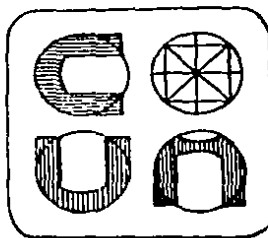


CENTRO UNIVERSITARIO DE MAZATLAN

ESCUELA DE PSICOLOGIA

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
CLAVE DE INCORPORACION 8791-25



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**CENTRO UNIVERSITARIO
DE MAZATLAN**

**"TERAPIA DE JUEGO NO DIRECTIVA UNA ALTERNATIVA PARA
NIÑOS DISFUNCIONALES QUE ASISTEN A LOS C.A.P.E.P."**

T E S I S

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

P R E S E N T A

MARIA DOLORES VALENZUELA HERNANDEZ

MAZATLAN, SINALOA. 1988



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.

INDICE

INTRODUCCION

I A).	-QUE SON LOS C.A.P.E.P.S.	1
B).	-DEFINICION DE DISFUNCION CEREBRAL.	3
1.1.	Aspecte anatomofisiológico.	7
1.2.	Etiología.	10
1.3.	Diagnóstico.	14
1.4.	Tratamiento.	22
1.5.	Características de los niños disfuncionales	30
1.6.	Características de los niños con retraso mental.	33
1.7.	Diferencia entre disfunción cerebral y retraso mental (C.I.).	34
II	TERAPIA DE JUEGO.	
2.1.	Generalidades.	36
2.2.	Terapia de juego directiva.	41
2.3.	Terapia de juego no directiva.	42
III	PROPUESTA DE PROGRAMA DE TERAPIA DE JUEGO PARA NIÑOS DISFUNCIONALES.	
3.1.	Diagnóstico.	48
3.2.	Sujetos.	48
3.3.	Escenario.	48
3.4.	Materiales.	49
3.5.	Procedimiento.	50

3.6. Evaluación.	53
3.7. Cronograma.	54
IV CONCLUSIONES.	55
BIBLIOGRAFIA.	57
ANEXOS.	60

INTRODUCCION

El propósito de la presente tesis es proporcionar una alternativa para los niños disfuncionales, elaborando un programa de terapia de juego no directivo para ellos.

Axlina, V. (1983) Dice que la terapia de juego es la oportunidad que se le ofrece al niño para experimentar crecimientos, bajo las condiciones más favorables.

Ya que el juego constituye su medio natural de autoexpresión, el niño tiene la oportunidad de actuar.

Por este medio todos sus sentimientos acumulados de tensión, frustración, inseguridad, agresión, temor, perplejidad y confusión. El poder actuar estos sentimientos por medio del juego hace que emerjan a la superficie expresandolos abiertamente, así el niño puede enfrentarse a ellos, aprendiendo a controlarlos o rechazarlos.

Cuando logra alcanzar una relajación emocional empieza a darse cuenta del poder interno que tienen para ser un individuo con derechos propios, de poder pensar por sí mismo y tomar sus propias decisiones, de lograr una mayor madurez psicológica y al llegar poder hacerle para realizarse plenamente. Por lo tanto esta técnica con los niños disfuncionales es el plan terapéutico llevado a cabo por el tipo de conductas que ellos manifiestan: Inquietud, Impulsividad, Agresividad.

Desorganización en el salón de clases, e irritabilidad ante los adultos.

Estos niños presentan poca capacidad de atención y concentración, se distraen con mucha facilidad, son incapaces de relacionarse con los demás, hay déficit de atención y afecto, fallas perceptuales, intelectuales y en la memoria, Por lo tanto esta terapia ofrecerá al niño la oportunidad de ser el mismo, de aprender a conocerse, de aceptar completamente su yo sin evaluación ni presión, para que reconozca y clarifique sus actitudes, para liberarse de sus tensiones y frustraciones, para desarrollar plenamente sus poderosas fuerzas internas que luchan continuamente para lograr su crecimiento, madurez y realización total.

Este tipo de programa de terapia de juego se llevará a cabo en los C.A.P.E.P.

CAPITULO I

A) QUE SON LOS C.A.P.E.P.

El C.A.P.E.P.-Es una Institución que a nivel nacional atiende a preescolares atípicos.

Es un centro de atención psicopedagógica de educación preescolar, donde son canalizados los preescolares que presentan alteraciones de conducta y/o aprendizaje/

De acuