad que dichos eventos poseen por su vinculación con el comportamiento de otros organismos sean o no de su misma especie.

El siguiente nivel es el de la **función sustitutiva referencial**, son segmentos a los que solo pueden acceder los seres humanos y tienen las siguientes características

- Tiene que haber un medio de contacto convencional, normativo (lenguaje).
- por lo menos darse entre dos personas.
- Los estímulos normativos que hay en este nivel referencial se remite solo a estímulos concretos. La respuesta ya no depende de los estímulos, sino de la relación convencional que han establecido los sujetos y que no dependen de las propiedades situacionales de los eventos, tampoco de las propiedades fisicoquímicas y biológicas.

Se encuentran en este nivel un referidor, un referido y un referente. Los dos primeros se puede desligar del espacio-tiempo evocando sucesos pasados por ejemplo, pero concretos de los que ambos organismos tengan conocimiento. De esta manera el organismo puede responder a eventos ya ocurridos, no ocurridos aún u ocurridos en otro lugar, pero que puedan objetivarse.

El quinto y último nivel que representa el nivel más alto de complejidad y desarrollo de los procesos psicológicos es el de la **función sustitutiva no referencial**, este nivel sigue siendo por medio del lenguaje independiente de la topografía de la respuesta pero no de la relación simbólica. En esta función se puede desprender del espacio-tiempo e incluso de la realidad. En este nivel los sujetos se pueden referir a situaciones que no tienen existencia real, sino solo simbólica. Los interlocutores se ponen en contacto con algo que solo existe en el pensamiento de alguno de ellos y que no se refiere a nada en concreto, o bien puede no haber interlocutores. Se incluye en este tipo de función los fenómenos característicos del comportamiento humano complejo que incluyen desde problemas tradicionales de formación de conceptos, la solución de problemas y el pensamiento dirigido, hasta aquellos que se derivan del pensamiento implicado en la construcción y operación de lenguajes formales como la lógica, la matemática, la música y las artes plásticas. (Ribes y López Op. Cit.).

1.3.3 PSICOGENÉTICA

Jean Piaget al referirse a desarrollo se centra en lo cognitivo y elabora una teoría acerca de ello. El desarrollo psíquico se inicia al nacer y concluye en la edad adulta, es comparable al crecimiento orgánico. Para este autor el desarrollo consiste en una marcha hacia el equilibrio “Así como el cuerpo evoluciona hasta alcanzar un nivel relativamente estable, caracterizado por el final del crecimiento y la madurez de los órganos, así también la vida mental puede concebirse como la evolución hacia una forma de equilibrio final representada por el equilibrio adulto” (Piaget, 1992 pág. 11). Asimismo Piaget en el terreno de lo afectivo considera que el equilibrio de los sentimientos aumenta con la edad. Todo es un constante pasar de un estado de menor a otro de superior equilibrio.

Aunque también menciona que el equilibrio orgánico tiene un tope, es más estático que el desarrollo mental pues cuando ha concluido el desarrollo orgánico comienza una evolución regresiva que da como resultado la vejez. (Piaget Op. Cit).

Aunque muchas funciones psíquicas dependen del estado orgánico éstas, siguen un proceso análogo, es decir, van decrementándose a medida que los órganos se deterioran. Contrario a las funciones superiores de la inteligencia, que tienden a un equilibrio a medida que pasa el tiempo.

El desarrollo es entonces un proceso inherente, inalterable y evolutivo, se realiza mediante grados sucesivos llamados fases, etapas o estadios. No son etapas a las que se les pueda asignar una fecha cronológica constante, por el contrario, las edades pueden variar de una sociedad a otra, pero la secuencia es la misma.

Se distinguen cuatro estadios o períodos del desarrollo que marcan la forma de organización de la estructura mental en los aspectos motor, intelectual y afectivo: :

1) Sensoriomotriz

- 2) Preoperacional
- 3) Operaciones concretas
- 4) Operaciones formales

Periodo Sensoriomotriz

Antes del lenguaje hay una inteligencia pero no hay pensamiento, la inteligencia es la solución de un problema nuevo para el sujeto, es la coordinación de los medios para alcanzar cierto objetivo que no es accesible de manera inmediata; mientras que el pensamiento es la inteligencia interiorizada y se apoya ya no sobre la acción directa, sino sobre un simbolismo, sobre la evocación simbólica por el lenguaje, por las imágenes mentales, que permiten representar lo que la inteligencia sensoriomotora por el contrario va a captar directamente.

Esta fase abarca un período que va del nacimiento hasta más o menos los 24 meses. El niño es un bebé y depende de su cuerpo para poder expresarse.

El término sensoriomotriz indica que el niño crea un mundo práctico totalmente vinculado con sus deseos de satisfacción física en el ámbito de su experiencia sensorial inmediata. Las tareas fundamentales de desarrollo de este período son la coordinación de los actos reflejos o actividades motoras y la percepción.

El mundo del recién nacido está centrado en él mismo y su cuerpo. En este período se distinguen 3 estadios

- I) El de los reflejos.
- II) De la organización de las percepciones y hábitos, y
- III) El de la inteligencia sensorio-motriz.

I) El de los reflejos.

El primer mes de vida se caracteriza por el uso de los reflejos, como el de succión, los cuales no son activados por estímulos externos, más bien el recién nacido suele iniciar la actividad por sí mismo. Estos reflejos son afinados con el ejercicio, y dan como resultado las discriminaciones que conducen a la generalización de la actividad. Esto

constituyen el punto de partida de conductas adquiridas a través de la experiencia.

II) De la organización de las percepciones y hábitos.

Ahora bien, estas conductas que resultan de la experiencia se hacen más complejas a medida que se van adquiriendo los hábitos y percepciones

Desde el punto de vista perceptivo, se observa, desde que el niño empieza a sonreír, que reconoce a ciertas personas por oposición a otras “pero no por esto se debe atribuir al niño la noción de persona o de objeto” (Piaget Op. Cit. Pág 20), lo que reconoce son apariciones sensibles y animadas por lo que no puede separar aún el yo del universo. Entre los tres y los seis meses, el lactante comienza a coger todo lo que ve y esta capacidad de prensión más tarde será de manipulación, lo que le lleva a formar nuevos hábitos.

Todo empieza con los reflejos que se van haciendo más sofisticados a medida que se les ejercita y se van incorporando los hábitos y percepciones, entonces el lactante comenzará a reproducirlos por si mismo y crear nuevos movimientos, a esto se le llama las “reacciones circulares” Y tienen un papel muy importante en el desarrollo sensorio-motor.

III) El de la inteligencia sensorio-motriz.

La inteligencia, en efecto aparece mucho antes que el lenguaje, es decir, mucho antes que el pensamiento interior que supone el empleo de signos verbales (del lenguaje interiorizado. Piaget Op. Cit.) Se trata de una inteligencia práctica que utiliza percepciones y movimientos organizados en “esquemas de acción” y no una inteligencia interiorizada. Sigue sin haber una diferenciación del “yo” con el mundo por lo que todo lo que es percibido está centrado en la propia realidad, precisamente porque no se tiene conciencia de sí mismo y el mundo

exterior. Así la conciencia empieza siendo egocéntrica, mientras que la inteligencia se construye de acuerdo a un universo objetivo, palpable.

Hay además algunos procesos fundamentales que caracterizan esta inteligencia sensorio-motriz y son las construcciones de las categorías de: el objeto, el espacio, de la causalidad y del tiempo.

En el **objeto** los infantes le atribuyen la “permanencia”, ellos tienen la creencia de que “algo” seguirá existiendo aún cuando uno deje de percibirlo.

La elaboración del **espacio** se debe a la coordinación de los movimientos, hay relativamente pocos movimientos a esta edad por lo que la visión del espacio es limitada.

La **causalidad** se halla al principio relacionada con la propia actividad y esta consiste en la relación entre un resultado empírico y una acción cualquiera que lo ha producido, de manera que esto le hace utilizar este esquema causal para actuar sobre cualquier cosa.

El **tiempo** tiene una relación paralela al de la causalidad, va de acuerdo a los resultados que haya producido una actividad en cierto tiempo.

El terreno de lo **afectivo** se desarrolla paralelamente al desarrollo motor y cognitivo, son aspectos complementarios de la conducta humana. En el estadio de los reflejos las emociones tienen una relación con el sistema fisiológico de las actitudes o posturas, p. Ej. Los primeros miedos pueden estar relacionados con pérdidas de equilibrio. En el segundo estadio corresponde a una serie de sentimientos relacionados con la actividad propia: lo agradable, lo desagradable, el placer y el dolor, así como los primeros sentimientos de éxito y de fracaso. Con el desarrollo de la inteligencia la afectividad se caracteriza por la objetivación de los sentimientos y su proyección en otras actividades que no son solo las del yo.

Periodo Preoperacional.

Esta etapa va de los dos a los siete años y se caracteriza por la aparición del lenguaje, que marca de manera fundamental el desarrollo afectivo e intelectual “el niño adquiere gracias al lenguaje la capacidad de reconstruir sus acciones

pasadas en forma de relato y de anticipar sus acciones futuras mediante la representación verbal” (Piaget Op. Cit. Pág 31) Con ello el niño inicia el proceso de socialización y de interiorización de la palabra, esto es la iniciación del pensamiento propiamente dicho, lo que además le lleva a reconstruir las “experiencias mentales” con ayuda de la interiorización de la acción.

El niño de forma progresiva va dejando atrás su egocentrismo, para enfrentarse al mundo social lo que representa un avance en su desarrollo.

Los niños de esta etapa se subordinan a las órdenes del adulto que consideran superior a él. Piaget explica que esta sumisión es intelectual y afectiva debida a la presión “espiritual” ejercida por el adulto, quien representa su modelo a copiar.

Las conversaciones entre los niños son muy rudimentarias todavía, ellos no saben discutir entre sí, mas bien manejan una especie de “monologo colectivo” en el que cada quien habla para sí.

La incorporación del lenguaje en este periodo, como ya se mencionó, modifica totalmente la acción del niño y su pensamiento, este último tiene como característica la **adaptación**² a los demás y a la realidad.

En la primera fase el pequeño solamente tenía que incorporar y **asimilar**³ su entorno, en la segunda fase el pequeño se prepara para la iniciación del pensamiento lógico.

El pensamiento del niño se distingue en esta etapa por el “juego simbólico”, en este tipo de juego interviene el pensamiento individual, “su función consiste en satisfacer el yo merced a una transformación de lo real en función de los deseos” (Piaget Op. Cit. Pág. 40). Así el niño rehace su propia vida corrigiéndola a su manera, de esta forma completa y compensa la realidad mediante la ficción,

Este tipo de pensamiento es también egocéntrico, pues el niño elabora su juego de manera individual.

Además del egocentrismo del juego simbólico, el pensamiento está influido por otro elemento que Piaget ha llamado pensamiento intuitivo el cual está basado

² La adaptación en la escuela Psicogenética esta conceptualizada como:el esfuerzo cognoscitivo del organismo para hallar un equilibrio entre el mismo y su ambiente

³ Tanto la adaptación como la asimilación son conceptos importantísimos en esta teoría. La adaptación depende de la asimilación y la acomodación. La asimilación significa que una persona adapta el ambiente a sí misma. Por el contrario la acomodación es un proceso directamente inverso a la asimilación y representa la influencia del ambiente real.

en la percepción y no en operaciones racionales. Los niños valoran la cantidad por el espacio ocupado (cualidades perceptivas). y no por operaciones racionales (como el contar).

En el campo de lo afectivo surgen novedades a raíz de la aparición del lenguaje.

Surge en primera instancia el interés y los valores. El interés se inicia con la vida psíquica, es la relación entre un objeto y una necesidad. A medida de que un objeto cubra una necesidad este objeto se hace interesante.

En este periodo surgen las simpatías y las antipatías. Hay simpatía hacia las personas que respondan a los intereses del niño, que lo valoren, que compartan un gusto común, por el contrario, la antipatía nace de la desvalorización y de la ausencia de gustos comunes.

Casi todos los valores dependen de la imagen del adulto, del padre o de la madre, entre los valores más importantes está el respeto que es un sentimiento de afecto y temor y que es el origen de los primeros sentimientos morales y las primeras reglas propiamente dichas.

La moral de esta etapa no es autónoma ni racional, sigue dependiendo de una voluntad exterior que es la de los seres respetados o los padres, y de un pensamiento intuitivo. El niño no se preocupa por la objetividad verdadera.

Operaciones concretas.

Este periodo va de los 7 a los 12 años y coincide con el inicio de la escolaridad. El niño va liberándose de su egocentrismo social e intelectual y por lo tanto adquiere la capacidad de nuevas coordinaciones. Se inicia la construcción de la lógica propiamente dicha y de una autonomía en cuanto a lo afectivo y de los sentimientos del yo vs mundo.

El niño a partir de los 7 u 8 años piensa antes de actuar y comienza con la conducta de "reflexión," la "reflexión no es otra cosa que una deliberación interior, es decir una discusión consigo mismo " (Piaget Op. Cit. Pág 64) como aquella conversación que entabla con sus interlocutores, pero dirigida hacia sí.

En el lenguaje ya es posible que haya intercambios de puntos de vista entre sus coetáneos que en el periodo anterior no había, además hay más espontaneidad en su lenguaje.

Aparecen los “juegos con reglamento” carentes en la etapa anterior, en la que los niños “conocían” las reglas imitando a los adultos y no sabían de ellas más que un poco y aún así no tenían en cuenta las reglas de sus compañeros de juego, cada uno jugaba su propio juego egocéntrico.

El niño de las operaciones concretas ya juega con reglas que admiten los compañeros de juego y además ya hay un objetivo “ganar”.

En el desarrollo del pensamiento el niño ya es capaz de construir explicaciones atomísticas cualitativas, esto es que la materia está compuesta por sustancias pequeñísimas.

Los conceptos a los cuales hacemos alusión son los de: la conservación de la masa, peso y volumen además del tiempo y espacio. Estos conceptos de **masa, peso y volumen** se adquieren en forma sucesiva, alrededor de los siete u ocho años, se admite la constancia de la materia de la masa; hacia los nueve años reconoce la conservación del peso pero no la del volumen, y hacia los once años ya reconoce la del volumen. Estas adquisiciones pueden llegar a concebirse en el pensamiento gracias a la reversibilidad, esto es, algunos elementos tienen la propiedad de regresar al punto de partida.

La noción del tiempo se construye en esta etapa coordinando algunas operaciones como son: la sucesión de eventos y los intervalos en dichos eventos.

La noción racional de velocidad es concebida como una relación entre el tiempo y el espacio elaborándose en conexión con el tiempo hacia la edad de 8 años.

Es a partir de los siete a los doce años que aparecen nuevos sentimientos morales “y sobre todo por una organización de la voluntad, que desemboca en una mejor integración del yo y en una regulación más eficaz de la vida afectiva” (Piaget Op. Cit. Pág. 85).

En la etapa anterior se mencionó que los sentimientos morales se derivan de un sentimiento unilateral nacido del respeto de los niños hacia sus padres o los adultos. Este respeto unilateral evoluciona a un respeto mutuo que se atribuyen recíprocamente los coetáneos. Otra evolución que surge en esta etapa es en el

sentimiento de justicia, en la etapa anterior había en el niño una conciencia de lo injusto que aparecía a expensas del adulto, en esta etapa el niño ya empieza a disociar la justicia de la sumisión y se va a conjuntar con el respeto mutuo para desarrollar el concepto de justicia que es uno de los sentimientos morales más fuertes en el niño.

Operaciones formales

La maduración del instinto sexual viene marcada por desequilibrios momentáneos, que confieren una colaboración afectiva muy característica de este último periodo de evolución psíquica.

El sujeto de esta etapa ya es capaz de realizar operaciones y teorías abstractas, que marcan la entrada a lo que Piaget llama el pensamiento “formal”, pensamiento de tipo hipotético-deductivo “cuando el pensamiento del niño se aleja de lo real, es simplemente que substituye los objetos ausentes por sus representación más o menos viva, pero esta representación va acompañada de creencia y equivale a lo real” (Piaget, Op. Cit. Pág. 95). Es a partir de los 11 o 12 años que esto se hace posible cuando las operaciones lógicas comienzan a ser transpuestas en el plano de la manipulación concreta al plano de las meras ideas.

La afectividad se caracteriza por la conquista de dos aspectos: la personalidad y la inserción en la sociedad adulta.

La personalidad se inicia a partir del final de la infancia (de 8 a 12 años) con la conquista de la autonomía del juego y sus reglas, de los valores y la afirmación de la voluntad como reguladora moral. El adolescente se coloca como igual ante sus mayores y no solo eso, quiere sobrepasarlos transformando el mundo, de tal manera que organiza su vida en función de esta idea.

La inserción a la sociedad se realiza a través del intercambio de pensamiento y la cooperación con los demás individuos, este mismo intercambio de pensamiento le lleva al equilibrio de las acciones interindividuales como de las individualidades llegando a ser un individuo autónomo; a esto Piaget le llamó agrupación, “la agrupación consiste esencialmente en liberar desde el punto de vista egocéntrico las percepciones y las intuiciones espontáneas del individuo con el objeto de construir un sistema de relaciones tales que pueda pasarse de

un término o de una relación a otra, cualquiera que sea el punto de vista que se adopte”. (Piaget, 1987 pág. 173) La agrupación le va a permitir coordinar los puntos de vista de sus interlocutores, además de poder cambiarlos, lo que le da de lleno la entrada a la sociedad.

En estos enfoques (Psicoanálisis, Conductismo, Psicogenética y Biomédico) denotan gran diferencia entre sí en cuanto a cuál es la pauta a seguir para marcar el desarrollo, ya que mientras el modelo médico toma como referencia el desarrollo físico, los otros modelos se basan en otras cualidades psicológicas para determinar si hay desarrollo “normal”. Ahora bien, estas cualidades de las que hablamos son muy diferentes en cada enfoque de manera que hacen ver al individuo como segmentado, el psicoanálisis como ya vimos basa el desarrollo en dos instintos: el sexual y la agresión, y es a partir de ellos que se construyen las instancias psíquicas (yo, ello y superello) por lo que se dejan fuera otras características que pudieran servir como referencia al desarrollo. Contrario a esta postura, el conductismo no maneja este tipo de conceptos por ser subjetivos y aunque Ribes y López hablan de funciones que integran la estructura psicológica global, atienden a las reacciones netamente observables, dejando de lado o tocando muy superficialmente la vida emocional y subjetiva de los seres humanos; en tanto que Piaget sí las toma muy en cuenta, desde la motricidad al pensamiento y la voluntad, no obstante es más descriptivo que explicativo. Y su teoría no da –como es el caso del conductismo– idea clara de cómo proceder cuando el desarrollo en vez de ser “normal” se presenta “alterado”.

Después de verificar el desarrollo “normal” del niño, pasaremos a realizar una revisión teórica acerca de los niños con necesidades educativas especiales en el siguiente capítulo.

CAPITULO

II

LOS NIÑOS CON NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES

2. LOS NIÑOS CON NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES (NEE).

2.1 Reseña histórica sobre personas con NEE.

La educación especial es una modalidad del Sistema Educativo Nacional que se imparte a niños y jóvenes que tienen dificultades para incorporarse a las instituciones educativas regulares o para continuar en las mismas por presentar algún retraso o desviación, parcial o general en su desarrollo debido a causas orgánicas, psicológicas o de conducta (Sánchez, 1995). Existen diversos conceptos para definir a la Educación Especial, sin embargo en este trabajo se tomará como: “la instrucción que se otorga a sujetos con necesidades especiales de educación que sobrepasan los servicios prestados en el aula de clase regular” .(Sánchez Op. Cit. Pág. 1)

Hay dos tipos de servicio para esta clase de personas: especiales y complementarios.

Los servicios especiales se otorgan a personas a quienes les resulta indispensable su asistencia a instituciones especiales para lograr una buena adaptación e independencia personales, entre este tipo de personas se encuentran las personas con discapacidad intelectual, las que presentan una discapacidad múltiple o aquellas que por tener una discapacidad visual, auditiva o motora, no han recibido servicio educativo alguno.

Los servicios complementarios se otorgan a sujetos cuya necesidad educativa es transitoria, estas personas tienen problemas leves o moderados cuya afección no les impide asistir a escuela regular. Ejemplo de estas personas son los niños con problemas de lenguaje.

La Secretaría de Educación Pública en México agrupa a los alumnos que necesitan educación especial según la característica principal que los diferencia:

- Retraso mental
- Discapacidades de aprendizaje
- Trastornos de audición y lenguaje
- Limitaciones visuales

- Limitaciones motoras
- Problemas de conducta

Aunque existen algunos niños con diversas características y padecimientos, generalmente sus necesidades educativas se engloban en los que agrupa la SEP. El Gobierno de la República también realiza una lista de discapacidades diferente a la de la SEP y en la que se encasillan discapacidades específicas:

Alzheimer
Ataxia de Friedreich
Autista
Cardiopatía Congénita
Ceguera
Discapacidad mental
Discapacidad Psíquica
Distonía Muscular
Esclerosis Lateral Amiotrofica
Esclerosis Múltiple
Espina Bífida
Extrofia Vesical
Médula Espinal
Osteogénesis Imperfecta
Parálisis Cerebral
Parkinson
Poliomielitis
Síndrome de Down
Sordera

Cabe hacer mención que la Sep los encasilla para fines educativos y el gobierno de la República los clasifica para la realización de promoción e integración social.

Ahora bien el dato de personas con necesidades educativas especiales es alarmante ya que según datos de la ONU existen en el mundo alrededor de 600 millones de personas con discapacidad de las cuales aproximadamente 10 millones viven en México; Otro dato es el que nos proporciona la Organización Mundial de Salud quien estima que entre el 7 y el 10% de la población mundial tiene algún tipo de discapacidad (INEGI, 2001). El XII Censo General de

Población y Vivienda 2000 informa que el 1.84% de la población son personas con discapacidad es decir 1, 795,300 habitantes.

En este mismo censo describe a la población por tipo de discapacidad de manera que el porcentaje más elevado corresponde a la discapacidad motriz seguidas por la visual, auditiva, mental y lenguaje.

Datos como estos nos hablan de la situación en que actualmente se tiene a la educación especial, antes no había datos estadísticos, es más ni siquiera eran considerados como personas por algunas culturas. Aunque en la actualidad no hay aún un consenso sobre el concepto de discapacidad como lo encontramos en la siguiente revisión en la que la historia de la educación especial se remonta a la antigüedad cuando “los hombres decidieron colocar al sujeto deficiente en el lugar de los segregados, ya sea señalándolo como el depositario del mal, separándolo junto con los locos y criminales (sin descartar la posibilidad de matarlo) o sobrevalorándolo, adjudicándole poderes extraordinarios: el tonto como poseedor de la santidad”. (Rainieri, 1988 citado en Ávila 1998) Aunque la concepción de los sujetos especiales ha sido distinta de acuerdo a los diferentes periodos de la historia, los griegos y los romanos fueron los primeros en hacer referencia a los retardados mentales refiriéndose a ellos como “tontos” o “monstruos” Además en su interés por desarrollar una sociedad libre de defectos dichas personas eran exterminadas por considerarlas incapaces de tener sentimientos humanos. (Aguilera, 1998)

En la cultura prehispánica mexicana estos individuos eran adorados y retomados dentro de la comunidad; participaban en las actividades mágico-religiosas. Por ejemplo en la cultura náhuatl no hacían distinción entre hombres normales y anormales; ellos hablaban de enfermos en general, las enfermedades provenían de la voluntad divina, de la influencia de los astros y de las consecuencias del comportamiento en la normal actividad del organismo. (López, 1975 citado en Ávila, Op. Cit.)

Sin embargo esta concepción cambia al institucionalizarse al sujeto de educación especial.

En México la aparición de instituciones de educación especial data desde 1532 cuando Vasco de Quiroga establece un asilo para niños expósitos posteriormente en 1567 Fray Bernardino Álvarez crea el hospital de convalecientes, ancianos, inválidos y dementes (Hernández 1995). Ponce de

León en el siglo XVI pone sus conocimientos al servicio de los sordos para que éstos pudieran comunicarse. La educación de este tipo de personas queda inicialmente a manos de la Iglesia, sin embargo ya para el gobierno de Benito Juárez se crea la escuela nacional para sordos en 1867 y en 1870 la nacional de ciegos, a partir de entonces surgen en el resto del país instituciones de educación especial a cargo del gobierno. A continuación una breve reseña en la que se enlistan las principales escuelas que surgieron desde entonces:

- 1908 se modifica la ley de educación primaria en su artículo 16 en donde el ejecutivo establecerá escuelas o enseñanzas especiales para niños cuyo deficiente desarrollo físico, intelectual o moral requiera medios de cultura diversos de los que se prescriben en las escuelas primarias. La educación que en estas condiciones reciban durará sólo el tiempo indispensable para que se logre normalizar el desarrollo de los alumnos que deberán ser incorporados tan pronto sea posible en los cursos de escuelas comunes. (Hernández, 1995)
- 1914 El Oftalmólogo y neurólogo Jesús González organizó una escuela de Educación Especial para personas con retraso mental en León Guanajuato.
- Entre 1919 y 1927 se fundaron en el D. F. dos escuelas de orientación para hombres y mujeres, es también entre estos años que empiezan a funcionar los primeros grupos de capacitación y experimentación pedagógica para personas con retraso en la UNAM. El profesor Salvador Punto Lima funda en Guadalajara una escuela para personas con deficiencia mental.
- En 1932 se crea la Policlínica en el D.F., la cual funge como modelo de posteriores instituciones.
- 1935 se incluye en la Ley Orgánica de Educación un apartado sobre la protección de las personas con retraso mental por parte del Estado
- 1935 se crea el Instituto Médico-Pedagógico especializado en personas con discapacidad.
- 1943 se inaugura la escuela de formación docente para maestros especialistas.

- 1959 se creó la oficina de coordinación de educación especial dependiente de la dirección General de Educación Superior e Investigaciones científicas.
- 1960 se fundaron las escuelas de perfeccionamiento I y II.
- 1966 ya se crearon 10 escuelas para personas con deficiencia mental en D.F. y 12 en el interior del país.
- 1970 y 1976 durante el gobierno de Echeverría se crean los centros de atención psicopedagógica, Centros de Rehabilitación de Educación Especial (CREE) que permiten atender a un mayor número de personas con requerimientos de educación especial a un menor costo.
- 1995-2000 nace la Integración Educativa, la cual se gesta en el país a partir del Acuerdo Nacional para la modernización de la Educación Básica con la modificación del artículo 3º Constitucional y la Ley General de Educación.
- 2000 Se crea el Consejo Nacional Consultivo para la Integración de Personas con Discapacidad en el que participan la Secretaría de Salud, la SEP, la Secretaría de desarrollo Social, la Secretaría de Comunicaciones y Transportes y la Secretaría Del Trabajo y Previsión Social. DIF.
- 2001 El 15 de agosto entran en vigor las reformas a diversos artículos de la Constitución Política de los Estados Unidos a fin de prohibir cualquier forma de discriminación por razones de carácter étnico de género, capacidades diferentes y la condición social.

Cuando se crea la Integración Educativa es con el fin de permitir terminar con la condición segregadora, ya que se ha venido consolidando como sistema paralelo a la educación regular. Aunque bien cabe aclarar que tampoco se van a cancelar los servicios de educación especial, sino más bien “establecer una gama de múltiples opciones graduales de integración para que la escuela cumpla con el derecho que tienen los alumnos con necesidades educativas especiales, teniendo acceso irrestricto a ambientes normalizados de educación, bajo un programa de seguimiento y apoyo, tanto al alumno, a los padres, al

profesor que lo recibe en el aula, como el propio centro escolar”. (Hernández, Op. Cit.)

2.2 Discapacidad, Retraso mental y Retardo en el desarrollo

El concepto de **discapacidad** indica la presencia de una condición limitante por problemas esencialmente de tipo físico, mental o ambos, generalmente por enfermedad adquirida o congénita, traumatismo u otro factor ambiental. (Sánchez, Op. Cit.)

Para el DSM-IV el **retraso mental** es el déficit o alteraciones concurrentes de la actividad adaptativa actual (esto es, la eficacia de la persona para satisfacer las exigencias planteadas para su edad y por su grupo cultural), en por lo menos dos de las áreas siguientes: comunicación, cuidado personal, vida doméstica, habilidades sociales / interpersonales, utilización de recursos comunitarios, autocontrol, habilidades académicas funcionales, trabajo, ocio, salud y seguridad.

Ribes, (1976) utiliza el término de **retardo en el desarrollo** a diferencia de otro por que “el retardo en el desarrollo consiste en un déficit conductual que se establece por comparación con las normas que corresponderían al caso. Este déficit se considera no como una falta de maduración por la acción de variables y del paso del tiempo exclusivamente, sino que se interpretan como el producto de la interacción de los cuatro determinantes.” (Ribes, op. cit Pàg. 20). Estos cuatro determinantes son:

- Los determinantes biológicos del pasado (factores genéticos, prenatales y perinatales).
- Los determinantes biológicos actuales (estado nutricional, fatiga, drogas, etc.).
- La historia previa de interacción con el medio (a la que se denomina historia previa de reforzamiento).
- Las condiciones ambientales momentáneas o acontecimientos discriminativos, reforzantes y disposicionales.

Estos conceptos en sí, son despectivos y estigmatizantes pues generalmente denotan algún defecto, falta, deficiencia, incapacidad, desventaja,

malformación y enfermedad en la persona a la que son atribuidos; precisamente en el proyecto de la integración educativa ya se habla de otro término ***Educación Especial***, dentro del cual no importa la ni la gravedad del daño, ni la etiología; Por lo que este término es el que utilizaremos en el desarrollo del presente trabajo.

2.3 Diferentes Categorías de los niños con NEE (según DSM-IV).

Como se vio en el apartado anterior, existen diferentes conceptos que son utilizados para designar a las personas con NEE, debido a ello se decidió tomar la clasificación del DSM-IV que presenta una clasificación estandarizada de los trastornos mentales.

2.3.1 Retraso mental.

Son déficits o alteraciones concurrentes de la actividad adaptativa actual (esto es, la eficacia de la persona para satisfacer las exigencias planteadas para su edad y por su grupo cultural), en por lo menos dos de las áreas siguientes: comunicación, cuidado personal, vida doméstica, habilidades sociales/interpersonales, utilización de recursos comunitarios, autocontrol, habilidades académicas funcionales, trabajo, ocio, salud y seguridad.

El inicio es anterior a los 18 años y la capacidad intelectual es significativamente inferior al promedio, CI aproximadamente de 70 o inferior.

2.3.2 Trastornos del aprendizaje.

a) *Trastorno de la lectura.*

El rendimiento de lectura se sitúa sustancialmente por debajo de lo esperado dados la edad cronológica del sujeto, su coeficiente de inteligencia y la escolaridad propia de su edad.

b) Trastorno del cálculo.

La capacidad para el cálculo se sitúa sustancialmente por debajo de lo esperado dados la edad cronológica del sujeto, su coeficiente de inteligencia y la escolaridad propia de su edad.

c) Trastorno de la expresión escrita.

Las habilidades para escribir, evaluadas mediante pruebas normalizadas administradas individualmente (o evaluaciones funcionales de las habilidades para escribir), se sitúan sustancialmente por debajo de lo esperado dados la edad cronológica del sujeto, su coeficiente de inteligencia y la escolaridad propia de su edad.

d) Trastorno del aprendizaje no especificado.

Esta categoría incluye trastornos del aprendizaje que no cumplen con los criterios de cualquier trastorno del aprendizaje específico y pueden ser deficiencias observadas en las tres áreas (lectura, cálculo, expresión escrita) que interfieran en el rendimiento académico aún cuando no se sitúen sustancialmente por debajo de lo esperado dados la edad cronológica del sujeto, su coeficiente de inteligencia y la enseñanza propia de su edad.

2.3.3 Trastornos de las habilidades motoras.

El rendimiento en las actividades cotidianas que requieren coordinación motora es sustancialmente inferior al esperado dada la edad cronológica del sujeto y su coeficiente de inteligencia y si interfiere significativamente en el rendimiento académico o las actividades de la vida cotidiana. Además de no deberse a ninguna enfermedad médica.

2.3.4 Trastornos de la comunicación.

a) Trastorno del lenguaje expresivo

Cuando la puntuación obtenida por evaluación del desarrollo del lenguaje expresivo, normalizadas y administradas individualmente, quedan sustancialmente por debajo de las obtenidas mediante evaluaciones normalizadas tanto de la capacidad intelectual no verbal como del desarrollo del lenguaje receptivo. Tener un vocabulario sumamente limitado, cometer errores en los tiempos verbales o experimentar dificultades en la memorización de palabras o en la producción de frases de longitud o complejidad propias del nivel evolutivo del sujeto. Si hay retraso mental, déficit sensorial o motor del habla, o privación ambiental, las deficiencias del lenguaje deben exceder de las habitualmente asociadas a tales problemas.

b) Trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo

Cuando la puntuación obtenida mediante una batería de evaluaciones del desarrollo del lenguaje receptivo y expresivo, normalizadas y administradas individualmente, quedan sustancialmente por debajo de las obtenidas mediante evaluaciones normalizadas tanto de la capacidad intelectual no verbal. Si hay retraso mental, déficit sensorial o motor del habla, o privación ambiental, las deficiencias del lenguaje deben exceder de las habitualmente asociadas a tales condiciones.

c) Trastorno fonológico

Incapacidad para utilizar los sonidos del habla esperables evolutivamente y propios de la edad e idioma del sujeto. Y que interfieran en el rendimiento académico o laboral. Si hay retraso mental, déficit sensorial o motor del habla, o privación ambiental, las deficiencias del lenguaje deben exceder de las habitualmente asociadas a tales problemas.

d) *Tartamudeo*

Alteraciones de la fluidez y la organización temporal normales del habla (inadecuadas para la edad del sujeto), caracterizadas por ocurrencias de uno o más de los siguientes fenómenos:

- 1.- Repeticiones de sonidos y sílabas
- 2.- Prolongaciones de sonidos
- 3.- Interjecciones
- 4.- Palabras fragmentadas.
- 5.- Bloqueos audibles o silenciosos
- 6.- circunloquios (sustituciones de palabras para evitar palabras problemáticas)
- 7.- Palabras producidas con un exceso de tensión física
- 8.- Repeticiones de palabras monosilábicas.

Y que interfieran en el rendimiento académico o laboral. Si hay retraso mental, déficit sensorial o motor del habla, o privación ambiental, las deficiencias del lenguaje deben exceder de las habitualmente asociadas a tales

d) *Trastorno de la comunicación no especificado*

Esta categoría se reserva para trastornos de la comunicación que no cumplen los criterios de ningún trastorno de la comunicación específico.

2.3.5 Trastornos generalizados de desarrollo.

a) *Trastorno autista*

Esta categoría se reserva para trastornos de la comunicación que no cumplen los criterios de ningún trastorno de la comunicación específico. Retraso o funcionamiento anormal en por lo menos una de las siguientes áreas, que aparece antes de los 3 años de edad: 1) interacción social, 2) lenguaje utilizado en la comunicación social 3) juego simbólico o imaginativo.

b) Trastorno de Rett

Se caracteriza por la aparición aparición de las siguientes características después de los cinco meses posteriores al nacimiento:

- 1) desaceleración del crecimiento craneal entre los 5 y 48 meses de edad
- 2) pérdida de habilidades manuales intencionales previamente adquiridas entre los 5 y 30 meses de edad, con el subsiguiente desarrollo de movimientos manuales estereotipados
- 3) pérdida de implicación social en el inicio del trastorno.
- 4) Mala coordinación de la marcha o de los movimientos del tronco
- 5) Desarrollo del lenguaje expresivo y receptivo gravemente afectado, con retraso psicomotor grave.

c) Trastorno desintegrativo infantil

Presenta un desarrollo aparentemente normal durante por lo menos los primeros dos años posteriores al nacimiento, manifestado por la presencia de comunicación verbal y no verbal, relaciones sociales, juego y comportamiento adaptativo apropiados a la edad del sujeto. Se diagnóstica este trastorno cuando sufren una pérdida significativa de habilidades previamente adquiridas (antes de los 10 años de edad) en por lo menos 2 de las sig. áreas 1) lenguaje expresivo o receptivo; 2) habilidades o comportamiento adaptativo; 3) control intestinal vesical; 4) juego; 5) habilidades motoras.

d) Trastorno de Asperger

Es una alteración cualitativa de la interacción social Patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivos, repetitivos y estereotipados. No hay retraso general del lenguaje, del desarrollo cognoscitivo ni desarrollo de habilidades de autoayuda propias de la edad

e) *Trastorno generalizado del desarrollo no especificado*

Esta categoría debe utilizarse cuando existe una alteración grave y generalizada del desarrollo de la interacción social recíproca o de las habilidades de comunicación no verbal, o cuando hay comportamientos, intereses y actividades estereotipadas, pero no se cumplen los criterios de un trastorno generalizado del desarrollo específico, esquizofrenia, trastorno esquizotípico de la personalidad o trastorno de la personalidad por evitación.

2.3.6 Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador.

a) *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad*

Seis o más de los sig. Síntomas de desatención han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Desatención

- a) a menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades
- b) a menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas
- c) a menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente
- d) a menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo
- e) a menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades
- f) a menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido
- g) a menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades
- h) a menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes
- i) a menudo es descuidado en las actividades diarias.

Deben presentarse seis o más de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad que hayan persistido por lo menos durante 6 meses con una

intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Hiperactividad

- a) a menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento
- b) a menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado
- c) a menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo
- d) a menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio
- e) a menudo “está en marcha” o suele actuar como si tuviera un motor
- f) a menudo habla en exceso

Impulsividad

- a) a menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas
- b) a menudo tiene dificultades para guardar turno
- c) a menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros.

b) Trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado

Esta categoría incluye trastornos con síntomas prominentes de desatención o hiperactividad-impulsividad que no satisfacen los criterios del trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

c) Trastorno disocial

Es un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de otras personas o normas sociales importantes propias de la edad en cuanto a agresión a personas o animales, destrucción a la propiedad, fraudulencia o robo, violaciones graves de normas.

El trastorno disocial provoca deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

Si el individuo tiene 18 años o más no cumple criterios de trastorno antisocial de la personalidad.

d) Trastorno negativista desafiante

Es un patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante que dura por lo menos 5 meses, provoca deterioro clínicamente significativo en la actividad social, académica o laboral. Los comportamientos en cuestión no aparecen exclusivamente en el trascurso de un trastorno psicótico o de un trastorno del estado de ánimo. No se cumplen los criterios de trastorno disocial, y, si el sujeto tiene 18 años o más, tampoco los de trastorno antisocial de la personalidad.

e) Trastorno de comportamiento perturbador

Esta categoría incluye trastornos caracterizados por un comportamiento negativista desafiante que no cumple los criterios de trastorno disocial ni de trastorno negativista desafiante, pero que se observa deterioro clínicamente significativo.

2.3.7 Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia o la niñez.

a) Pica

Se refiere a la Ingestión persistente de sustancias no nutritivas durante un período de por lo menos un mes. La ingestión de sustancias no nutritivas es inapropiada para el nivel de desarrollo. La conducta ingestiva no forma parte de prácticas sancionadas culturalmente.

b) Trastorno de rumiación

Son regurgitaciones y nuevas masticaciones repetidas de alimento durante un periodo de por lo menos un mes después de un periodo de funcionamiento normal. La conducta en cuestión no se debe a una enfermedad gastrointestinal ni a otra enfermedad médica asociada. El inicio es anterior a los 6 años de edad.

c) Trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez

Alteración de la alimentación manifestada por una dificultad persistente para comer adecuadamente, con incapacidad significativa para aumentar de peso o con pérdidas significativas de peso durante por lo menos un mes. La alteración no se debe a una enfermedad gastrointestinal ni a otra enfermedad médica asociada. El inicio es anterior a los 6 años de edad.

2.3.8 Trastornos de tics.**a) Trastorno de tourette**

En algún momento a lo largo de la enfermedad ha habido tics motores múltiples y uno o más tics vocales, aunque no necesariamente de modo simultáneo (Tics es una vocalización o movimiento súbito, rápido, recurrente, no rítmico y estereotipado.) Los tics aparecen varias veces al día (habitualmente en oleadas) casi día a día o intermitentemente a lo largo de un periodo de más de un año, y durante ese tiempo nunca hay un periodo libre de tics superior a más de tres meses consecutivos.

b) Trastornos de tics motores o vocales crónicos

En algún momento a lo largo de la enfermedad ha habido tics vocales o motores simples o múltiples pero no ambos, aparecen varias veces al día, casi cada día o intermitentemente a lo largo de un periodo de más de un año, y

durante este tiempo nunca hay un periodo libre de tics superior a tres meses consecutivos..

c) Trastornos de tics transitorios

Tics motores y/o vocales simples o múltiples que aparecen varias veces al día, casi cada día durante por lo menos 4 semanas, pero no más de doce meses consecutivos.

d) Trastornos de tics no especificados

Esta categoría comprende trastornos caracterizados de tics, pero que no cumplen los criterios de un trastorno de tics específico.

2.3.9 Trastornos de la eliminación.

a) Encopresis

Es la evacuación repetida de heces en lugares inadecuado sea voluntaria o no intencionada. Por lo menos un episodio al mes durante un mínimo de tres meses. La edad cronológica es de por lo menos 4 años. Si el comportamiento no se debe exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia ni a una enfermedad médica, excepto a través de un mecanismo que implique estreñimiento.

b) Enuresis (no debida a enfermedad médica)

Es la emisión repetida de orina en la cama o en los vestidos (sea voluntaria o no intencionada). El comportamiento en cuestión es clínicamente significativo, manifestándose por una frecuencia de 2 episodios semanales durante por lo menos 3 meses consecutivos o por la presencia de malestar clínicamente significativo o deterioro social, académico o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. La edad cronológica es de por lo menos 5 años. El

comportamiento no se debe exclusivamente al efecto fisiológico directo de una sustancia ni a una enfermedad médica.

2.3.10 Trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia.

a) ansiedad por separación

Es la ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del sujeto, concerniente a su separación respecto del hogar o de la personas con quienes está vinculado. La duración del trastorno es de por lo menos 4 semanas. El inicio se produce antes de los 18 años de edad.

b) Mutismo selectivo

Es la incapacidad persistente para hablar en situaciones sociales específicas, esta alteración interfiere en el rendimiento escolar o laboral o la comunicación social. La duración de la alteración es de por lo menos un mes (no limitada al primer mes de escuela). No se debe a una falta de conocimiento o de fluidez del lenguaje hablado requerido en la situación social.

c) Trastorno reactivo de la vinculación de infancia o la niñez

Es la incapacidad permanente para iniciar la mayor parte de las interacciones sociales o responder a ellas de un modo apropiado al nivel de desarrollo, manifestada por respuestas excesivamente inhibidas, hipervigilantes, o sumamente ambivalentes y contradictorias. Vínculos difusos manifestados por una sociabilidad indiscriminada con acusada incapacidad para manifestar vínculos selectivos apropiados.

d) Trastorno de movimientos estereotipados

Es el comportamiento motor repetitivo, que aparece impulsivo y no funcional y que interfiere con las actividades normales o da lugar a lesiones corporales

autoinflingidas que requieren tratamiento médico. Si hay retraso mental, el comportamiento estereotipado o autolesivo es de gravedad suficiente para constituir un objetivo terapéutico

e) Trastorno de la infancia, la niñez o la adolescencia no especificado.

Esta es una categoría residual para trastornos que se inician en la infancia, la niñez o la adolescencia y que no cumplen los criterios de ningún trastorno específico de esta clasificación.

2.3.11 Abuso físico del niño.

Esta categoría, así como la de abuso sexual infantil solo deben utilizarse cuando el objeto de atención clínica es el maltrato grave de una persona por otra utilizando el abuso físico o el abuso sexual.

2.3.12 Abuso sexual infantil.

Esta categoría deberá usarse cuando el objeto de atención clínica es el abuso sexual de un niño.

2.3.13 Duelo

Esta categoría puede usarse cuando el objeto de atención clínica es una reacción a la muerte de una persona. Como parte de su reacción de pérdida, algunos individuos afligidos presentan síntomas característicos de un episodio de depresión mayor. La persona con duelo valora el estado de ánimo depresivo como "normal". El diagnóstico de trastorno depresivo mayor no está indicado a menos que los síntomas se mantengan dos meses después de la pérdida.

Son estas las características de los trastornos encontrados en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV) que como ya mencionamos decidimos tomarlo por ser una herramienta que maneja conceptos estandarizados sobre ciertos trastornos, aunque muchos otros no

estén incluidos aquí y que merecen atención terapéutica. Es en el siguiente punto en donde ya nos enfocamos mas al como se han abordado estos casos de NEE

2.4 FORMAS EN QUE HAN SIDO ABORDADOS LOS CASOS DE NEE DESDE DIFERENTES ENFOQUES PSICOLÓGICOS.

En este apartado son vistos brevemente algunos de los enfoques psicológicos que han trabajado con niños con NEE y aunque estos no son todos los que trabajan con este tipo de personas consideramos que son los más representativos. La revisión de estos enfoques tiene la finalidad de realizar una descripción para luego compararla con la TG y comenzamos hablando del modelo médico.

2.4.1 Modelo Médico

En este enfoque los niños con necesidades educativas especiales son vistos como “enfermos” que constituyen una población heterogénea que abarcan diferentes trastornos del desarrollo y enfermedades crónicas.

Los niños con NEE son tratados por diversos especialistas como serían neurólogos, ortopedistas, cardiólogos, terapeutas, nutriólogos, etc. que ven al niño desde diferentes perspectivas, además de verlo como “órganos” o “partes enfermas” y no como un todo.

En la intervención por ejemplo, en un caso de un niño con artritis, el objetivo es disminuir la inflamación articular y eliminar las barreras que impiden la participación en actividades físicas propias para su edad. El tratamiento de un niño con sordera se centra en la habilitación auditiva. (Nelson, 1997) Claro que en estos casos se encuentra la intervención de otros profesionales aparte del médico, los cuales pueden o no tener objetivos comunes de trabajo hacia el niño y trabajar de manera conjunta.

Los objetivos de este modelo son: Detectar precozmente los trastornos persistentes, disminuir las consecuencias funcionales de determinadas

enfermedades, y prevenir las limitaciones psicosociales secundarias. (Nelson Op. Cit pág 151)

Ahora bien este modelo se caracteriza también por el hecho de que al realizar un diagnóstico inicial ya se etiquetó al paciente llamándolo “retrasado mental”, “Down”, “sordo”, etc. lo que influye en todo su contexto familiar y social, así como en sus expectativas a futuro; Es decir la enfermedad es la que caracteriza al niño y no al revés.

2.4.2 Psicoanálisis

El inicio de la terapia infantil lo realizó el propio Freud con el caso del niño Juanito, que padecía fobia a los caballos. El tratamiento del caso Juanito no se llevó a cabo como tradicionalmente se llevaba en el psicoanálisis, las sesiones con Juanito eran supervisadas por Freud y el tratamiento lo realizaba el padre del niño. Freud solamente vio una vez al paciente. En este análisis se encontró que en el niño había un lenguaje preverbal y había que interpretarlo, aunque el niño no se podía expresar totalmente si podía entender lo que el adulto le decía y de este modo se realizó la introspección de los sueños, juegos, dibujos y fantasías. El niño, según este análisis, no era capaz de establecer una transferencia con su “terapeuta”.

El análisis de este caso tuvo éxito dentro de la sociedad psicoanalista quienes se dieron a la tarea de aplicarlo a otros casos de niños de corta edad y estos “se vieron frente a dificultades insalvables, siendo la más importante la imposibilidad de lograr del niño asociaciones verbales”. (Aberasturi, 1981 Pág. 34)

De las primeras psicoanalistas de niño se encuentran Anna Freud y Melanie Klein.

Anna Freud trabajó el psicoanálisis infantil siguiendo la línea de su padre. Ella analizó a niños neuróticos graves, sostenido que la situación del niño en cuanto a tratamiento analítico es diferente a la del adulto, pues el niño no tiene conciencia de enfermedad ni deseos de curarse, ya que por lo general, no padece las consecuencias de sus trastornos, no viene al análisis por libre decisión y no da asociaciones verbales. Además que el niño no establece

transferencia con el analista. El material con el que trabajó Anna es el de los sueños, sueños diurnos y dibujos, interpretándolos con ayuda del niño.

Melanie Klein trabajó con niños en la etapa de la posguerra, especialmente con niños psicóticos. Utiliza el juego, ya que con éste el niño vence realidades dolorosas y domina miedos instintivos proyectándolos al exterior en los juguetes, mecanismo que es muy posible porque muy tempranamente tiene la capacidad de simbolizar. El juego es un puente entre la fantasía y la realidad, la función del juego es la de elaborar las situaciones excesivas para el yo, cumple una función catártica y de asimilación lenta mediante la repetición de hechos diarios y los cambios de roles. . (Aberasturi Op. Cit)

Una de las grandes aportaciones de Melanie Klein es la de considerar que el niño pequeño sufre de ansiedades y depresiones por la forma en que percibe los objetos y su relación ambivalente con ellos, de esta aportación desarrolla su teoría de la posición esquizoide-paranoide y depresiva.

Para M. Klein el niño sí tiene la posibilidad de transferencia y de lo simbólico por medio del juego.

En cuanto al psicoanálisis actual, se encuentra Maud Mannoni y Françoise Dolto que siguiendo la línea lacaniana¹ realizan trabajo con niños con NEE.

Mannoni analiza los problemas de los niños desde los padres. Para la madre el nacimiento de un niño, “en la medida de lo que desea durante el curso de su embarazo es, ante todo la revancha o el repaso de su propia infancia; la llegada de un niño va a ocupar un lugar entre sus sueños perdidos: un sueño encargado de llenar lo que quedó vacío en su propio pasado, una imagen fantasmática que se superpone a la persona “real” del niño. Este niño soñado tiene por misión restablecer, reparar aquello que en la historia de la madre fue juzgado deficiente, sufrido como una carencia, o prolongar aquello a lo que ella debió renunciar”. (Mannoni, 1997 pág 22) Ahora bien, si ese niño cargado de los sueños de la madre llega enfermo, va a causar en la madre un shock, ya no podrá ser esa extensión de su vida, ni podrá resolver su propio problema de castración.

¹ El psicoanálisis freudiano se caracteriza por la importancia dada al deseo en la constitución del sujeto y del objeto. Jaques Lacan destaca que el deseo se diferencia de la *necesidad* y de la *demanda*. El deseo aparece como un vacío, como una carencia del ser, que subsiste como carencia aunque sean satisfechas la necesidad y la demanda. (Mannoni 1997).

Se crea en la madre un vacío que trata de ser llenado a costa de terapias y reeducaciones.

El niño está *alienado como sujeto autónomo* para pasar a ser un sujeto a “cuidar”. Es el objeto exclusivo de los cuidados maternos sin intervención de la ley del padre, está llamado a permanecer en cierta relación fantasmática con la madre, como una sombra. La preocupación de la madre está en el hecho de tener que “meter algo allí donde no hay nada”.

Aunque el niño se convierten en el objeto de uno de los padres es común que sea la madre quién lleve la enfermedad del niño y es ella misma la que suele depositar en el cuerpo del niño sus propias enfermedades y angustias. El niño no tiene deseos, sus deseos son los de la madre. Al analizar al niño se descubre la histeria de su madre.

La enfermedad del niño es el “significar” de los padres y la curación de este niño, en casos extremos puede significar la muerte de uno de ellos. (Mannoni Op. Cit).

Lo que la madre viene a pedir en terapia es la afirmación del discurso del Otro de su propio engaño. Ve al analista como un “todopoderoso” al que puede asumirle la totalidad del miedo y la duda que trae cargando. Si el analista no cumple con sus demandas interrumpe el tratamiento. En este tipo de casos se sugiere una terapia por separado a la madre. La analista si es mujer va a ser atrapada en la red materna y si se deja atrapar se convertirá en la “madre adoptiva”, dejándose besar y abrazar por el niño.(Mannoni, Op. Cit)

No todos los padres de niños débiles mentales están perturbados, ellos, no acuden al analista, solo aquellos en quienes la relación padres-hijo tiene una evolución anormal.

La misión del analista es la de insertar al niño en el juego del significante más que adaptarlo a la simple “realidad”. Al adaptarlo social o escolarmente se satisface la demanda de los padres y el superyó de la sociedad. Es por lo que es necesario que los niños débiles mentales acudan a análisis antes que a una terapia pedagógica, para desaparecer todos estos fantasmas y deseos de Otro y devenir como sujeto independiente.

Al reeducar apresuradamente el síntoma se corre el riesgo de adaptar al niño (aparentemente) tres o cuatro años para después encontrar a un adolescente paralizado, dependiente totalmente de los deseos de Otro.

Para Mannoni hay falsos y verdaderos débiles mentales, y no tienen nada que ver con su CI, más bien con la situación en la que viven “la gravedad de la enfermedad depende en esencia del sistema de relaciones en las que el débil se halla agarrado”. (Ibidem pág. 72)

También menciona que hay una diferencia entre retardados graves y débiles mentales. Los primeros tienen un diagnóstico de irrecuperabilidad y el niño nace con “eso”. En el débil mental la situación es diferente, pues el retardo no siempre es percibido de entrada y a veces no tiene que ver con daño orgánico, sino con situaciones familiares.

El estudio del débil mental como del psicótico se inicia con la familia “el psicoanálisis de los débiles mentales es una experiencia muy particular, que no tiene nada de común con el psicoanálisis de los neuróticos. Se relaciona con el análisis de los psicóticos por la forma en que la familia entra en juego en forma masiva en ocasión del tratamiento”. (Mannoni Op. Cit. Pág. 46).

A veces al débil mental le es difícil hablar y esto es porque de alguna manera personifica la muerte y la negación en su conducta y en su discurso. En este tipo de casos es necesario buscar en el inconsciente del niño el de los padres.

En la clasificación de débiles mentales basándose en Simon y Vermeylen (citado en Mannoni Op. Cit) se obtiene lo siguiente:

- a) Los débiles mentales *armonicos*, afectados por retraso simple.
- b) Los débiles mentales *inarmónicos*, que tienen además de un retraso intelectual, una inestabilidad una emotividad anormales.
- c) Los débiles mentales epiletoides, perversos y los llamados *débiles mentales evolutivos* (de posible evolución psicótica).

En cuanto a la etiología se ha podido detectar:

1. Los factores genéticos de los retardados simples.
2. Las causas patógenas de la vida intrauterina (factores infecciosos, incompatibilidad sanguínea, etc.)
3. El papel de los traumatismos obstétricos (anorexia neonatal).

4. Las causas que provienen del propio ambiente del bebé (hospitalizaciones en instituciones y hospitalismo familiar; dificultades económicas y miseria social).

Estas etiologías se agravan con la carencia afectiva y son agravados por la relación fantasmática de la madre.

2.4.3 Conductismo

El tratamiento conductual se realiza utilizando las técnicas que se derivan del condicionamiento operante. Se inicia con un diagnóstico, que proporcionará factores o elementos que constituyen la triple relación de contingencia, o sea los estímulos discriminativos y los reforzadores y en este caso los déficits y los excesos conductuales que se presenten, además de los eventos disposicionales para el retardo en el desarrollo² (determinantes biológicos presentes). Así para un diagnóstico funcional del retardo en el desarrollo, es necesario efectuar un análisis de los repertorios que posee el sujeto, averiguar cuáles son los factores ambientales que los controlan, saber ante qué reforzadores responde y cuales habrán de ser establecidas.

Se carece por completo de rótulos, pues no interesa darle un nombre al problema, sino determinar sus causas funcionales. Ribes menciona que “establecer que un sujeto muestra retardo por una lesión cerebral mínima, o por un defecto cromosomático, no pasa de ser un dato de interés”, (Ribes 1976 Pág. 21) pues la irreversibilidad del daño orgánico contribuye al retardo al no permitir que el sujeto despliegue su potencial conductual y alterar la acción de las influencias ambientales.

En el desarrollo de todo retardo está implícito un déficit, así que la primera parte del diagnóstico funcional debe ser determinar la conducta actual del sujeto, lo que en conductismo se le denomina su repertorio de entrada. En segundo lugar se debe investigar a qué se debe la existencia del déficit, aparte de los daños orgánicos, establecer las posibles causas ambientales (historia de

² Ribes determina llamarle retardo en el desarrollo por el hecho de que ciertos determinantes como factores biológicos del pasado, factores biológicos actuales, la historia previa de interacción con el medio y las condiciones ambientales momentáneas son las que van a influenciar el desarrollo de la conducta.

reforzamiento). Por último verificar si el sujeto posee conductas que lo alejan de las formas positivas de estimulación social.

Una vez determinado el diagnóstico se procede al tratamiento conductual que consta de una serie de procedimientos que presuponen la manipulación para diseñar el ambiente general e individual del sujeto de tal modo que promueva la adquisición de las conductas que sean necesarias para remediar, cuando menos parcialmente dicho retardo.

Este tratamiento consta de tres aspectos fundamentales

- 1) Creación de nuevas conductas; 2) aumento de frecuencia en conductas ya existentes; y 3) supresión de conductas no deseables.

El procedimiento básico se realiza a través de la manipulación de estímulos discriminativos y reforzadores, además de estímulos con propiedades aversivas, para lo cual se establecen objetivos conductuales futuros que pueden medirse a través de la frecuencia temporal con que aparecen las conductas y compararse a su vez con las observaciones hechas en el diagnóstico ya que el tratamiento conductual debe evaluarse en términos cuantitativos.

En el tratamiento hay dos etapas, la primera es la del tratamiento individual bajo condiciones controladas que se realiza en términos de las características particulares del sujeto al que se le diseña un ambiente especial que puede facilitar la manipulación de las variables para la adquisición, aumento o disminución de las conductas necesarias para la rehabilitación.

En la segunda etapa se procede a intervenir directamente sobre el medio en donde interactúa el sujeto, ya sea en un ambiente institucional o ambiente familiar. Este medio se define en base a lo que el sujeto tiene como tarea a realizar o las personas con las que él tiene contacto. Estas tareas y contactos se van programando de acuerdo a las posibilidades del repertorio conductual del sujeto. En esta segunda fase se debe instruir a las personas que interactúan con el sujeto de manera que mantengan los reforzadores que evocan la conducta, de otra manera se crearía un grado mayor de retardo. El resultado de este tipo de terapia es el de crear individuos cuyas respuestas conductuales concilien con las exigencias de la sociedad

En este capítulo se muestran algunas de las diversas maneras en las cuales han sido definidos, abordados, estigmatizados y fragmentados los sujetos con NEE. Y aunque uno y otro enfoque se contraponen no dudamos en concluir que lo único que tienen en común es el hecho de creer tener el saber sobre los sujetos especiales. Una teoría que se escapa de alguna manera a estas cuestiones es la Terapia Gestalt de la cual se ahondará en sus principios básicos en el siguiente capítulo.

CAPITULO

III

ASPECTOS GENERALES DE LA TERAPIA GESTALT

3. ASPECTOS GENERALES DE LA TERAPIA GESTALT

3.1 ANTECEDENTES DE LA TERAPIA GESTALT

Cuando la Psicología empezó a desarrollarse como una ciencia nueva, fue la percepción, naturalmente, la materia más asequible para los que llamamos ahora psicólogos de la Forma, quienes empezaron a trabajar en ese campo (Köhler.1972).

Aunque Wertheimer y sus colaboradores trabajaron para impulsar la psicología de la forma, ésta realmente tiene sus orígenes con Christian Von Ehrenfels en 1890, que había subrayado desde principios de siglo, que “el todo es una realidad diferente a la suma de sus partes.” (Salama, 1992 pág. 40).

Wertheimer, Köhler y Koffka precursores de la Psicología de la Forma se reúnen en la Universidad de Frankfurt, Alemania en 1912, para realizar experimentos sobre la percepción. Max Wertheimer encontró un fenómeno que llamaron estroboscópico o movimiento aparente en el cual al mostrar un objeto visual y casi inmediatamente después un segundo objeto, igual que el anterior, pero no muy distante, el observador no ve dos objetos, sino uno solo desplazándose desde el primero al segundo lugar. Este experimento de percepción visual dio la pauta para el nacimiento de la psicología de la Gestalt.

Wertheimer y sus colegas salen de Alemania a raíz de la segunda guerra mundial, para establecerse en Estados Unidos, donde preponderaban las ideas de la científica escuela conductual en materia de psicología. Los conductistas con relación a la percepción consideraban que: “los hechos perceptivos consisten en “sensaciones locales independientes” (Köhler, op cit. Pág. 61), esto es, fragmentar los fenómenos y estudiarlos en pequeñas partes simples e independientes unas de otras.

El experimento del fenómeno estroboscópico o phi, demuestra que “Cuando los estímulos locales ocurren en distintos sitios, bajo ciertas condiciones temporales, los correspondientes procesos visuales no son en absoluto hechos locales independientes, más bien estos procesos *interaccionan*.” (Ibid. Pág 64)

En contradicción a los experimentos de los conductistas, el trabajo que realizaban los Psicólogos de la Forma eran el de investigar como en un fenómeno el “todo” es diferente a la suma de sus “partes”.

Los psicólogos de la forma investigaron sobre lo que ellos llamaron “cualidades de la forma” como son: La **tendencia al cierre** en la que los procesos responsables de la formación de objetos visuales tienden a formar figuras cerradas y no simples figuras lineales. Encontraron que organizamos lo que percibimos, esto es que objetos unitarios individuales forman parte, con frecuencia de unidades mayores, que serían los grupos. Dicho de otra manera **Agrupamos**. Esta agrupación la realizamos con base principalmente en semejanzas de: color, forma, distancia, experiencia previa. También fueron los primeros en investigar acerca del fenómeno de **figura-fondo** descubierto por Rubin en 1912.

Fritz Perls quien es considerado el creador de la Terapia Gestalt (TG) utilizó algunos de los conceptos de los Psicólogos de la Forma y los aplicó no solo a estímulos externos, “sino a la personalidad en su conjunto, a la conducta y a las relaciones interpersonales”. (Salama Op. Cit.)

Para Perls (1999), una gestalt es una configuración, una forma, la forma particular en que se organizan las partes individuales que la constituyen. La premisa básica de la psicología de la Gestalt es que la naturaleza humana se organiza en formas o totalidades y es vivenciada por el individuo en estos términos y puede ser comprendida únicamente en función de las formas o totalidades de las cuales se compone.

La influencia de esta escuela en Frederick Perls es muy notoria, él entra en contacto con la Psicología de la Forma a raíz de su estancia en Frankfurt en 1926 donde trabaja como médico asistente con Kurt Goldstein quien lleva a cabo investigaciones sobre problemas de percepción en pacientes con lesiones cerebrales. Goldstein era socio de Wertheimer, Köhler y Koffka en la edición de una revista la “Psychologische Forschung”, además de ser profesor de Laura Perls, esposa de Fritz Perls, quien colaboró con él en la elaboración de varias obras p. ej. *Le Moi, la faim et l' Agressivité*.

3.2 Influencias teóricas

Aunque es un enfoque autónomo, la TG se nutrió de diversas corrientes filosóficas y terapéuticas, siendo su principal base la psicología de la Forma, de la cual Fritz Perls retoma sus principales aportaciones para adaptarlas a la terapia, no obstante no es su única fuente, tiene otras como:

3.2.1 Psicoanálisis

Fritz Perls se inició como psicoanalista, dedicándose 23 años a la práctica de esta teoría, además de someterse a cuatro psicoanálisis en un periodo de seis años: el primero con Karen Horney, el segundo con Clara Happel, el tercero con Eugen Harnick, el cuarto con Wilhelm Reich. De los cuales Horney y Reich, se convertirían más tarde en opositores de Freud. (Ginger y Ginger, 1993). En 1936 Perls asiste al Congreso Internacional de Psicoanálisis en Praga donde presenta un trabajo sobre las resistencias orales. Perls pretende entrevistarse con Sigmund Freud. Esta entrevista fue fallida, pues Freud no lo recibió. A partir de entonces se decepciona del psicoanálisis con lo que emprende la búsqueda de lo que sería la TG.

Perls se opone a muchos de los puntos fundamentales, tanto de la teoría como de la técnica freudiana ortodoxa como son: el inconsciente, la primacía de la sexualidad infantil, el papel de la represión en la génesis de la neurosis, el complejo de Edipo, la angustia de castración, el instinto de muerte, la utilización de la neurosis de transferencia en la cura, la neutralidad indulgente, la regla de abstinencia, entre otras. (Ginger y Ginger, Op cit)

A fin de cuentas la Gestalt lejos de oponerse al psicoanálisis lo retoma en partes y sigue bajo su propia óptica, mas adelante se describirán algunas de las categorías que son tomadas del psicoanálisis y utilizadas en la TG.

Carl Jung, también influyó en la TG , él aclara la cualidad polar de la vida humana, según Jung, “en la personalidad manifiesta hay algunos aspectos descollantes que por su prominencia misma dejan en la sombra el aspecto

contrario. Hasta que esas características desaprobadas o no reconocidas se reconozcan y reintegren a la personalidad, el individuo permanecerá incompleto”. (Polster y Polster 1997 pág 292). Para la Gestalt el carácter polar va más allá de este concepto, pues conciben al ser humano como un conjunto de polaridades tal como afirman los Polster.

Otra influencia importante es la de Wilhelm Reich, quien sigue una línea bastante separada del psicoanálisis freudiano, e induce a Perls a “interesarse no en los síntomas del hombre, sino en su carácter. En vez de estancarse en los patrones sintomáticos, Reich llevó a la escena analítica el comportamiento diario, atendiendo a las características del lenguaje, la postura, los músculos y el gesto”. (Polster y Polster Op. Cit pág. 294)

Reich describe la formación de la **armadura corporal** que sería el resultado de las constantes represiones alojadas en alguna parte del cuerpo; la terapia consiste, entonces, en aflojar estas rigideces, para que el individuo se libere de esta armadura, se comporte naturalmente y deje libre el cuerpo, a las sensaciones corporales y el orgasmo. Este último tiene una función importante, pues en su opinión la acumulación de tensión sexual genital es el origen de la agresividad y la neurosis, según esta tesis, el orgasmo sería “ corriente vegetativa bioeléctrica” reguladora, que permite la distensión y la armonización de las energías contenidas, lo que se produce según Reich en cuatro tiempos: tensión, carga, descarga y reposo”. (Ginger y Ginger op. Cit. Pág. 86). Este proceso ha sido comparado con el **ciclo de contacto-retirada** en gestalt.

3.2.2 Las Corrientes Orientales

Ahora bien Perls se enriqueció con otras teorías para incorporarlas al trabajo terapéutico como son las corrientes orientales de las cuales está inspirada la visión **holística**, puesto que los místicos orientales “nunca han dissociado la materia del espíritu y siempre han percibido todos los objetos y todos los fenómenos del mundo como aspectos diferentes pero estrechamente interdependientes de una misma realidad dinámica última” (Ibid. Pág.92)

De las diversas corrientes orientales, las que tuvieron más influencia en la TG, fueron: El Tao, El tantrismo y el Zen

El Tao

El tao es una metafísica de la tolerancia y de la espontaneidad, lo que aquí llama la atención es el hecho de que su finalidad no es la búsqueda del bien, puesto que viene siendo parte del mal. Todo tiene su opuesto, (concepto muy parecido a las polaridades de Jung y de la TG) o más bien su complemento por naturaleza y en este proceso solo hay que dejarse llevar.

El Tao ve al ser humano como una minúscula y vulnerable criatura dentro del grandioso plan de las cosas, y sugiere que nuestra mejor esperanza de supervivencia reside en vivir en armonía con las grandes fuerzas naturales que nos han formado a nosotros y a nuestro medio ambiente. Ir en contra del Tao es como tratar de nadar contra la corriente de un poderoso río; tarde o temprano las energías se agotan, el nadador se detiene y es arrastrado por las corrientes cósmicas del Tao. (Reid, 1989).

Ginger (Op. Cit) menciona algunos puntos en los cuales la Gestalt y el taoísmo son muy parecidos:

- [la expresión libre y espontánea (en el sentido de “lo que parece”),
- [la importancia del cuerpo como “morada” del espíritu,
- [la liberación en relación a las “introyecciones” pseudomoralizadores (“se debe...”)
- [el trabajo de integración de las polaridades contrarias,
- [la concentración en el aquí y ahora,
- [la “teoría paradójica del cambio” que implica primero, la aceptación “de lo que se es”,
- [El principio del *continuum* de conciencia, flujo permanente de construcción y destrucción de Gestalts.

El Tantrismo

El tantrismo, así como el budismo Zen busca la iluminación “aquí y ahora”, solo que diferencia del Zen, éste se apoya en elementos sensoriales, como:

Los **yantras**, que son representaciones lineales geométricas del Cosmos; los **mantras**, son sílabas o sonidos rituales, vibración sagradas como el “OM”; **mandalas**, estas son composiciones geográficas complejas basadas en el círculo que sirven de apoyo en la meditación y en la educación; y los **mudras**, movimientos rituales sagrados, con frecuencia realizados con las manos. El método tántrico tiene (como la TG) una riqueza de técnicas que utiliza para todas las cosas ya sean buenas o malas se trata, de hecho de despertar todas las energías disponibles en el cuerpo, en las emociones y en el espíritu (Ibid) Los tántristas al igual que los gestáltistas se preocupan más de los cómo de la vida que de los porqué.

El zen.

El Zen no se puede definir con palabras, Fujiwara (1998) lo conceptualiza como: el darse cuenta a sí mismo o buscarse o verse a sí mismo antes de nacer, por lo que la mente logra tranquilizarse y va adquiriendo *mu*¹ para llegar a la inconsciencia del Universo y esta inconsciencia viene del “despojo pleno del “yo-ego” y naturalmente se conecta a su naturaleza original” (Fujiwara, 1998 pág XXI).

En el Zen lo importante es la búsqueda del sí mismo que está dentro de uno. A diferencia de los taoístas ellos buscan el equilibrio con la naturaleza por medio de la meditación y la disciplina, que también conduciría a la libertad “completa”.

En la TG también es importante el buscarse a sí mismo. Un aspecto interesante es que en el Zen, no se trata de que se eliminen ciertas actitudes, más bien se convive con ellas como parte de una unidad. En TG se acentúan estas actitudes o síntomas para que las personas se “den cuenta” de ello y de esta manera no se eliminan, más bien se equilibran los opuestos.

¹ (no haber, no tener)

3.2.3 La Psicología humanista.

La Psicología Humanista (PH) nace después de la Segunda Guerra Mundial, como una tercera fuerza a las ya existentes: Psicoanálisis ortodoxo y conductismo.

El objetivo de esta fuerza era “volver a poner al hombre en el centro de la psicología, convertida cada vez más en científica, fría y deshumanizada” (Ginger y Ginger, Op. Cit. Pág. 105).

Es una orientación que permanece abierta para poder adaptarse a la evolución de los valores y se niega a fijarse a cualquier doctrina.

La PH fue fundada por Abraham Maslow, quien la concibe como una psicología del ser y no del tener, tomando en cuenta la conciencia, la ética, la individualidad y los valores espirituales. La personalidad normal se caracteriza por la unidad, la integración, la coherencia, mientras que la patología se define por lo contrario: proviniendo de la distorsión, de la negación de la naturaleza esencial del hombre.

La TG pertenece a esta corriente, ya que considera a la terapia como un medio para hacer crecer el potencial humano.

En el humanismo se encuentran las técnicas y terapias que no tienen lugar en el conductismo ni en el psicoanálisis ortodoxo, como serían: el psicodrama, el existencialismo, las corrientes orientales (ya descritas), que influyeron en la TG.

En el psicodrama, Moreno reconoce el poder de las formas artísticas para operar cambios en la gente. Mediante el psicodrama puso en acción el arte. Pero, “ hizo algo más importante por lo menos desde el punto de vista de su impacto en la TG: enseñó a través de la lección implícita en el psicodrama, que uno tiene más probabilidades de hacer descubrimientos *participando* en una experiencia que limitándose a *charlar* sobre el asunto”. (Polster y Polster Op. Cit pág. 295)

Perls adapta la técnica de “cambio de roles” partiendo de la problemática propia del paciente, así el drama surge por obra de la improvisación individual de su propia historia. Perls creía que si todos los roles del sueño eran solo la proyección de partes del individuo, nadie más que él podía representarlos.(ibid). Actualmente el juego de roles se puede realizar en terapia de grupo y los participantes adoptan los papeles de la historia de un paciente.

Esta forma de trabajo ha tenido buena aceptación, ya que el paciente tiene más posibilidades de experimentar con las diversas emociones que surgen cuando otra persona adopta un papel p. ej. su padre con el cual existe un conflicto.

Por otro lado el existencialismo es una corriente filosófica muy cercana a la psicología humanista que aborda al ser humano desde su misma existencia, vista como una persona que se encuentra sumergida en la angustia de situaciones humanas particulares y sus problemas específicos, contrariamente a otros enfoque que ven al ser humano de manera fría e impersonal.

Este enfoque contribuyó a la TG a sumarle importancia a los problemas cotidianos de la vida como: las complicaciones del nacimiento, la muerte, el absurdo, la confusión, la impotencia, o la responsabilidad.

Las corrientes aquí presentadas enriquecieron de alguna u otra manera y ayudaron al surgimiento de la terapia Gestalt.

Todas estas influencias contribuyeron a crear la teoría de la TG y no son los pedacitos y piezas que la forman, "más bien es el modo como son usados y organizados lo que le dá a este enfoque su singularidad (Perls 1999 pág. 18)

En los siguientes apartados revisaremos los principales conceptos del la Gestalt, así como las técnicas utilizadas, las cuales se matizan de los diversos enfoques aquí presentados.

3.3 Conceptos básicos.

3.3.1 Figura-Fondo.

Los psicólogos ggestaltistas descubrieron que el sujeto que percibe, estructura sus propias percepciones y les da un orden, vistos como una primera imagen o figura contra un segundo plano o fondo, este fenómeno fue estudiado por primera vez , como ya señalamos, por Edgar Rubin en 1912, quien halló que el campo perceptual se divide en dos elementos: la figura, que suele ser el **foco de atención** y se encuentra rodeada por un contorno que es el resto del campo visual que sería el fondo. (Salama, Op. Cit) Köhler encontró que en este tipo de fenómeno al que llamó inicialmente **figuras reversibles** la figura se destacaba de un fondo y después se reemplazaba por otra que a su vez había sido el

fondo inicialmente y así sucesivamente, Köhler suponía que el efecto se debía a que la primer figura producía una obstrucción visual, y entonces una segunda figura tomaba su lugar, también pensaba que el tiempo al que se estaba expuesto a dicha figura afectaba su percepción, pues se debilitaba la imagen o figura inicial y entonces cambiaba a su posición original y otra figura lo sustituía. En estudios posteriores encontró que no tenía que ver con el tiempo de exposición y que lo que es figura puede convertirse en cualquier momento en fondo y algo de ese fondo ser figura.

Para que un algo pueda ser figura intervienen diversos factores, sin embargo, “no hay una norma segura para determinar qué es lo que se percibirá como “figura”.(Vernon, 1967 pág 42)

La experiencia y las necesidades, son algunos de los factores que nos llevan a elegir a un algo como figura; en la experiencia intervienen algunos factores fisiológicos y cognitivos, (como la experiencia anterior, las características físicas del objeto, las necesidades actuales del organismo, etc.) que entorpecen la identificación de la figura-fondo.

La figura sería la parte que más resalta de esta relación, literalmente “salta” a la vista, se le percibe más grande que su tamaño “real”. La gran importancia del fondo es que sin él no existiría la figura y ésta se perdería en un todo sin significado, “el fondo carece de tal magnetismo. Difuso y amorfo, su función principal es servir de contexto para la percepción de la figura, dándole profundidad y relieve, pero sin despertar interés por sí mismo”. (Polster y Polster, Op. Cit. Pág 45)

De acuerdo a la necesidad dominante es como se elige la figura según Perls “ Al formular este principio en términos de la Psicología de la Gestalt podemos decir que la necesidad dominante del organismo, en cualquier momento, se convierte en figura en primer plano y las demás necesidades retroceden, al menos temporalmente, al fondo” hasta que es satisfecha la necesidad o completada la Gestalt.(Perls,1999).

“Es parte de la naturaleza del organismo del ser, el formar gestalts. La formación de gestalts está primariamente en la percepción y la comprensión; ambas preceden a cualquier análisis de las partes constituyentes de la gestalt. En un principio vemos juntos a todos, después diferenciamos”. (Latner, 1994 Pág 34).

Una gestalt es lo que nos resulta de interés y nos concierne. Es lo que necesita la autorregulación del organismo.

La formación de gestalt es la creación de figuras que el organismo aprecia en el proceso de satisfacción de necesidades, así el organismo sigue a sus necesidades dirigiendo su energía que tiene a su disposición, para atender lo que le resulta más importante.

Ahora bien el individuo sano puede experimentar y diferenciar claramente, en lo que le interesa la figura, a diferencia de aquello que no le interesa. Entonces, identifica sin dificultad su necesidad dominante del momento, sabe elegir la mejor opción para satisfacerla y de esta manera se encuentra disponible para el surgimiento de una nueva necesidad, bajo la influencia de un flujo permanente de formaciones y disoluciones de "Gestalts", movimiento ligado a la jerarquía de sus necesidades frente a la aparición sucesiva de formas que se manifiestan un primer plano sobre el fondo de su personalidad.(Ginger y Ginger, 1993)

Cuando dejan de tener razón de existir, esto es, cuando ya han satisfecho las necesidades del organismo, estas gestalts se destruyen y ya no se les puede encontrar en esa forma que las definió como gestalts.

La formación de una gestalt es un acto de creación y su desaparición es un acto de destrucción. Ambos son aspectos esenciales en la autorregulación del organismo.

La relación figura-fondo trasciende con mucho las actividades de percepción visual que fueron estudiadas por los primeros psicólogos de la Forma, para los gestaltistas es una relación que tiene que ver con la conducta del organismo total y su contacto con el medio y no solo de percepción.

El proceso de formar focos de atención y de actividad se le llama formación de figuras o formación de gestalt; el proceso de satisfacción y desaparición de las necesidades y sus gestalts se llama destrucción de la gestalt o destrucción de la figura.

Hay un estado que se identifica después de la destrucción de una gestalt y antes de la formación de otra, es un estado en el cual se encuentra equilibrado, Latner (Op. Cit) le llama “indiferencia creadora”.

Aunque somos capaces de atender varias cosas a la vez, podemos forzarnos y ocuparnos de lo que no nos interesa excluyendo lo que si nos interesa, entramos aquí en un conflicto de intereses en el cual no sabemos cual de las gestalt debemos elegir y optamos por elegir varias, interrumpiendo el proceso natural de elección y destrucción de gestalt, imponiendo un resultado artificial. “Para que el individuo satisfaga sus necesidades, para crear o completar la Gestalt, para pasar a otro asunto tiene que ser capaz de sentir lo que necesita y debe saber como manejarse a sí mismo y a su ambiente, ya que incluso las necesidades puramente fisiológicas pueden ser satisfechas únicamente mediante la interacción del organismo y el ambiente.” (Perls, 1999 pág. 23)

Así, cuando atendemos varias gestalts, nuestra atención y energía se distribuyen para realizarlas. En este proceso la formación de gestalt es débil y difusa.

En los individuos perturbados, hay confusión entre figura y fondo. Hay falta de intención y de enfoque, de modo que, cuando contemplan una situación particular, no son capaces de elegir lo que es central para ellos, lo que tiene importancia. (Zinker, 2000).

El neurótico ha perdido (o tal vez nunca tuvo) la capacidad de organizar su comportamiento de acuerdo a una jerarquía indispensable de necesidades. (Perls Op Cit)

El fondo de cada vida individual se compone de tres elementos según los Polster, (Op. Cit) :

1. *La vida anterior*, éste contiene algunos componentes que caracterizaran la elección de una figura y que se relacionan con un fondo lleno de actitudes y sentimientos. Cuando existen elementos en el fondo que producen malestar y angustia y que no dejan emerger a la figura, la terapia debe alterar el sentido que el individuo tiene de su fondo para que las nuevas experiencias estén en armonía con su naturaleza “El individuo, por su parte, debe descubrir que esas experiencias no son lo que creía que inevitablemente eran, que en realidad lo

benefician y que, cambiando él mismo a través de ellas, su fondo cambia también, y la congruencia se hace posible en su vida”. (Ibid Pág. 47)

2. *Los asuntos inconclusos.* Si los asuntos inconclusos son lo bastante poderosos, mientras no alcancen el cierre, el sujeto no podrá estar satisfecho nunca y por lo tanto su elección de figura-fondo se verá afectada. El individuo con asuntos inconclusos puede reaccionar de dos maneras: Obsesivamente, estos individuos solo están buscando el completar los asuntos que quedaron inconclusos lo que le crea una rigidez en la configuración de figura-fondo. Y en el otro extremo están los sujetos lábiles que no permiten una relación estable entre un momento y otro por lo que no hay oportunidad de que una figura se complete o adquiera significado.

3. *El flujo de la experiencia presente.* El “fluir” es condición básica de la experiencia, de modo que si uno puede permitir que cada experiencia alcance la realidad que persigue, se disipará a su vez en el fondo, que para ser sustituida por la experiencia inmediata que tenga fuerza suficiente para irrumpir en el primer plano como figura.

La terapia consistiría entonces, en lograr que la persona logre formar sus gestalts de acuerdo a sus principales necesidades, esto involucraría necesariamente el “darse cuenta” de ellas

3.3.2 Aquí y ahora

Los asuntos inconclusos tienen referente en el pasado y se resuelven en el aquí y ahora, en el pasado es imposible.

La premisa del aquí y ahora “consiste en que la experiencia no es meramente un acontecimiento preparatorio, sino un momento válido per se, que no necesita referente externo para confirmar su intrínseca relevancia en la vida del paciente” (Ibid pág 25).

Cuando se menciona el aquí y ahora no significa que no se tome en cuenta el futuro ni el pasado, más bien se reúnen en el aquí y ahora. El pasado es tomado como una referencia de lo que me está sucediendo hoy y lo que haga hoy tendrá impacto para el futuro.

Esta premisa del aquí y ahora le da a la TG un aspecto muy singular, a diferencia del psicoanálisis que retoma principalmente la experiencia pasada para indagar algunos aspectos de los cuales el paciente ya no tiene memoria y que queda estancada en esas investigaciones “arqueológicas”. El aquí y el ahora se vive desde diversas situaciones, por ejemplo, el aquí y ahora fenomenológico es el que uno experimenta como propio, nadie puede reemplazar a nadie en sus propias experiencias y cada sujeto tiene tanta validez en su experiencia como cualquier otro.

El aquí y el ahora representan una experiencia altamente personal anclada en lo sensorial, que se tiene en ese momento del tiempo y en este sitio donde uno está. (Zinker Op. Cit).

Centrarse en el aquí y ahora no significa por supuesto que uno se pase el tiempo hablando *sobre* un tópico de lo que acaba de suceder, lo que solo lograría una despersonalización al hablar y hablar *sobre* algo, sino que significa también el lograr contactar con las emociones que provoca corporalmente ese “algo”.

3.3.3 Ciclo de la experiencia.

La satisfacción de necesidades se relaciona con un ciclo psicofisiológico que opera en toda persona. Este ciclo también es llamado “ciclo de experiencia”, “ciclo de contacto-retirada”, “ciclo de conciencia-excitación-contacto”

Zinker lo llamó el “ciclo de conciencia-excitación-contacto”, para él este ciclo empieza por la sensación, estas sensaciones se convierten en “figura”. La cual permite comprender qué necesita el cuerpo en ese momento y que se debe hacer para satisfacer esa necesidad, el cuerpo se va movilizándose para satisfacerla hay aquí un flujo de energía y se entra en la etapa de “excitación” o movilización de la energía. (Ibid)

El punto siguiente es el de “contacto” donde se da la satisfacción de la necesidad. Posteriormente viene la retirada. Una vez satisfecha la necesidad que se tenía puede emerger una nueva necesidad y comenzar nuevamente el ciclo. Este movimiento, pasa de sensación a contacto y de allí a retirada, para volver a la sensación, es típico de todo organismo. En condiciones saludables, el ciclo se cumple en forma suave, sin interrupciones y grata. (Ibidem).

En este ciclo pueden aparecer algunos bloqueos que pueden a su vez generar, dificultar o impedir la satisfacción de necesidades, algunos otros autores como los Los Polster le llaman “transacción a la resistencia”.

En esta transacción a la resistencia el sujeto encamina su energía para la satisfacción de su necesidad, pero si sus esfuerzos no logran satisfacerla, surgen sentimientos de ira, confusión, resentimiento, decepción, etc. Entonces debe desviar su energía en un determinado número de formas como serían la proyección o la confluencia, todas las cuales reducen las posibilidades de una interacción plena de contacto con el ambiente.

3.3.4 Resistencias

Los individuos que no pueden ver claramente sus propias necesidades y por lo tanto no las pueden satisfacer se les denomina neuróticos, como ya se ha señalado.

El neurótico tiende a verse a sí mismo más grande que la vida y a la sociedad más pequeña, esto significa que, su percepción de sí mismos se encuentra alterada, no hay un contacto pleno con la realidad, hay una perturbación de los límites con la realidad.

Existen cuatro mecanismos de perturbaciones de límites que la TG encuentra tras la neurosis, según Perls (1999)

Si un individuo se encuentra en uno de los límites de perturbación, no significa, que sea un neurótico como psiquiátricamente se le ha categorizado. Más bien estas neurosis son esencialmente una maniobra defensiva para protegerse a sí mismo de la amenaza del mundo.

Aunque algunos autores han propuesto varias formas en las cuales el sujeto desvía el flujo de su energía, en este caso se tomará la referencia dada por Fritz Perls que plantea 4 : 1) Introyección; 2) Proyección; 3) Confluencia y 4) Retroflexión.

Se habla de **introyección**, cuando la persona invierte su energía en incorporar pasivamente lo que el medio le proporciona. Apenas se molesta en aclarar sus

necesidades o preferencias; ya sea porque él se mantienen en una actitud poco discriminativa o porque el medio es totalmente benigno. (Polster y Polster Op. Cit).

Este tipo de personas toma las cosas como vienen, literalmente se “traga” lo que el ambiente le ofrece “Pero, lo que tragamos íntegro, aquello que aceptamos indiscriminadamente, lo que ingerimos en vez de digerir, pasa a ser un parásito, un cuerpo extraño que hace de nosotros su morada” (Perls Op. Cit), aunque parezca que eso que tragamos es realmente nuestro.

Algunos introyectos tienen cierta utilidad, por ejemplo el idioma es una introyección.

Se supone que en todo proceso cada elemento tiene que ser analizado, desestructurado y desarmado, para luego armarlo de manera tal que tenga mayor valor para nosotros. Si se traga entero no contribuye al desarrollo de nuestra personalidad.

El introyectar ofrece ciertos peligros según Perls: En primer lugar el hombre que introyecta nunca tiene la oportunidad de desarrollar su propia personalidad porque está tan ocupado asegurando los cuerpos extraños alojados dentro de su sistema que no tiene tiempo para él mismo.. Mientras mayor es el número de introyectos con los que se ha aparejado, menos lugar hay para que él se exprese e incluso descubra lo que él mismo es. Y en segundo lugar, la introyección contribuye a la desintegración de la personalidad. Si uno se traga enteros dos conceptos incompatibles uno podrá encontrarse a sí mismo hecho pedazos en el proceso de tratar de reconciliarlos.

La introyección sería un mecanismo neurótico mediante el cual incorporamos dentro de nosotros mismos , patrones, actitudes, modos de actuar y pensar que no son verdaderamente nuestros.

La **proyección**, es la tendencia de hacer responsable al ambiente de lo que se origina en el si mismo, de esta manera se convierte en un participante pasivo de su propia vida, es una “víctima de las circunstancias”

En la proyección trasladamos el límite entre nosotros y el resto del mundo, de manera que el sujeto puede renunciar a aquellos aspectos de nuestra personalidad que encontramos difíciles o poco atractivos.

La proyección es necesaria en el sentido que, con ella se logra planear, además de crear artísticamente, en este caso, el artista se proyecta en sus obras. En este tipo de proyección, el artista tiene bien identificada su obra y la distingue de sí mismo.

Por el contrario, en la proyección neurótica hay una confusión de la identidad. El neurótico no usa el mecanismo de la proyección únicamente en relación a sus quehaceres con el mundo que está afuera de él mismo. También lo usa en sí mismo. No sólo tiene la tendencia a desposeer sus propios impulsos, sino que también tiende a desposeer aquellas partes de él mismo de donde se originan aquellos impulsos (Ibid.).

En el caso patológico del proyector, encontramos al paranoico, ya que éste es incapaz de soportar la responsabilidad de sus propios deseos y sentimientos, y se los adjudica a objetos o personas en el ambiente.

Cuando el individuo no siente ningún límite entre él mismo y el ambiente que lo rodea, cuando siente que es uno con él, se dice que está en confluencia con el ambiente (Ibid.).

La persona **confluyente** no suele tomar ninguna decisión, deja que los demás la tomen por él. Ha perdido la noción del límite entre el y los demás.

Un ejemplo de confluencia son los recién nacidos, pues no distinguen entre lo que son ellos y lo que son los demás y el ambiente.

La persona en la cual la confluencia es un estado patológico no puede decir que es ella, ni puede decirnos lo que son los demás. No sabe hasta donde llega ella misma y dónde comienzan los demás. No se da cuenta del límite entre sí mismo y los otros, por tanto, no puede hacer un buen contacto con ellos.

“El hombre que está en confluencia patológica hace un ovillo de sus necesidades, sus emociones y sus actividades, resultando una confusión tal que ya no se da cuenta de que es lo que quiere hacer ni como se lo está

impidiendo. Esta confluencia patológica yace tras muchas de las enfermedades ahora reconocidas como psicósomáticas” (Perls Op. Cit. Pág 49).

El **retroreflector** se hace a sí mismo lo que le gustaría hacer a otros. Deja de dirigir sus energías hacia afuera en un intento de manipular y llevar a cabo cambios en el ambiente que le satisfagan sus necesidades, más bien, reorienta su actividad hacia adentro y se sustituye a sí mismo por el ambiente como objetivo del comportamiento.

“El retroreflector dice ‘tengo vergüenza de mí mismo’ o también ‘tengo que forzarme a mi mismo para hacer este trabajo”. Hace una serie casi interminable de afirmaciones de este tipo, todas basadas en la comprensión de que él mismo es dos personas diferentes”. (Ibídem pág. 50) .

Aunque, varios autores han agregado más formas en las cuales el sujeto desvía su energía tomaremos la que agregan los Polsters: la deflexión en la que individuo realiza actividades a fin de evitar el contacto directo con otras personas, generalmente se utiliza la verborrea y los circunloquios para evitar el contacto con el otro. Se enfrascan más en pláticas de situaciones pasadas que de presentes, además de que se habla “sobre” alguien en vez de “hablar” a alguien. El que deflexiona puede ser el que inicia la acción o el que responde a ésta, la deflexión es como un escudo invisible que a veces ponemos para que no nos vean a nosotros tal cual somos, el problema está en que los sujetos se llegan a habituar a la deflexión o bien la usan indiscriminadamente al grado tal que después no son capaces de llegar a un contacto con un interlocutor.

3.3.5 Polaridades

Desde épocas milenarias existen las polaridades, en las culturas orientales el ying-yang es básico, la importancia de éste concepto es que todo el cosmos se rige bajo el mismo principio.

En las polaridades no existe una sin la otra, así como existe la luz existe la oscuridad, su opuesto, para lo bueno existe lo malo, una hace que la otra tenga sentido de ser.

En todas las personas existen polaridades y éstas tienden a un equilibrio dinámico, el problema ocurre cuando una de estas polaridades anula a la otra,

de alguna manera la somete, no permite el crecimiento homogéneo, y como resultado surgen conflictos.

Las personas no solo tienen una polaridad que se opone, sino varias que se relacionan entre sí, p. Ej. La bondad cuya polaridad puede no ser solamente la crueldad; también la insensibilidad o la indiferencia (Zinker Op. Cit).

Se poseen además polaridades cuyas características son egosintónicas o aceptables para la conciencia de cada uno y egodistónicas, inaceptables para el sí mismo. Esto es que a veces por mantener su concepto el individuo acepta juicios aunque estos le molesten.

La persona saludable se da cuenta de la mayor parte de sus polaridades incluyendo aquello que la sociedad desaprueba y es capaz de aceptarse de esa manera. Puede ser que no siempre apruebe sus polaridades, pero el hecho de que esté dispuesto a tomar el riesgo de darse cuenta de ellas es un aspecto significativo de su fuerza.

En la conciencia de la persona perturbada hay grandes vacíos. Tiene una visión rígida y estereotipada de sí misma y no logra aceptar muchas de sus partes, su mezquindad, su homosexualidad, su insensibilidad, su dureza. Niega sus propias polaridades negativas (aquellas facetas de sí misma que le han enseñado a considerar inaceptables o repulsivas, como los introyectos) y tiende a proyectar sobre otros tales características (como en el caso del proyector).

La terapia tiene el trabajo de conciliar estas polaridades para lograr el equilibrio dinámico, Zinker (Ibid) menciona que en la terapia de las polaridades hay que exagerar una de ellas de esta manera se llega a la otra, "Mi teoría de las polaridades sostiene que si no me permito ser malvado, nunca seré genuinamente bondadoso. Si estoy en contacto con mi propia maldad y amplío esa parte de mí mismo, mi bondad cuando se manifieste, será más rica, más plena, más completa..." "Cuando un lado de la polaridad se estira, también se estira el otro lado en algún punto, casi automáticamente". (Zinker Ibid pág 162). Esto es entre más se vuela al norte más se llega al Sur.

3.3.5 Darse Cuenta

También llamado awareness, el Darse Cuenta (DC) es el objetivo de la TG; Cuando en la terapia una persona logra **darse cuenta** de qué es lo que está pasando con su vida podrá ver de que manera produce sus dificultades.

Perls, Hefferline y Goodman (1951) opinan que el énfasis en el DC no es porque sea el logro más grande en la vida, sino porque es en esta área donde la mayoría estamos afectados.

Si el paciente aprende la técnica del DC para dar seguimiento o para mantenerse en contacto con una situación cambiante, no es ya más neurótico, no importando que sus problemas sean externos o internos.

La labor del terapeuta es enfocar el trabajo en torno a todo aquello que impida el DC, también es labor del terapeuta verificar que el paciente dé cuenta de ese DC por sí mismo y pueda continuar con su proceso de crecimiento.

El DC es parte de la materia viva, viene a ser su capacidad de reaccionar diferencialmente a las condiciones del ambiente, una especie de sensibilidad. Perls (1998) Por lo que el DC no es un proceso exclusivamente mental ni humano, todos los seres vivos nos damos cuenta, aunque no de todo, como serían los procesos vegetativos.

No existe una definición exacta del DC, sin embargo la han involucrado con la atención y la conciencia como sinónimos. A este respecto Alcaraz (2001) realiza una reflexión conceptual acerca de esta problemática y da cuenta de que: la atención, DC y conciencia no son sinónimos ...”La atención es el proceso de selección del o los elementos del campo que serán convertidos en figura. Podemos estar atentos a una figura sin DC de ello –esto ocurre durante la distracción-. Pero no podemos darnos cuenta de nada en lo que no se haya enfocado previamente la atención. La atención es un proceso más bien cognitivo, como apunta Perls, en tanto que el DC es un proceso orgánico en el que puede estar presente o no el elemento cognitivo”. (Alcaraz 2001 pág 48).

En cuanto a la conciencia, menciona que es un proceso característicamente humano, (a diferencia del DC que se da en toda la materia viva) y que solo cuando la persona es capaz de referir verbalmente su experiencia del DC es consciente, de lo contrario pasa a formar parte del fondo del campo fenomenológico de la persona.

El DC que se funda en, o depende de la atención, evoluciona en varios niveles de complejidad.

De estos tres procesos, el más amplio y básico es la atención, sobre ésta se basa el DC y sobre ambos se llega a la conciencia.

Alcaraz concluye que: “podemos afirmar que el propósito de la TG es, evidentemente el DC, en tanto que la atención es un **medio** para ello. Mientras que la conciencia y el insight son **consecuencias** del DC complejo, al que la persona puede acceder en su proceso terapéutico siempre y cuando haya logrado el adecuado nivel de atención con el desarrollo psicológico correspondiente (contextual, suplementario, selector, sustitutivo, referencial”. (Pág. 55).

3.4 Técnicas de la TG.

Existen diversas técnicas en la TG, muchas de ellas fueron tomadas, utilizadas y combinadas por Perls de otros enfoques, p.j. de la asociación libre tomo la idea de apoyar el **darse cuenta**, a través del cambiar la atención del contenido a la forma; de Reich tomó lo que él entendía por “corazas” sobre la defensa como un suceso motriz; de Karen Horney tomó la “tiranía de los debieras”, que probablemente derivó en el Topdog- Underdog; del psicodrama, tomó la actuación de los conflictos, de la dianética la revivificación de episodios traumáticos y las técnicas de repetición de frases; del budismo Zen tomó la regla de minimizar el intelecto, etc. (Naranjo,1990).

Las técnicas en la TG son muchas y cubren un amplio espectro de conductas como: verbales y no verbales, estructuradas y no estructuradas, introspectivas e interpersonales, dirigidas por el paciente mismo y, a veces por el terapeuta, simbólicas y no simbólicas. De las que más frecuentemente se utilizan en la TG son las descritas por Claudio Naranjo: Técnicas supresivas, expresivas e integrativas; Todas llevan al objetivo del **Darse Cuenta**.

3.4.1 Técnicas Supresivas.

Para vivenciar tenemos que estar en el presente “darnos cuenta” situarnos en el “aquí y ahora”. Muchas personas viven evitando el aquí y ahora utilizando artimañas intelectuales como pretextos y justificaciones, por lo que la terapia utiliza algunos métodos para lograr que el paciente deje de tender a vivir en el pasado o el futuro. Uno de estos métodos es **la experiencia de la nada**, (como la meditación en el budismo Zen). “La importancia de la experiencia de la nada deriva de la observación de que ella constituye un puente entre la evitación y el contacto, o, como expresara Perls , entre las capas fóbicas y explosivas de la personalidad” (Naranjo, Op Cit. Pág 61) Perls le asignaba tanta importancia a esta fase del proceso terapéutico, que él incluso definió la TG como la transformación del vacío estéril al vacío fértil. Naranjo lo ejemplifica de la siguiente manera: “ Una vez que no tenemos que ser creativos, cualquier cosa que hagamos es nuestra creación; una vez que no tenemos que estar iluminados, nuestra toma de conciencia del momento es iluminación; una vez que dejamos de estar preocupados por esto o aquello y sentimos una nada con respecto a tales estándares, nos percatamos de que somos lo que somos. (pág. 61)

Esta técnica del “**vacío fértil**”, junto con el “**acercadeísmo**”, “**debeísmo**” y “**manipulación**” constituyen las reglas para que el paciente deje de sumirse en el juego de la evitación.

En el **acercadeísmo**, el paciente tiende a utilizar la verborrea como medio de evitación del contacto. Este tipo de juego de palabras solo conduce a la racionalización y Perls las divide en tres clases de verborrea:

“Chikenshit” (caca de pollo), que es algo así como “buenos días”, “como le va”, etc.

“Bullshit” (caca de toro), se refiere a “porque”, racionalizaciones, excusas.

“Elephantshit” (caca de elefante), que es cuando uno habla de filosofía, terapia gestáltica existencial, etc. Las cuales deben ser eliminadas, ya que constituyen algo insustancial para el organismo.

De lo que se trata es de evitar estas conductas o eliminarlas, para así fomentar el contacto con la realidad.

Debeísmo, estos son los introyectos, (las conductas “tragadas” previamente) de los que se habló anteriormente, y es otra de las maneras de no permitirse ver lo que es.

A diferencia del acercadeísmo, el debeísmo no se refiere al juego verbal, sino a una actividad psicológica de estar en pugna con la realidad.

Aquí es manejada la técnica del “topdog” (perro arriba) y del “underdog” (perro abajo), o “mandon” y “mandado”, “saboteador” y “saboteado”, con éstas la labor del terapeuta es indispensable, su tarea es el confrontar estas polaridades para poder equilibrarlas.

Manipulación, esta se caracteriza por el uso inadecuado de la esfera de acción. Aquí se Juegan ciertos papeles que hacen que se evite el contactar como son: hacerse la víctima, jugar al sordo, etc.

El paciente demuestra ciertas “técnicas” de evasión como:

- 1) Hacer preguntas: Existen preguntas razonables dentro de una conversación, pero cuando éstas se realizan para evadir la terapia se está hablando de manipulación. Aquí se sugiere la regla de “no preguntas” que se consigna al inicio de la sesión terapéutica.
- 2) Contestaciones. Es la contraparte del punto anterior, esto es las contestaciones “no valen” a quien pretenda manipular con preguntas. Se sugiere que el interrogado tenga la libertad para contestar o no.
- 3) Pedir permiso. Al pedir aprobación para llevar a cabo alguna acción, el individuo está manipulando la situación para que otros tomen la responsabilidad por su acción. Al ser ésta una conducta que va en contra de tomar el riesgo y la responsabilidad, la mayoría de los gestaltistas lo señalarán cuando ocurra para confrontarlo con su propia libertad y miedo.
- 4) Exigencias. La actitud del terapeuta gestáltico frente a la exigencia variará según el individuo y la ocasión, pero, en general se puede decir que la necesidad que tiene un individuo de que otros hagan o dejen de hacer algo, es proporcional a su balance o equilibrio interior. Para ello el terapeuta tratará de hacer que se experimenten esas vivencias.

3.4.2 Técnicas expresivas.

La auto expresión no sólo es una forma de auto-percatarse, sino que es un medio en si mismo: “la capacidad de expresarse, como la conciencia, es parte de la persona plenamente desarrollada, y por lo tanto, un objetivo de la psicoterapia”. (Naranjo, pág. 84). El terapeuta estimula en el paciente lo que “sí es”, contrario a la anterior técnica, que intenta suprimir los que “no es”.

Estas técnicas se dividen en tres:

1) **Iniciación de la acción.** La TG considera como fóbica gran parte de la conducta actual: organizada de tal forma que toda ella puede parecer fluida y sin embargo, se evita el verdadero contacto, se suprime la verdadera expresión. Para contrarrestar esto se incita por medio de maximizar la expresión, o de prescripciones individuales:

a) **Maximizar la expresión.** Esta es provocada por el terapeuta cuando da cuenta de que el paciente no expresa una situación de importancia o bien la expresa mínimamente. Dentro de ésta también se encuentra el suministro de situaciones no estructuradas en la medida que una situación no sea estructurada, el paciente se verá confrontado con sus propias opciones, “sea lo que sea que haga, él lo hace. Está *optando* y una de las funciones del terapeuta es hacer que se percate de sus decisiones, ayudarlo a darse cuenta de que él está *optando* –es decir, que él es responsable.(Naranjo, Op. Cit. pág 86) Como en esta situación “no hay reglas”, el paciente no puede sino reconocer el conflicto como suyo. La falta de estructura produce un vacío que el paciente tendrá que llenar con su expresión, es como el vacío fértil. Otra opción para maximizar la expresión es hacer las rondas en donde se estimula la relación con miembros de un grupo con la instrucción de pasar frente a cada miembro del grupo y “decirle algo”, ejemplo de ello es: “dile algo a cada miembro del grupo lo que percibes de él” o “hazle algo a cada miembro del grupo que tengas deseos de hacer”, etc. En este tipo de técnicas su función es la de superar las inhibiciones o la falta de expresión. La jerigonza o galimatías también es utilizado, como una técnica para maximizar la expresión. Hablar en jerigonza puede ser considerado a decir lo desconocido, lo impensado, lo que a su vez

refleja del paciente un estilo individual junto con los sentimientos del momento, o la realidad interna. Expresarse en galimatías o jerigonza sirve para autopercatarse, además de que se evitan las “justificaciones racionales”, Ya que se expresan mensajes con sílabas sin sentido o sonidos.

- b) **Prescripciones individuales** Aquí el terapeuta debe estar en contacto con el paciente para ayudarlo a expresar aquello que no puede. El terapeuta detecta cuales son aquellas situaciones que no puede expresar y que evade, en donde hay un vacío, es como en las polaridades, Perls decia que en la medida de nuestras neurosis, tendemos a aumentar la magnitud de algunos de nuestros rasgos, los que consideramos como virtudes, y escotomizamos aquellos que llamamos defectos. Así si un paciente cree que “todo lo sabe” estimularlo para que diga “no lo sé”, es decir favorecer aquello que el paciente niega
- 2) **Completar la Expresión.** A veces el paciente presenta un sentimiento de “no haber terminado”, es decir que no ha completa una gestalt, p. ej. palabras que no se dijeron, cosas que no se hicieron y que alguna vez quisieron hacerse o decirse, aquí el terapeuta invita por medio de las fantasías a terminar aquella situación, claro sin desconectarse del aquí y ahora. Estas situaciones se pueden completar por medio de cuatro técnicas:
- a) **Repetición simple** El objetivo es el de intensificar el “darse cuenta” de la persona con respecto a una determinada acción o afirmación suya.
- b) **Exageración y Desarrollo** Cuando a una persona se le pide que exagere o vuelva a hacer cierta acción o frase más intensamente. Cuando a una persona se le pide que exagere y hace esto una serie de veces, puede descubrir algo nuevo en su acción.
- c) **Explicitación o Traducción.** Esto es ponerle palabras a un movimiento o asentimiento, traducir en palabras un trozo de expresión no verbal, p. Ej. “Dale voz a tu soledad”, “¿qué te diría?”.
- d) **Identificación y Actuación.** Contrario a la explicitación o traducción en la actuación le damos movimiento a un pensamiento
- 3) Ser directo.

- a) La **minimización**. Cuando la auto-expresión se ve entorpecida por acciones tales como la minimización, el dar rodeos, la vaguedad, etc, se puede sugerir al paciente la utilización de un lenguaje directo. P. Ej. una de las minimizaciones más frecuentes es el uso de la conjunción “pero”, la cual es utilizada para descalificar una afirmación o para restarle algo de su peso o validez, se le puede sugerir al paciente que sustituya su “pero” por un “y”.
- b) **Retroflexión**. La retroflexión es hacer a uno mismo lo que se desearía hacer a otras personas u objetos. Siguiendo este principio lo que se intenta realizar en terapia es el que paciente le exteriorice a otra persona lo que se está haciendo a sí misma y con ello lograr el DC.

3.4.3 Técnicas Integrativas

En TG hay técnicas cuyo objetivo principal es el de integrar las partes alienadas del paciente y son:

a) **El encuentro Intrapersonal**. En el se pone en contacto a los diferentes “sub-sí mismos” de una persona, indicándole que represente sus partes en forma alternada y haga hablar esos “personajes” entre sí. En esta técnica se utiliza la “silla caliente” y la “silla vacía”, en donde el paciente es estimulado a cambiarse de una silla a otra para reforzar la realidad de su identificación con estas “partes” del sí mismo.

También se utiliza en esta técnica la confrontación de las “personalidades” que Perls llamó Top-dog y Under-dog los cuales luchan por el “control” de la personalidad.

b) **Asimilación de Proyecciones** En la proyección la persona tiende a atribuirle a otra persona u objeto cualidades que tiene y que no esta dispuesto a reconocer como tales. En terapia se sugiere al paciente que se identifique con lo que no reconoce como propio.

La TG constituye entonces un enfoque cuyos recursos han sido enriquecidos de diversas corrientes filosóficas adaptadas de forma tal que demuestra coherencia; Es de resaltar además que este tipo de terapia utiliza la creatividad para poder lograr un “darse cuenta” en la persona lo cual la hace original, además de que no pierde de vista la esencia humana.

Hasta aquí realizamos la revisión de conceptos generales de la terapia gestalt con el fin de dar cuenta de sus principios básicos, ahora bien es en el siguiente capítulo en donde nos enfocaremos a estos mismos conceptos pero aplicados a la TG infantil.

CAPITULO

IV

TERAPIA GESTALT APLICADA A NIÑOS

4. TERAPIA GESTALT APLICADA A NIÑOS

4.1 PROCESO TERAPÉUTICO

Como vimos en el capítulo tres, la naturaleza humana se organiza en formas o totalidades y es vivenciada por el organismo en estos términos (Perls 1999) esta es la premisa básica de la psicología de la gestalt y como tal esta premisa también es aplicable a niños.

Los niños tienden a organizar como un todo lo que perciben, aunque sus referencias son más limitadas por ejemplo “el niño menor de 18 meses, inmaduro neuronalmente, no logra captar completa a la madre, sino solo partes de ella, como su cara, sus pechos, sus ojos; aún así, el niño no considera que son fragmentos, sino que esa cara, esos ojos, son la madre”. (Amescua 1997 pág 9). Aunque el niño perciba en forma aislada los elementos y vea al cuerpo en forma desarticulada, al organizarlos ve un todo, al ir madurando tendrá la capacidad de formar figuras o gestalten ya con una percepción íntegra de la figura. Cuando al niño le llama algo la atención lo demuestra de manera que se sumerge en el juego, el juguete o lo que le haya llamado la atención y no permite ser distraído, manda al fondo todo lo demás que no sea la figura actual. En un niño que permanezca indiferente a su campo y no elija figura, hay que facilitarle materiales o actividades que posibiliten el surgimiento de figuras

Los niños a diferencia de algunos adultos tienen la tendencia a completar lo que inician . A un niño no le gusta dejar juegos o preguntas inconclusas, insiste hasta que logra lo que quiere. Cuando sucede lo contrario y el niño pasa de una cosa a otra, es un índice de que algo anda mal. (Amescua, Op. Cit).

También los niños tienen la capacidad de no evadir el presente, de vivir el aquí y ahora sin olvidar, por supuesto, los acontecimientos del pasado, pueden revivirlos y vivenciarlos con todas sus emociones.

La terapia Gestalt busca que el paciente se “de cuenta” de qué es lo que está haciendo para poder establecer “contacto” con alguna situación o algún tipo de sentimientos y le permita cerrar una figura y crear otra en el proceso de conciencia-excitación contacto.

Es difícil saber cuando los niños pequeños han “dado cuenta” de alguna situación porque no pueden demostrarlo verbalmente, es por ello que hay que estar atentos a su juego simbólico para poder ver el proceso de darse cuenta del niño pequeño.

El proceso terapéutico.

El proceso terapéutico se inicia con el contacto entre el terapeuta y el niño. En la primer sesión se obtienen datos importantes del desarrollo del niño y de la problemática por la que acude a terapia.

Oaklander (1996) propone que en la primera cita estén presentes los padres y el niño “nunca dejo que un niño aguarde en la sala de espera mientras sus padres están en mi oficina. Sea lo que sea, debe decirse frente al niño. Así puedo observar las reacciones del menor, la dinámica entre padres e hijos y oír a ambas partes... el niño verá que soy una participante justa e imparcial, interesada en todo –especialmente en el niño. (pág 185) La primera sesión se realiza de manera conjunta, haciendo participar al niño en ella de manera que se le cuestiona si está o no de acuerdo en lo que describen de su problemática y de él sus padres, para no ocultarle nada.

Al respecto, Amescua propone que la primer sesión sea únicamente con los padres, pues no se conoce aún la problemática del niño y no se sabe que tanto puedan afectarle los sentimientos o adjetivos negativos que a menudo los padres descargan y que podría etiquetarlo.” A nadie le agrada escuchar cosas negativas sobre sí mismo y menos aún a un niño que tal vez ya tenga su autoestima bastante baja y que quedaría más lastimada al provenir estos conceptos de sus propios padres. (Amescua 1996 Pág. 71)

Además de la obtención de datos importantes del niño , es en ésta sesión cuando se establecen ciertas “reglas” de la terapia:

- *Confidencialidad*, hay que darle seguridad al niño y hacerle saber que sus “secretos” están a salvo con nosotros.
- *Hablarle del síntoma*, es necesario que sepa a qué es traído a terapia siendo honestos y claros mencionarle su problemática como algo natural.

- *Utilización del material*, es necesario que el niño sepa que el material es para uso dentro del consultorio y que no se debe maltratar para poder seguir utilizándolo.

Es también en esta primera sesión que se estipula la forma de trabajo y en el que el niño puede ser propositivo y creativo.

Un aspecto importante que se contempla al trabajar con niños es el lugar donde se trabaja y su principal característica es el que el niño y el terapeuta se sientan cómodos en un ambiente agradable.

Los juguetes son importantes como material terapéutico, ya que gran parte de la terapia está basada en el juego. La disposición de los juguetes va estar de acuerdo con el estilo del terapeuta, de manera que, si desea el niño puede tomarlos a su gusto, o bien el terapeuta decide cuales poner a su disposición eligiendo los que podrían utilizarse para beneficio de la sesión.

Técnicas de la TG en terapia infantil.

Fantasía. A través de la fantasía se puede averiguar cuál es el proceso en el que se encuentra el niño “a través de la fantasía podemos examinar los reinos interiores de la existencia del niño. Podemos extraer lo que está oculto o eludido y además averiguar que está sucediendo en la vida del niño desde su perspectiva”. (Oaklander Op. Cit pág. 10)

La fantasía tiene una doble intención en el niño, por un lado es un forma de expresión y por el otro es un indicador de cómo el niño ve su ambiente, su figura, su conflicto.

Al reconocer esta fantasía en el niño va a permitir conocerlo más, ya que usualmente es confundida con las “mentiras” cuando el niño lo que desea es expresar con fantasías como le gustaría que fuera su realidad. “el mentir es síntoma de que algo anda mal para el niño. Es más bien una forma de comportamiento que una fantasía, aunque a veces ambas se fusionan. Los niños mienten porque temen declarar su posición, enfrentar la realidad tal como es”. (Ibid pág 11) Es por ello que hay que comenzar a sintonizarse con los sentimientos del niño más que con su conducta para empezar a conocer su verdadero yo. El material para el trabajo de fantasía es muy diverso, tanto como la imaginación del niño.

Se pueden usar dramatizaciones improvisadas, narración en sus formas oral, escrita, con títeres, la poesía, así como la imaginación y el simbolismo, hay fantasías guiadas y fantasías que tienen un final abierto, existen además muchas técnicas que se prestan para desarrollar actividades que incluyan fantasía. Lo importante es que el niño se inmiscuya en el proceso creativo y así nos descubra sus sentimientos.

El juego. El juego en el niño no siempre es terapéutico, hay un elemento que influye para que lo sea: el terapeuta, que es el que lo lleva al proceso de “darse cuenta”, el terapeuta está capacitado para ayudar al niño a descifrar, comprender y asimilar el significado del juego “de lo que se trata es que el terapeuta entre en el juego significativo, en el juego metonímico de lo que el juego expresa en lo simbólico. Al jugarse, el terapeuta en este sentido se inserta transferencialmente en la letra lúdica”. (Amescua Op. Cit. pág. 69)

El niño a través del juego somete a prueba su mundo y aprende de él, y por lo tanto, es esencial para su sano desarrollo”. (Oaklander 1996 pág 160) También es un método seguro con el que el niño puede ensayar sus propias formas de ser.

Hay que poner especial atención al niño en ¿cómo juega, cómo se acerca a lo materiales, qué escoge, qué evita? ¿cuál es su estilo general? ¿les cuesta trabajo cambiar de una cosa a otra? Es desordenado o bien ordenado?, cuál es su patrón de juego? qué tipo de temas trata?, hay conversación entre los elementos del juego. Todas estas observaciones nos darán material para trabajo terapéutico con el niño.

Se pueden además utilizar las técnicas descritas por Naranjo (Op. Cit), técnicas supresivas, expresivas, e integrativas, de manera que se le puede pedir al niño que exagere sus movimientos en el juego, o que los repita, para que el niño se dé cuenta de sus sentimientos en ese momento.

A parte de los juguetes hay otros elementos con los que se puede jugar, Oaklander nos propone los siguientes:

Bandeja de arena, la arena da una agradable sensación a los dedos y manos, posee cualidades táctiles y kinestésicas. La arena se puede mojar y secar, es moldeable, se pueden crear figuras con ella, se puede enterrar en ella. Violeta Oaklander trabaja la arena como se trabaja con la fantasía o con los dibujos en

los que los niños cuentan una historia de lo que están haciendo y vayan siendo los elementos.

Juegos en grupo, se utilizan juegos que no requieren demasiada concentración. La manera en que cada niño juega contra otros nos dice de que manera está enfrentando la vida. El juego en grupo ayuda sobre todo a los niños que tienen problemas para comunicarse y con aquellos que necesitan una actividad que fije su atención. Además de que mejora las aptitudes de contacto en el proceso terapéutico.

Test proyectivos, Oaklander utiliza los test proyectivos no como un método de evaluación, sino como una manera de contactarse con el niño. Son utilizados por ella como utiliza el juego, o la bandeja de arena. Una de las maneras en como lo utiliza es la de leerles en voz alta la interpretación de los test a los niños, y ellos se muestran muy interesados y pueden opinar al respecto, lo que les refuerza la percepción de sí mismos.

Dibujo. Otra técnica que además de involucrar la fantasía y la creatividad es muy útil es el dibujo. Existen varias propuestas para dibujar, Oaklander nos menciona algunas: *Tu mundo en colores y líneas; dibujos de familia; el rosal; el garabateo; cuadros de ira; mi semana, mi día, mi vida; el squiggle; colores, curvas, líneas y formas; dibujo en grupo; dibujo libre; pintura; dáctilopintura; pintar con los pies.*

Tu mundo en colores y líneas, se le pide al niño crear su propio mundo en colores, líneas y formas, sin utilizar nada “real”, como mostrarían su mundo utilizando solo estos elementos, dejando que le niño describa que es lo que quiere decir con cada elemento que dibujó, así como pedirle que se convierta en cada elemento del dibujo y nos diga como se siente ser ese elemento. Es importante hacer mención de que Violeta Oaklander no utiliza este tipo de técnicas para realizar interpretaciones acerca de los dibujos de los niños, más bien ayuda a facilitar el proceso del “darse cuenta” en el niño y nos da una perspectiva de cómo y en que proceso están.

Dibujos de familia, parecida a la técnica anterior, ahora se trata de representar a la familia y pueden utilizar además animales, símbolos, y todo cuanto se les ocurra en vez de personas reales. Después se les pide que vayan a su dibujo y le digan a cada miembro de la familia lo que les agrada o desagrada de ellos.

Hablar a través de dibujos acerca de la familia es más fácil y seguro que hablar en una sesión familiar o pedirle al niño que hable de ello.

El rosal, esta técnica se utiliza conjuntamente con la fantasía, se le pide al niño que cierre los ojos e imagine que es un rosal y se le hacen preguntas, en la fantasía acerca del tamaño, su tipo de flor, sus raíces, en dónde está, qué hay a su alrededor, cómo es, cómo se siente ser un rosal, cómo sobrevive, quién lo cuida, etc. Después se le pide que abra los ojos y dibuje su rosal y se le cuestiona acerca de las preguntas que se le hicieron y note qué tanto cabe esto en su propia vida.

El garabateo, consiste en que primero el niño utilice todo su cuerpo para hacer un dibujo en el aire con amplios movimientos rítmicos. Después con los ojos cerrados, dibuja estos movimientos en una gran hoja de papel (aunque también puede hacerlo con los ojos abiertos). Este ejercicio corporal parece tener efecto de soltar y liberar al niño para hacer un garabateo menos inhibido en el papel real

Cuadros de ira, se utiliza cuando el niño expresa algún sentimiento como ira, enojo, coraje, se le pide que hagan un dibujo de sus sentimientos.

Mi semana, mi día, mi vida, la instrucción es que los niños dibujen un cuadro de una semana, o un día de su vida con lo que proporcionan material para poder trabajar sus sentimientos, pues a veces los niños realizan dibujos de cómo les gustaría que fueran.

El squiggle, éste consiste en hacer una marca al azar, generalmente negra en una hoja de papel y pedirle al niño que termine el cuadro, aunque puede ser a la inversa, que el niño haga un trazo y el terapeuta lo termine.

Colores, curvas, líneas y formas, generalmente se utiliza un objeto como una flor, un juguete, una pieza musical, una hoja, etc y se les pide a los niños que la observen durante cinco minutos, después de este tiempo tienen que dibujar los sentimientos que el objeto les produjo.

Dibujo en grupo, a veces es utilizada con un grupo de niños o bien con la familia, el dibujo en grupo nos va a mostrar la capacidad que tiene la familia, por ejemplo, de tolerancia a los demás, si ceden o no espacio, el respeto y la manera de salir de apuros. Al terminar el dibujo se conversa sobre la experiencia que se produjo. *Dibujo libre*, a veces los niños prefieren dibujar o pintar lo que se les antoja, y no lo que se les dice que hagan. Esto no impide el

proceso terapéutico, la importancia que tiene el dibujo libre es que los niños van a dibujar lo que en ese momento se está presentando como figura.

Pintura, la pintura tiene un efecto terapéutico diferente a los dibujos hechos con cera, colores de madera, plumones, etc. La pintura tiene otros atractivos, como la brillantez, la fluidez, la textura, esta atracción hace que los sentimientos se expresen más fácilmente.

Dáctilopintura, La dáctilopintura y la arcilla tienen cualidades táctiles y kinestésicas similares. Tiene excelentes cualidades es fluida y tranquilizante, se pueden hacer trazos y borrarlos fácilmente, con lo que el pintor no experimenta frustración y no necesita de mucha experiencia para pintar.

Pintar con los pies, hay varias formas de utilizar esta técnica, los niños pueden hacer pinturas individuales, pinturas grupales y pinturas murales. Al utilizar los pies, se está utilizando una parte del cuerpo que a menudo es olvidada, además de que al término de este ejercicio hay que lavar los pies de los niños y es aprovechable para dar un pequeño masaje, que los niños recibirán con agrado.

Es importante mencionar que el dibujo es trabajado conjuntamente con el niño, de manera que el terapeuta solo es un facilitador del proceso de DC del niño.

Dramatización. La actuación ayuda a los niños a acercarse a sí mismos, pues les permite salirse de sí mismos, aunque realmente entran más en contacto consigo mismos. “En la dramatización creativa, los niños pueden aumentar la autopercepción de que disponen. Pueden desarrollar una total toma de conciencia del yo- el cuerpo, la imaginación, los sentidos. El drama se convierte en una herramienta natural para ayudarlos a encontrar y dar expresión a las partes ocultas y perdidas de sí mismos, y desarrollar una mayor fortaleza e individualidad”. (Oaklander pág. 139)

Las dramatizaciones pueden ser: *pantomima de situaciones*, en la que dos personas deciden hacer algo y los demás adivinan qué es. *Caracterizaciones* se les dan ciertos personajes que interpretar y lograr desarrollarlos. *Improvisaciones con palabras*, se les dan ciertos objetos y los niños tienen que trabajar su creatividad improvisando una obra dramática basándose en esos objetos. También se pueden trabajar los *sueños*, ya sea de manera individual o

en grupo. *La silla vacía*, esta técnica ya descrita tiene como fin ayudar a cerrar una gestalt incompleta en la vida de esa persona. Las *polaridades* también son trabajadas con niños de manera que se involucran las diferentes facetas que pudiera tener el niño.

En estas técnicas lo importante es que el niño involucra su proceso creativo, además de su cuerpo con la finalidad de facilitarle el **darse cuenta**.

Casos vistos en Terapia Gestalt Infantil

Amescua menciona que el tipo de casos que frecuentemente visitan el consultorio son los siguientes:

- 1 problemas escolares
- 2 Agresividad
- 3 Problemas fisiológicos
- 4 Inseguridad o retraimiento
- 5 miedo y angustia

Los problemas escolares son una de las principales causas por las que los niños son canalizados a terapia. La problemática escolar es concebida, por esta autora, por la falta de atención y concentración; bajo rendimiento académico, agresividad o pasividad; incapacidad para resolver problemas simples o retener la información en la memoria, esto es problemas que no tiene ningún fundamento orgánico ni pedagógico.

Son muchos los casos en los que el síntoma es la problemática escolar pero en el fondo lo que prevalece es una situación emocional. Para un padre es preferible aceptar a su hijo con un “problema escolar” antes que reconocer que algo no está funcionando adecuadamente en la “dinámica familiar” y por ello el niño presenta el síntoma.

El síntoma caracterizado por esta problemática escolar va a interrumpir el ciclo de conciencia, excitación, contacto, en el que hay energía, solo que ésta se desvía evitando el contacto con el objetivo.

La agresividad es (después de la problemática escolar) otra de las causas por las que comúnmente son traídos los niños a terapia. La agresividad es

considerada como un acto físico o verbal dirigido intencionalmente a herir a otra persona.

Amescua nos presenta dos clases de agresividad, la que acabamos de describir y otra que se da como un “acto reflejo” que se observa en niños menores de dos años y se da porque el niño no ha delimitado aún sus fronteras entre el tú y el yo, hay confusión, a este tipo de niños hay que trabajar a nivel corporal para de ésta manera fomentar la distinción entre él y los demás. (Amescua Op. Cit)

La agresividad intencional es diferente, está sostenida por un coraje que no ha podido expresarse directamente contra la persona o situación que lo produjo, por lo que es importante ayudar a aclarar al niño la “figura” que sostiene el sentimiento de coraje. Es por medio de la agresión que el niño trata de decir que algo está ocurriendo con él, algo que siente que no puede expresar de otra forma.

Una manera de enfrentar la agresividad es por medio de la técnica expresiva de la traducción o explicitación, descrita en el capítulo 3 en la que se le exhorta al paciente a que traduzca en palabras la expresión no verbal que le está creando conflicto. De esta manera si la agresión es la única manera de expresión del niño, lo que se le propone con esta técnicas es otra manera de expresarse.

Los síntomas fisiológicos se presentan frecuentemente como motivo de consulta sobre todo con los que el médico no sabe que hacer. Son alteraciones que se manifiestan en el cuerpo y gestálticamente se explican por la retroflexión, cuando hay movimiento de energía y, en vez de que ésta vaya al exterior se desvía y se revierte nuevamente hacia el interior y se da porque el niño no entra en contacto con aquello que le provoca el síntoma dañándose a sí mismo.

Es necesario en estos casos localizar la figura y ayudar a que el niño se dé cuenta de qué es lo que lo pone en conflicto.

En el síntoma fisiológico es el cuerpo el que habla por el niño.

Amescua clasificó los síntomas fisiológicos de la sig. manera:

- a) manifestaciones orgánicas, como alteraciones de la piel, dolores de cabeza, de estomago, etc. Y
- b) enuresis y encopresis.

Las manifestaciones orgánicas más frecuentes que se presentan en los niños son: alteraciones de la piel, dolores de estómago, de cabeza, falta de apetito o trastornos en el sueño, claro que lo primero que debe hacerse en estos casos es descartar el origen fisiológico, aunque cuando hay un problema de origen psicológico, este se presenta acompañado de angustia.

Cuando hay manifestaciones de dolor en alguna parte del cuerpo se puede utilizar la técnica de traducción, esto es, pedirle al niño que le ponga palabras a la parte que le duele y establezca un diálogo con “esa parte”, para lograr que el niño se de cuenta de dónde viene y que logra con él.

Enuresis y encopresis.

La causa de estos síntomas puede ser muy variada y diferente en cada caso. El origen lo revela el niño a través del juego.

Violeta Oaklander (1996) propone varios pasos para el tratamiento de este síntoma:

- 1.- Pedir a los padres y a la familia, que expresen sus sentimientos sobre ésta situación.
- 2.- Darle la responsabilidad al niño. Ayudarle a que experimente este síntoma físico, tanto como sea posible.
- 3.- Ayudar al niño a encontrar otra forma de expresar aquello que necesita comunicarnos.

Al igual que la enuresis , la encopresis es un síntoma físico mediante el cual el niño expresa una situación a la cual no tiene otra manera de darle salida, solo que la encopresis es más difícil de erradicar, siendo además, una situación que tanto al niño como a los padres les produce vergüenza e incomodidad al hablar del tema.

Tanto la enuresis como la encopresis afecta al niño en su autoestima, así que parte de la terapia está en encontrar el síntoma y ayuda al niño adescifrar lo que simboliza, para así reconstruir la autoimagen del niño por ejemplo.

Inseguridad y retraimiento.

Los niños retraídos generalmente no son traídos a terapia, pues es un síntoma que no es molesto, solo en los casos extremos es que son remitidos a terapia. El silencio y el retraimiento son también formas en las cuales el niño agrede pasivamente, (Amescua 1997) esta actitud puede persistir aún cuando las

circunstancias externas hayan cambiado, y sin embargo el niño sigue considerando peligroso abrirse y hablar.

El origen del síntoma de inseguridad puede encontrarse en la mayoría de los casos en una relación ambivalente con los padres. Pues por un lado hay una gran dependencia y temor a la separación y por otro existe desapego afectivo y aislamiento por parte del niño, originando que en su forma de relacionarse con los demás se desarrolle la polaridad insegura porque su capacidad de autoapoyo ha quedado bloqueada. (Amescua Op. Cit)

Otra de las razones por las que hay inseguridad es cuando los niños viven en ambientes agresivos en los que existe algún tipo de abuso, ya sea físico, verbal o sexual, y la forma de protegerse del niño es aislándose de esa realidad. El niño retraído renuncia al mundo exterior así como a sus sentimientos internos.

Es mucha la energía que el niño retraído utiliza para encerrarse en el aislamiento y ésta podría ser utilizada para su propio crecimiento y satisfacción de necesidades.

Miedo y angustia

El miedo es la “respuesta afectiva a un peligro externo real y actual y desaparece cuando se elimina la situación amenazadora, ya sea por que se escapa de ella.” O se trabaja de manera terapéutica. (Noyes, y Kolb 1983, citado en Amescua Op. Cit. Pág. 106) En el miedo intervienen un objeto o situación y una amenaza real o fantaseada, estos objetos o situaciones pueden incluso ser manipuladas por el adulto a manera de controlar a los niños produciendo miedo. El miedo tiene un componente *la angustia*, y ésta se encuentra presente en diversos grados de intensidad y es causante además de tensión, es por ello que en el proceso terapéutico de los casos de miedo es importante primeramente mitigar la angustia para después poder trabajar más directamente con la situación que produce temor y ayudar al niño a buscar otras formas de expresión.

A estos casos se agregan los de niños hiperactivos y de autistas vistos por Violeta Oaklander.

El niño hiperactivo tiene trastornos de aprendizaje causado por un deterioro de las facultades perceptivas. Sus dificultades motoras provocan una mala coordinación ojo-mano y afectan su capacidad para escribir fácil y claramente,

a esto se suma que los adultos no los entienden y el medio hostil para dar como resultado una autoimagen muy pobre.

Desde el punto de vista médico ese tipo de niños son candidatos ideales para la medicación. Se sabe qué consecuencias tienen estas prácticas por lo que en Gestalt no son recomendadas y que además como en el conductismo solo tratan lo sintomático y no su fortaleza interior, que es lo que lo va a ayudar a enfrentar la vida y el mundo. Hay que resaltar que se está hablando de niños considerados como hiperactivos sin ninguna lesión orgánica

Lo que le agrada a este tipo de niños es utilizar materiales que tengan propiedades tranquilizantes y kinésticas como sería el agua y la arcilla.

Con los niños autistas, es importante que se tome en cuenta el ritmo del niño, para poder establecer con ellos confianza, algo que es importante en este tipo de niños. Hay que trabajar también a nivel corporal, se puede dar masaje, aplicar pintura, texturas para poder devolverles su sentido del yo. Cabe mencionar que Oaklander trabajó brevemente con ellos.

Etapas de la TG Infantil.

Amescua (1997) descubrió que el proceso de la terapia con niños consta de tres etapas:

- 1) Contacto y juego repetitivo
- 2) Juego creativo
- 3) Autoexpresión

Estas etapas no son lineales ni absolutas, es más en una sola sesión se pueden dar las tres, aún predominando una de ellas y sea ésta la que indique en que etapa se encuentra el niño.

Contacto y juego repetitivo

Aquí es donde se da el contacto entre el niño y el terapeuta, este contacto puede llevarse varias sesiones, aquí lo importante es lograr que el niño nos conozca y nosotros conocerlo a él, que sepa a qué vino y qué le podremos ofrecer. Una vez establecido el contacto surge el juego repetitivo, en donde el

niño tiende a repetir una y otra vez el mismo juego. Para el niño “es la forma de hablar de su síntoma. Es donde él está en este momento, es su aquí y ahora, y da a conocer qué le pasa y cómo percibe su realidad”. (Amescua Op cit pág. 119) En los casos en los que el niño aparentemente no habla su síntoma lo demuestra con el juego o con su propio cuerpo, el niño lo expresa de diversas maneras, pero para el niño el juego es un medio de expresión, a través de el demuestra su problemática, forma su figura, es su manera de expresar su conflicto. El terapeuta debe respetar esa necesidad del niño y dejarlo repetir el juego cuantas veces el quiera, sin intentar llevar su atención a otra cosa, si el niño lo permite “meterse” a su juego y propiciar su expresión mediante técnicas expresivas, “no se trata de que él nos complazca, pues si accede a hacerlo no tendrá ningún valor terapéutico, sino por el contrario, puede ser incluso perjudicial para él y reflejarse como un retroceso en el proceso de crecimiento”. (Ibid Pág. 119)

Con esto es importante subrayar que la TG no contempla lineamientos rígidos que cumplir, el tiempo y la forma de trabajo se van dando de acuerdo al propio proceso del niño.

Una vez que el niño ha logrado la asimilación de su conflicto o al menos la aceptación de éste, entonces dejará de llevar a cabo el mismo juego repetitivo y pasará a otra cosa.

Juego creativo

En esta etapa el niño sale de su comportamiento estereotipado para pasar al juego creativo y expresivo, el niño ahora es natural y espontáneo su diálogo y expresión son fluidos, tanto lingüística como corporalmente.

Es en esta fase en la que el niño encuentra el espacio para desarrollar su potencial como persona y descubrir su verdadero “yo” que está encubierto por el síntoma.

Este proceso tiene a su vez implicaciones, pues una vez que la ansiedad comienza a disminuir, el carácter espontáneo y “travieso” del niño reluce, lo que no es muy agradable a los padres. Es aquí donde el terapeuta debe dejar claro a los padres que la terapia tiende a que el niño exprese su verdadera forma de

ser, y que en este tipo de terapia no se realiza nada para moldearlo de acuerdo a sus necesidades y deseos. (Amescua op. cit.)

Autoexpresión

Cuando el niño ha logrado ya resolver su conflicto original y encontrarse a sí mismo a través del juego, entra en una última etapa que Amescua (Op. cit) ha denominado de integración, porque en ésta el niño integra a sí mismo todas sus potencialidades, se redescubre y no tiene ningún límite para reconocerlo y celebrarlo, el niño se reconoce en toda su importancia y grandeza como persona única. Aprende a quererse y a aceptarse a sí mismo, y el terapeuta solo es su aliado.

Este es el momento en donde el niño ya está preparado para dejar la terapia e ir anunciándolo tanto al niño como a los padres. Una vez que todos estén de acuerdo en ello, entonces es recomendable que las sesiones primero se espacien a trabajar cada dos semanas hasta finalmente llevar a cabo el cierre.

4.2 El trabajo con los padres.

Como se mencionó en párrafos anteriores en el proceso terapéutico en la TG sobre la inclusión o no del niño en la primer entrevista con los padres desde el punto de vista de dos autoras Oaklander y Amescua: aunque estas autoras tienen puntos de vista diferentes, al menos en la parte de la entrevista, si coinciden en que es necesario incluir a los padres dentro de algunas sesiones, esto claro, previa autorización del niño, de manera que le ayude a esclarecer sus sentimientos.

Con niños muy pequeños Oaklander dirige sesiones de juego con la madre y el niño, con el propósito de obtener información útil sobre la interacción entre madre e hijo. Menciona también que los padres necesitan aprender a dar mensajes claros al hijo así como reconocerlo y aceptarlo como individuo aparte. “Esto promoverá los sentimientos de autoestima y autoapoyo del niño y mejorará sus aptitudes de contacto”. (Oaklander Op. Cit pág 307)

Para Violeta Oaklander el trabajo con los padres es el de enseñar, guiar y darles la oportunidad de percatarse de sus actitudes, reacciones e interacciones con el niño. (Ibid)

Por otro lado Amescua menciona que se deben tener entrevistas periódicas con los padres, pero sin desvirtuar que la terapia centre su atención en el niño y si es necesario dar terapia a uno de los progenitores; es decisión del terapeuta si lo deriva a otra persona o lo atiende el mismo. Amescua prefiere derivarlos, pues “permite mantener una relación con el niño sin que éste desconfie de que con ellos se maneja información que él nos da y para que el terapeuta también pueda mantener una actitud mas objetiva al tratar sólo a un miembro de la familia”.(Amescua Op. Cit. Pág. 70)

CAPITULO

V

TERAPIA GESTALT APLICADA A NIÑOS CON NEE

5. TERAPIA GESTALT APLICADA A NIÑOS CON NEE

5.1 EL PROCESO TERAPÉUTICO EN NIÑOS CON NEE.

En este apartado se describirán algunos ejemplos de cómo se ha trabajado la TG con niños de NEE, cabe hacer mención que no hay mucha literatura acerca de este tipo de terapia, lo que se ha encontrado son casos en los que el trabajo es muy similar al que realiza Violet Oaklander.

Trastorno autista

Algunas de las sugerencias que hace Oaklander en su libro “Ventanas a nuestros niños” acerca del autismo, son tomadas de algunos de sus colegas que han trabajado con niños severamente autistas: Cathy Saliba (1996) es una de ellas. Saliba descubrió que era mejor sintonizarse con lo que el niño quería hacer que forzarlo a realizar lo que ella había planeado, de esta manera se producía mucho aprendizaje además de ayudar a explorar las potencialidades del niño. Otra de sus colegas utilizó en sus sesiones grupales de niños autistas la dactilopintura de una manera muy singular, esto es, pintando los cuerpos de los niños y logrando que con ayuda de un espejo ellos mismos lo hicieran, lo que lograba que tuvieran un nuevo sentido del yo además de fomentar el contacto y el compañerismo.

Sus colegas encontraron que mientras más se contactaron los niños consigo mismos y más auto descubrimientos realizaron, más tranquilos se pusieron; además de que disminuyeron sus movimientos frenéticos.

De estos ejemplos es de notar que en el trabajo con niños autistas bajo la perspectiva, gestáltica, es el niño quien marca las pautas de trabajo de acuerdo a su propio ritmo, son ellos los que “saben” acerca de sus propias necesidades.

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

Oaklander trabajó con niños hiperactivos de manera grupal e individual, ella nos presenta varios casos con niños diagnosticados como hiperkinéticos para los cuales presenta dos formas de trabajo:

1.- Actividades relajantes y sedantes.

Dio a niños materiales que pueden ser sedantes como agua, arena, arcilla o la dactilopintura, para poder sentir el control de su cuerpo, pues hacen muchos movimientos sin orden por falta de control. Sumado a estas actividades se encuentra el masaje “puesto que el palpar y el movimiento muscular parecen ser útiles para aumentar el sentido de sí mismo del niño y además tienen un efecto relajador, me parece que el masaje pueda beneficiar enormemente a un niño hiperactivo”. (Oaklander pág. 225) Algunas veces se acompañan estas actividades con música clásica.

2.- Llamar la atención del niño para ayudarlo a vivenciar más plenamente lo que está haciendo.

Esto es, se incita al niño a continuar realizando la conducta que está presentando, llamando su atención de manera no enjuiciadora, “que se fije en lo que está haciendo” para ayudarlo a darse cuenta de y quizás reconocer lo que hace. Esto es, se aplica una de las técnicas expresivas descritas por Naranjo que contribuyen a intensificar la acción.

Esta autora reporta mejoría en los casos en los que ha trabajado este tipo de terapia, ejemplo de ello son los siguientes casos:

Un muchacho de trece años considerado hiperactivo fue trabajado con dibujo y fantasía, se reporta que después de expresar sus sentimientos con éstas técnicas, el niño “se acostó y se durmió rápidamente”. Este niño no podía permanecer sentado por mucho tiempo en un lugar y en las reuniones de grupo se movía con frecuencia.

Otro caso es el de Tommy de ocho años, también diagnosticado como hiperactivo, a través del dibujo y fantasía Tommy expresó sus sentimientos de necesidad de atención, a partir de entonces su conducta destructiva disminuyó.

Jody de 5 años fue medicado durante un año por su hiperactividad, la cual a pesar del medicamento no había decrementado. En este caso se utilizaron técnicas con arcilla y dibujos sin que el niño logre terminar lo que iniciaba.

Oaklander trabajó con un sueño del niño en el cual lo llevó a un diálogo de fantasía con el personaje de sus sueños, lo que hizo que vivenciara su propio

poder, después de esta sesión la madre del niño reportó que al fin se estaba tranquilizando.

Consuelo Escudero Ramírez (2000) en la segunda parte de su artículo "*El trastorno de déficit de atención (TDA): hacia una comprensión de la distracción*" menciona que en la terapia con este tipo de personas hay un aspecto que se debe resaltar y es que el terapeuta tenga conocimientos de lo que es el TDA, pues deben tomar en cuenta que "mientras se atienden sus problemas neurológicos, el terapeuta debe ayudarte a resolver también tus problemas emocionales" (Escudero Op. Cit Pág. 131). Ella propone para el trabajo de terapia gestalt con este tipo de personas varios puntos de los que hemos resaltado los siguientes:

- Tener conocimiento de TDA.
- Una relación terapéutica empática, ya que las personas que sufren este trastorno están necesitadas de una relación de verdadera aceptación.
- Trabajar con los sentimientos de manera que se puedan tocar, describir, ponerles nombre y expresarlos.
- Llevarlos a que conozcan que conductas les impiden satisfacer sus necesidades y conducirlos a que se den cuenta de su comportamiento y se responsabilicen de cómo se ven afectados por ellos.
- Por medio del ciclo de la experiencia poder ayudarlos a que se den cuenta en dónde se interrumpen y como ayudarse a salir.
- Trabajar los introyectos como el de "no puedo".

Encopresis.

El trabajo con niños encopréticos es muy parecido al de los enuréticos el cual está descrito más adelante, solo que a ello se le agrega un problema, que las heces fecales son olorosas y es fácil que la gente que rodea al niño perciba el olor.

Oaklander narra una experiencia con una niña de 10 años encoprética con la que utilizó algunas técnicas para que la niña lograra sacar su ira, y aunque afloró mucha, el problema seguía persistiendo, hasta que en una sesión se trabajó con fantasía para explorar los temores de la niña y así

trabajar con estos sentimientos que al parecer eran la causa de su conducta sintomática.

Enuresis.

La manera en la que Violeta Oaklander aborda los casos de niños enuréticos es :

En primer lugar, propiciar que la familia y sobre todo los padres compartan sus sentimientos sobre la situación, ya que cada miembro de la familia tiene muchos sentimientos acerca del niño que moja la cama que pueden tener o no algo que ver con las micciones nocturnas. En segundo lugar, es dar al niño la responsabilidad de sus micciones, para que deje de hacerlo “le digo que él está haciendo esto para protegerse: él lo está haciendo, no otra persona”.(Oaklander Op. Cit. Pág 252) El tercer paso es el de trabajar con el niño para que vivencie Su cuerpo y sus micciones. Para ello se le proporciona al niño una libreta para que lleve un registro de sus micciones nocturnas, esto le va a ayudar a hacerse más consciente de lo que está haciendo; A veces se le pide al niño que escriba o pinte sus sensaciones acerca de despertar mojado en la cama, de manera que puedan surgir sentimientos con los cuales trabajar. También se realiza trabajo corporal con meditación, respiración, movimiento y juegos, pues a medida de que controle su cuerpo disminuirán sus micciones nocturnas.

Los casos que presenta Violeta a cerca de niños enuréticos son:

Greg de 13 años, sufría síntomas físicos psicosomáticos, entre los cuales se encontraba el orinarse en la cama. Se trabajó con dibujo, principalmente garabateo en los que a Greg se le dificultó encontrar cuadros, se ensayó una y otra vez hasta que al fin encontró uno y el procedimiento siguiente fue el de descubrir si ese cuadro que encontró tenía algo que ver con su vida, Oaklander nos dice que esa fue una buena oportunidad para adentrarse en el uso que él hacía de sus síntomas para protegerse. (Oaklander Op.Cit. pág. 41)

Otro caso es el de Bobby de 6 años, fue llevado a terapia por presentar problemas como: comer en exceso, caminar dormido, sufrir pesadillas y mojar la cama. Con estas conductas el niño despertaba a la familia, lo que

representó un problema. Las sesiones con Bobby fueron de narración, en las que el contaba una historia de su invención, ésta historia tenía que tener una lección, era ayudado por la terapeuta a estructurar la historia. Posteriormente Violeta se la devolvía agregando algunos elementos que posibilitaban la sensibilización de algunos sentimientos para trabajar. La madre de Bobby reportó que las conductas por las que había sido llevado a terapia ya nos las presentaba.

Abuso Físico del niño.

En su artículo "*alternativas que propone la TG para el trabajo con un niño maltratado*" Catalina Obeid Layón (2000) menciona que las técnicas de gestalt en la psicoterapia infantil que pueden ayudar en estos casos son: terapia de juego, dibujo, actuación, expresión corporal. Estas técnicas son propuestas por Oaklander en su libro "Ventanas a nuestros niños", Obeid incluye además el psicodrama de Moreno. Estas técnicas ayudan al niño que ha sufrido maltrato a "expresar sus sentimientos, a canalizar la energía que le provoca el enojo (que le genera el ser maltratado) y a recuperar su sentido de sí mismo". (Obeid, op. cit pàg. 95)

Violeta Oaklander nos refiere un caso de una niña de 11 años que fue golpeada por un sujeto que entró a su casa y posteriormente prendió fuego a la casa y huyó. El trabajo con esta niña fue realizado con arcilla y mientras la niña modelaba la arcilla Violeta le pidió que expresara lo que sentía hacia el sujeto como si la arcilla fuera él, de esta manera surgieron en la niña sentimientos y resentimientos hacia el sujeto que la golpeó y hacia su madre por no haberse despertado a tiempo cuando escuchó sus gritos.

Abuso sexual infantil.

El caso de Linda de 10 años es abordado por Violeta Oaklander, Linda es vejada por un hombre y ella se niega a hablar de esto con alguien, ella tenía muchos sentimientos de ira, temor, vergüenza y tal vez culpa. Se le pidió que realizara un dibujo de lo que sentía del evento que había vivido. La niña realizó el dibujo y describió lo que representaba con mucha emoción y expresión corporal. Oaklander menciona que si la niña se hubiese negado a hacer actividades que sacara a colación el evento le hubiera sugerido

alguna actividad que fuera menos amenazante hasta que ella estuviera lista para expresarse.

Duelo.

Violeta trabajó el duelo en una niña de 12 años, Patricia, que había descubierto a su madre y a su padrastro muertos cuando ella tenía ocho años. Con ella se trabajó mucho la pintura, la arcilla y cuentos a través de los cuales afloraron muchos sentimientos acerca de lo sucedido, “a medida que trabajaba con ellos trabajaba su pesar, se serenó más y disfrutó de una notoria mejoría en sus relaciones familiares”. (Idid, pág 247)

Guadalupe Hernández Ramos (1999) propone este tipo de terapia para el trabajo del proceso del duelo en el niño, pues propicia un espacio en donde el niño pueda expresar libremente sus sentimientos, fluyendo a su tiempo como él lo vaya sintiendo, sin que se le presione. Como alternativas que propiciarían el trabajo del duelo en el niño Hernández propone:

- El manejo utilizado por Violeta Oaklander, el cual se describió con anterioridad.
- El modelo propuesto por Elizabeth Kübler Ross, en el que se puede utilizar además del lenguaje simbólico no verbal, como el dibujo, las parábolas, esto para facilitar la comprensión por medio de analogías.
- La propuesta de Anna Steegman, ésta es trabajada con grupos de niños con un máximo de diez participantes y se lleva a cabo en sesiones de una hora y media por semana, la estructura de la terapia es dividida de acuerdo a los siguientes temas:
 - Conocimiento entre los participantes.
 - Hablar acerca de la relación que tenía con la persona fallecida.
 - Comentar sobre el funeral.
 - Manifestar sentimientos.
 - Cambios en la relación familiar.
 - Perspectivas hacia el futuro.
 - Despedida.

Con los niños pequeños se trabaja con títeres.

En el proceso terapéutico el trabajo del terapeuta es el de diseñar las actividades para que los niños hablen de sus sentimientos, localicen donde los sienten y los puedan expresar. Cabe mencionar que no se debe tratar de interpretar lo que el niño va procesando en la terapia, más bien se le debe mostrar comprensión ya que el significado que el niño le dé puede ser bastante diferente de la interpretación del terapeuta.

Síndrome de Disfunción Mínima Cerebral.

Aunque no es parte de las estadísticas del DSM-IV sí decidimos mostrarlo como un ejemplo de trabajo con las personas con NEE, ya que el tipo de pacientes que padece este síndrome tiene serias alteraciones en diversos campos que están incluidas en el DSM-IV de manera unitaria, además de que en estas personas si existe el daño cerebral.

Márquez Rojas publica en el 2000 un artículo llamado “*El Síndrome de Disfunción Mínima Cerebral y la Psicoterapia Gestalt*”, en el que nos muestra la importancia del trabajo interdisciplinario en este tipo de casos, además de la gran ventaja que tiene trabajar gestálticamente con ellos .

Márquez se basa en una definición de Clemens acerca de este síndrome: ” *Se refiere a un cuadro clínico que se presenta en niños o adultos cuya inteligencia es normal, cercana a lo normal o mayor a lo normal con trastornos en el aprendizaje, conducta de intensidad variable y desviaciones en el funcionamiento del sistema nervioso central expresadas como trastornos de la percepción, conceptualización, lenguaje, memoria, atención y control de impulsos motores o de la función motora.*

Estas alteraciones parecen estar relacionadas con variaciones genéticas, alteraciones o irregularidades bioquímicas, lesiones cerebrales perinatales o durante los años críticos para el desarrollo y madurez del S.N.C. o por causas desconocidas”. (Clements, 1996 citado en Márquez, 2000 pág. 99)

Tomando esta definición como base Márquez nos menciona que las personas afectadas por este síndrome tienen ciertas características que, como ya mencionamos se encuentran definidas en el DSM-IV de manera aislada:

- *Hiperactividad.* Con las características propias del síndrome, no ocasional o temporal, sino como incapacidad para organizar, regular y controlar la conducta motora, desobediencia patológica e incapacidad para comprender órdenes verbales.
- *Impulsividad.* En forma de agresión, conducta impredecible por cambios de humor, así como perseveración es decir, dificultad para suspender a tiempo una actividad repetitiva.
- *Retraso en el desarrollo de habilidades específicas.* Problemas de aprendizaje e inatención.
- *Sintomatología.* Presente antes de los siete años de edad.
- *Trastornos de la conducta.* Variable, consecuencia de hiperactividad, impulsividad, relaciones interpersonales muy obstaculizadas, baja tolerancia a la frustración; todo esto con ausencia segura de trastornos psicopatológicos.

Ahora bien, la forma de manejo de estos pacientes por parte de Márquez fue la siguiente:

Primeramente hubo una valoración clínica previa por parte de especialistas, requisito indispensable para poder trabajar Psicoterapia Gestalt.

Después hay que establecer una relación empática con él, observando su lenguaje verbal y no verbal.

Una vez que se cubrieron estos requisitos se aplicaron una serie de ejercicios gestálticos como la deflexión, y las técnicas expresivas de naranjo, en el siguiente apartado se describirán más detalladamente.

5.2 TÉCNICAS DE LA TG APLICABLES A NIÑOS CON NEE.

Algunas técnicas de TG trabajadas con niños con NEE son las que trabajo Violet Oaklander: fantasía, juego, dibujo y dramatización y que fueron descritas en el capítulo cuatro de la TG aplicada a niños, además de ellas se encuentran las técnicas que describe Naranjo y que un ejemplo de su aplicación nos lo da

Márquez en el tratamiento de personas con síndrome de disfunción cerebral mínima y en la que nos describe como son aplicadas:

Hiperactividad y distractibilidad o desatención.

Trabajo de : Deflexión

Favorecer. Atención y concentración

Ciclo de la experiencia: No contacta con sus necesidades, hay insatisfacción constante por dispersión.

Aplicar técnicas supresivas de Naranjo: acercadeísmo y manipulación.

Ejercicios:

- Fijar la atención en un solo punto mientras expresa, cuidar de que no la cambie pues es muy fácil que lo haga y de ser así, reflejar y favorecer contacto.
- Hacerlos hablar en cámara lenta, reflejar y favorecer el darse cuenta.
- Pelar una naranja en cámara lenta.
- Hacer sesiones casi a oscuras, con una luz muy tenue por ejemplo la de una veladora.
- Ante su incapacidad de permanecer quietos, pedirles que lo hagan por un rato es decir dando espacios que pueden ir de más cortos a menos cortos y ver que pasa en ellos.
- Como complemento de las sesiones, se les dejan tareas en casa, que hagan cosas de una en una; solamente ver la televisión, solamente comer, no ver la televisión y comer.
- Cuando coman, que lo hagan lentamente tratando de identificar el sabor de los alimentos.
- Hay que tomar en cuenta que estos pacientes tienen poco control personal, inadecuado seguimiento de normas u órdenes, rebasan límites fácilmente y manifiestan rechazo a la autoridad, por lo tanto, hay que tratarlos “muy suavemente” estableciendo un buen rapport, con mucha empatía, pero a la vez marcando límites claros. Tienden a desertar, con facilidad faltan a sus consultas, y esto marca la necesidad de establecer

un encuadre claro de trabajo con hincapié en la disciplina y en el compromiso con el terapeuta.

- El buen procedimiento favorecerá el apoyo que necesitan en su débil estructura y les dará soporte emocional.

Introversión, aislamiento y emocional.

Trabajar. Retroflexión.

Favorecer. La energía hacia fuera, trabajar en la rigidez de fronteras, hacer que exprese.

Ciclo de la experiencia: Es posible que exista ciclo falso y puede haber también represión ideológica o asunto inconcluso.

Aplicar las técnicas expresivas de Naranjo.

La depresión es un síntoma frecuente en este tipo de clasificación conductual y en general en los pacientes con SDMC, sufren ante su incapacidad de expresión o por la incomprensión de sus reacciones, quieren ser de distinta manera y no lo pueden lograr, hay algo, como ellos lo dicen, que se lo impide y se deprimen.

El estado depresivo varía en grados y categorías, lo que hace necesaria la intervención del médico tratante de su disfunción para evitar riesgos mayores que caen fuera de la competencia del terapeuta.

Conducta impulsiva.

Las personas con estas conductas por la posibilidad de llegar al daño físico fuerte hacia ellos o a los demás, sufren mucho dolor, sobre todo cuando esta agresión es hacia un ser querido, lo que agrega culpa al dolor.

En estos casos puede funcionar apoyarse en esa culpa, que la contacten y la sientan de fondo con lo que el dolor que les causa, pues esta culpa no se maneja igual que en los introyectos, aunque están presentes. Ella es precisamente el apoyo para contactar con su sentimiento de dolor, la causa que lo obligó a esto, darse cuenta de lo que pasó en ese momento, qué le hizo cometer la agresión y, aunque esta conducta es involuntaria, el darse cuenta

completo ha ayudado a este tipo de pacientes a una mayor comprensión de sí mismos.

Gestálticamente ayuda a sentir el dolor del rechazo, que se den cuenta de lo que hicieron y, en su sentimiento de victimización, favorecer trabajar la proyección.

Dificultad para completar tareas.

Es necesario trabajar con el fracaso, sus consecuencias, favorecer el conocimiento de sus habilidades y respaldarse en ellas.

Ciclo de la experiencia: Favorecer que contacte con su sensación de satisfacción cuando hay logro durante el proceso de asimilación y propiciar el aprendizaje significativo.

5.3 CARACTERÍSTICAS DE LOS NIÑOS A LOS QUE ES APLICABLE LA TG.

De la literatura revisada acerca de los casos de niños con NEE que se han abordado con TG encontramos que son niños que tienen capacidad de contactarse consigo mismos, como en el caso que nos presenta Oaklander con los niños autistas, que pueden lograr auto descubrimientos creemos que para ello se necesitaría tener un cierto nivel de conciencia. Otra característica que es encontrada a lo largo de todo el trabajo de Violeta Oaklander que ella recalca, es el de ayudar a expresar sus sentimientos por medio de las técnicas del dibujo y la fantasía, para este tipo de técnicas es necesario que el niño tenga un control motriz fino para realizar dibujos, además como en este tipo de terapia no se realiza la interpretación de los dibujos, sino más bien la información que de ellos pueda proporcionarnos el niño mismo, tiene que haber una capacidad de comunicación entre terapeuta y niño.

Ahora bien para poder seguir la fantasía es necesario cierto grado de atención, como en el caso de los trastornos por déficit de atención con hiperactividad. Otro punto que se menciona y que es de resaltar es que con los

niños de NEE con los que se trabajó la TG se les realiza trabajo corporal como meditación, respiración y movimientos, siendo estos ejercicios básicos para el control de su cuerpo, pero ¿qué hay de aquellos niños a los que no se les puede realizar estos ejercicios?, a los que de alguna u otra forma les cuesta trabajo lograr un control de su cuerpo. Es importante recordar también que el objetivo de la TG es el lograr darse cuenta y en el capítulo tres mencionamos que el darse cuenta depende de la atención como afirma Alcaraz, (2001) por lo que estos niños con los que se ha trabajado TG con éxito tienen cierto nivel de atención y por ello pueden lograr darse cuenta.

Es aquí donde nos cuestionamos sobre la posibilidad de la aplicación de la TG a niños con NEE ya que según esta revisión literaria son necesarias ciertas características que a veces no se encuentran en los niños con NEE; ejemplo de ello es el “contactarse consigo mismos” donde el niño tiene un proceso de delimitación con los demás para saber lo que es él, además de ser el medio de comunicación con uno mismo. Faltaría saber ahora si todos los niños con NEE tienen las habilidades para que la TG funcione y el niño logre contactarse. Lo mismo sucede con el “darse cuenta” en el que se necesita la atención para llegar a este proceso como lo menciona Alcaraz (op. cit.) que la atención es un proceso más bien cognitivo con lo que tendríamos que verificar que el niño muestre atención para poder saber que puede “darse cuenta” y si no tiene este desarrollo cognitivo al nivel que la situación requiere entonces no puede darse cuenta de ello.

CONCLUSIONES

Actualmente se observa que el trabajo con los niños de NEE visto desde diversos enfoques es parcializado, por ello es que en la búsqueda de una alternativa que pueda permitir ver al niño con NEE de manera integral nos encontramos con la Gestalt, teoría que permite la construcción de un estilo de vida diferente. La terapia Gestalt nos abre un abanico de posibilidades de trabajo en las que es el niño el que nos va a mostrar cómo trabajar, lo que significa que es el niño quien tiene el saber sobre sí mismo y desde nuestro punto de vista esta postura lo dignifica.

Desde la aproximación gestáltica no hay un concepto que pueda definir a las personas con Necesidades Educativas Especiales, lo que llegamos a deducir a cerca de ellas es: en primer lugar sus procesos perceptuales, según la psicología de la percepción están alterados, resultado de ello es que su construcción-destrucción de figura-fondo es inestable o débil, puesto que de acuerdo a la necesidad dominante es como se forma o se destruye una figura, en estas personas no es fácil identificar su necesidad, (sobre todo en los niños) y consecuentemente satisfacerla. Se suma a esto su poca capacidad de atención ya que si bien la atención es un proceso cognitivo y muchos de los niños tienen trastornos cognitivos y si como menciona Alcaraz (2001) que la atención es un medio para llegar al darse cuenta, entonces estos niños tienen un nivel muy "primitivo" de darse cuenta, el nivel que no involucra un alto grado de cognición. Con un nivel tal primitivo de DC es lógico pensar que tendrán dificultad para llegar a la conciencia y al Insight.

En este contexto, dado que mi objetivo es realizar un análisis crítico sobre la posibilidad de aplicar TG a niños con NEE puedo concluir que la TG si es aplicable a algunos casos, pero "se aplican restricciones", por ejemplo no se puede aplicar a personas cuyo DC no está adecuadamente desarrollado pues los niños que tienen atención de nivel contextual no tienen posibilidad de insight ni darse cuenta complejo (Alcaraz op. cit.)

Por consiguiente los niños que sí llegan a niveles de comportamiento referenciales sí pueden llegar al darse cuenta complejo y beneficiarse de la

Terapia Gestalt como complemento integrador a cualquier tipo de labor pedagógica o reeducativa.

De acuerdo a estas deducciones, la posibilidad de aplicación de la Terapia Gestalt en niños con Necesidades Educativas Especiales va a depender de que existan en los niños al menos las características que hemos mencionado. Y si consideramos que el objetivo de la Terapia Gestalt es lograr el Darse Cuenta, tenemos que no se puede aplicar la Terapia Gestalt cuando existan dificultades precisamente para lograr el darse cuenta

Al parecer los casos de personas con afasias escapan al beneficio de la terapia gestalt y no porque ellos así lo propicien, ellos ni siquiera con consientes de ello, tienen problemas para comprender el discurso hablado y su función de comunicación no verbal se encuentra alterada debido al daño cerebral, en esta función está incluida la gestualidad corporal y las expresiones faciales cotidianas, si no tienen este tipo de comunicación no nos podemos percatar - como terapeutas- si ellos ya llegaron a darse cuenta o no de algo.

Lo mismo sucede con las personas que sufren de agnosia, pues no comprenden los mensajes verbales y consecuentemente no hablan en términos convencionales (Ingran, 1959;. Rapin, 1977; Azcoaga, 1982 en Fejerman 1988) tienen trastornos de identificación de las percepciones y falta de reconocimiento que los hace incapaces de formar buenas figuras o buena gestalt en términos de la T. G.

Bueno, estos casos difícilmente llegarán a darse cuenta (que es el objetivo principal de la terapia gestalt) pero si podemos al menos, aplicarles algunas técnicas gestálticas y obtener un mejor contacto consigo mismo. Para niños que padecen este tipo de trastornos algunas de las formas en las que se le puede ayudar es con el uso de la musicoterapia para adquirir aunque sea una forma primitiva de lenguaje; Aunque hay que aclarar también que no es el objetivo de la terapia gestalt el lograr que el niño adquiera lenguaje, pero si se puede conjuntar con otro tipo de terapia pedagógica con este propósito.

Por otro lado existe un trastorno del lenguaje que si es factible de trabajar bajo la propuesta de terapia gestáltica y que suele ser muy común encontrar en los consultorios de rehabilitación, se trata de las disglosias cuyo trastorno de pronunciación es debido a labio leporino o bien el paladar hendido, (que aunque se le ha llamado trastorno de la articulación de la palabra muy pocas

veces hay verdadero trastorno) que es tratado bajo esta postura , pues no existe lesión a nivel cerebral que entorpezca el proceso de darse cuenta y de toma de conciencia.

En general las personas que padecen algún tipo de trastorno verbal que involucra daño cerebral tienen afectada su función simbólica y de comunicación; Alcaraz (op. cit) hace referencia a esto al mencionar que la capacidad de referir o autoreferir verbalmente la experiencia del Darse Cuenta complejo suele ser la señal de que se llegó al insight. De aquí nos surge otro cuestionamiento y es el de ¿qué sucede con los niños hipoacúsicos si no pueden referir verbalmente su darse cuenta?. En este caso debemos recordar que estos niños si cuentan con lenguaje expresivo y la terapia apuntaría a utilizar el lenguaje de señas, claro faltaría que el terapeuta fuera muy hábil en el manejo de este tipo de lenguaje y lo adaptara a la situación terapéutica.

De igual manera se beneficiarían los niños con síndrome de Down sobre todo los de mosaicismo, aunque están en duda los de trisomía 21, pues algunos niños con esta variantes y la translocación si tienen perturbada su parte cognitiva que involucra atención y habilidad verbal. Sin embargo se podrían realizar con ellos ejercicios de sensibilización de manera que puedan lograr un contacto al menos con sus sentidos, estos ejercicios involucrarían el tocar y jugar con agua, rodarse en el pasto o en la tierra, escuchar música, etc. Ejercicios en los cuales ponga en actividad su cuerpo, pues se ha visto que las personas que tienen problemas de lenguaje de alguna manera tienen problemas con su cuerpo.

Otro grupo de personas con las cuales sería bastante bueno trabajar la terapia gestalt y que en la literatura revisada no se encontraron casos es con los niños ciegos, estos niños al igual que los hipoacúsicos que no presentan lesión a nivel cerebral que les haya deteriorado su capacidad cognitiva y bien con ellos se puede explorar la fantasía como en los experimentos que realizaba Perls quien para facilitar la toma de conciencia les pedía que cerraran sus ojos e imaginaran la situación que traían inconclusa (Perls 1999). No es necesario que estos niños vean, pues su capacidad de DC la manejan con otros sentidos y hay veces en las que las personas aunque su sentido de la vista se encuentre intacto no saben ver.

Por otro lado tenemos los casos de autismo en los que los padres suelen desesperarse por su notoria falta de comunicación, Oaklander solo menciona a este tipo de niños, pero no nos dice qué obtuvo de ellos ni como trabajó pero si relata los trabajos de sus colegas y lo que obtuvieron fue una primitiva manera de hacer contacto consigo mismos. Tal vez si se pudiera llegar a un DC en los niños con autismo leve con los que la labor del terapeuta estaría en función de favorecer una forma de comunicación para que el niño nos expresara su DC, se valen diferentes métodos para realizarlo, desde el poner hielo en su mano hasta que nos pueda expresar que está frío, hasta no sé, ponerle música de todos los ritmos para ver cual es el que el o ella encuentra agradable. Existen muchas formas de realizarlo, desde las más sofisticadas como el método Tomatis, hasta los más rústicos como el del hielo, el chiste es lograr que el niño exprese su sentir y se de cuenta de ello

Una alternativa para las personas con parálisis cerebral es la TG, solo que como mencionamos tendría que verse que sus capacidades cognitivas no fueran afectadas por las lesiones. Una propuesta de trabajo con ellos es trabajar con su cuerpo ya que es el que resulta más afectado y en este caso el masaje podría resultar con buenos beneficios, al realizar el contacto con su cuerpo y el del terapeuta le ayudaría a tener un mejor sentido de sí mismo, Y bueno aquí nos queda recordar que la terapia gestalt es integral por lo que estos niños también tendrán asuntos inconclusos, deflexiones, proyecciones, confluencias etc. que trabajar. Ahora bien, si nos vamos más en lo futuro se podría desarrollar algún programa de realidad virtual en el que con solo un par de movimientos pudiera el niño con parálisis cerebral infantil tener acceso a la silla caliente por ejemplo, sin necesidad de tener que moverse, habría además opciones para poder poner en esta silla a las personas con las que tiene asuntos inconclusos y poder resolverlos.

En fin, hay muchas posibilidades de trabajo con todo este tipo de niños, y todo está en poner un poco de creatividad y haber sentido y conocido la gestalt para poder involucrarse en esta nueva propuesta de “aquí y ahora”.

Dado que en los casos de educación especial hay al menos dos personas involucradas donde una de ellas pide servicio para el Otro aunque este Otro no pida nada para sí mismo; la persona que lo pide puede mediante una terapia gestalt darse cuenta que necesita terapia para sí mismo ya que evidentemente

tiene asuntos inconclusos con la persona de NEE, nos estamos refiriendo a los padres, abuelos, hermanos o cualquier persona cercana al niño con NEE porque según la terapia gestalt todo aquel que pide se satisfaga la necesidad de Otro-que no pide nada para sí mismo- está evidentemente en una proyección de sus propias necesidades.

Luego entonces la Terapia Gestalt con los padres es una opción de trabajo además de las ya existentes para atender este campo que solo el psicoanálisis toca, solo que a diferencia del psicoanálisis la terapia gestalt es barata, muy práctica, efectiva y eficiente, dramáticamente más breve y con efectos evidentes desde la primer sesión, aunque es obvio que no hay una gran cantidad de trabajos al respecto. Un trabajo de Alcaraz (en prensa) sobre el tema de los padres de personas con NEE corrobora las afirmaciones de Perls (en Stevens 1996) en el sentido de que la terapia grupal combinada con la terapia individual es una de las formas más efectivas de terapia gestalt en este tipo de personas.

Esta terapia no es para todas las personas, pues para algunas les resulta muy amenazante sobre todo cuando no gustan de abrirse ni hablar con la verdad, ahora bien faltaría por investigar si en estos casos es el terapeuta el que no gradúa adecuadamente el experimento o bien es la persona la que no le gusta tocar sus problemas, vaya usted a saber porqué.

Por otro lado no hay que olvidar que también los terapeutas tienen que integrarse a una terapia gestáltica, ya que el conocer los síntomas no los hace inmunes a ellos, por cierto yo ya estoy en TG.

Ahora bien, todas las técnicas utilizadas en la terapia gestalt están encaminadas a ayudar a las personas a 1) Darse Cuenta, 2) desarrollar habilidades 3) expandir su autoconcepto y a lo largo de la revisión notamos que los diversos autores citados que trabajaron con niños considerados como de necesidades educativas especiales, como Violeta Oaklander, Guadalupe Amescua, Naranjo, entre otros, utilizan las técnicas de manera que tienen más que ver con la creatividad y adaptación a las circunstancias que con seguirlas como una fórmula matemática en la que si se sigue al pie de la letra obtenemos el resultado deseado.

En la revisión hecha encontramos muchas ventajas en el trabajo con niños desde este enfoque por lo que habría que tratar de realizar una difusión más amplia para que más personas se vean beneficiadas.

Como lo mencionamos al principio de este trabajo, existe muy poca literatura acerca de los trabajos que se han realizado con niños con NEE con el enfoque gestáltico por lo que hacemos una invitación para que los terapeutas publiquen los trabajos que realicen y así contribuir al crecimiento de la teoría gestalt. Esta tesis es un intento en este sentido.

BIBLIOGRAFIA

Aberastury, A., (1981) ***Teoría y Técnica del psicoanálisis de niños***. Buenos Aires Piados 7^º reimpresión.

Aguilera, G; Alcaraz, J; Avila, J; Herrera, I; López, S; López, O; Rivera, M. (1998) ***Cuerpo, Identidad y Psicología*** México Plaza y Valdés

Alcaraz, J. ***Darse cuenta y atención. Una reflexión conceptual***. Figura-Fondo año 2001 Vol. 5 No. 1 pág. 35-56

Amescua, G. (1997) ***La magia de los niños***. La Habana Ed. Academia.

Asociación Psiquiátrica Americana, (1995) ***DSM-IV Manual Diagnóstico y Estadístico de los Transtornos Mentales***. Barcelona España Massoni.

Bee, H. (1978) ***El desarrollo del niño***. México D.F., Harla.

Censo General de Población y Vivienda INEGI, 2001 Introducción pág. 10 México

Escudero, R. (2000) ***El trastorno de déficit de atención (TDA): hacia una comprensión de la distracción*** (2^ª Parte) Figura Fondo. Vol. 4 Número 1 Primavera 7

Fejerman, N. y Fernandez, E. (1988) ***Neurología Pediátrica*** Buenos Aires, Argentina Ed. Librería el Ateneo.

Freud, A. (1985) ***Psicoanálisis del desarrollo del niño y del adolescente***. España 2^º reimpresión.

Fujiwara, E., (1998) ***El Zen en México***. México D.F. Eds CEAPAC y Plaza y Valdés.

Ginger S.y Ginger A. (1993) ***La Gestalt: Una Terapia de Contacto***. México. Manual Moderno.

<http://www.discapacidad.presidencia.gob.mx>

Hernández, O.(1995) ***Desarrollo histórico de la Educación Especial en México*** México Tesis UNAM ENEP Aragón.

Hernández, G. (1999) ***El niño ante el impacto de la muerte de un ser querido (Alternativas)***. Figura Fondo. Vol. 3 Número 1 Primavera 5

Inhelder, B (1975) ***Aprendizaje y estructura del comportamiento*** México. Morata

Köhler, W. (1972) ***Psicología de la Forma***. Madrid España. Ed. Biblioteca Nueva

Latner, J. (1994) ***Fundamentos de la Gestalt***. Santiago de Chile. Ed. Cuatro Vientos

López, A(1975) "Textos de medicina náhuatl". En: Aguilera, G; Alcaraz, J; Avila, J; Herrera, I; López, S; López, O; Rivera, M. (1998) ***Cuerpo, Identidad y Psicología*** México Plaza y Valdés

López, R (1998) "La significación de lo corporal y la cultura" En: Aguilera, G; Alcaraz, J; Avila, J; Herrera, I; López, S; López, O; Rivera, M. (1998) ***Cuerpo, Identidad y Psicología*** México Plaza y Valdés

Mannoni, M. (1997) ***El niño retardado y su madre*** Buenos Aires, Piados

Márquez, R.. **“El síndrome de disfunción mínima cerebral y la psicoterapia Gestalt”** Figura-Fondo año 2000 Vol.4 No. 2 pág. 97-108

Naranjo, C. (1990) **La vieja y Novísima Gestalt**. Santiago de Chile Ed. Cuatro Vientos.

Nelson, W. (1997) **Tratado de pediatría** Vol. 1 15 edición Madrid McGraw-Hill

Oaklander, V.(1996) **Ventanas a nuestros niños**. Santiago de Chile Ed. Cuatro Vientos.

Obeid, L. (2000) **Alternativas que propone la terapia Gestalt para el trabajo con un niño maltratado** Figura-Fondo Vol.4 No. 2 pág. 79-96

Perls, F.(1998) **Sueños y Existencia**. Santiago de Chile. Cuatro Vientos

Perls, F.(1999) **El enfoque Gestáltico y Testimonios de Terapia**. Santiago de Chile. Ed. Cuatro Vientos

Perls, F. Hefferline, R. Goodman, P.(1951) **Gestalt Therapy: Excitement and Growth in the human personality**. Nueva York: Julian Press.

Piaget, J. (1987) **Psicología de la Inteligencia**. Grijalbo Méx.

Piaget, J. (1992) **Seis estudios de Psicología**. México Ariel

Polster, E. y Polster, M. (1997) **Terapia Gestáltica**. Buenos Aires Ed. Amorrurtu editores.

Rainieri, L.(1988) “Cecilia es de verdad” en: Aguilera, G; Alcaraz, J; Avila, J; Herrera, I; López, S; López, O; Rivera, M. (1998) **Cuerpo, Identidad y Psicología** México Plaza y Valdés

Reid, D. (1989) **El tao de la salud el sexo y la larga vida**. España. Urano

Ribes, I. (1976) ***Técnicas de modificación Conductual***. Su aplicación al retardo en el desarrollo. México. Trillas

Ribes I. y López, V. (1985) ***Teoría de la conducta***. Una análisis de campo y paramétrico. México. Trillas

Salama, P. (1992) ***El enfoque Gestalt***. México Manual Moderno

Sánchez, P. Canton, M. Sevilla, E. (1995) ***Compendio de Educación Especial***. México Ed. Manual Moderno

Stevens , J. (1996) ***Esto es gestalt*** Santiago de chile Ed. Cuatro vientos.

Vernon, M. (1967) ***Psicología de la percepción***. Argentina Ed. Horme.

Zinker, J. (1997) ***El proceso Creativo en la Terapia Guestáltica***. México Ed. Paidós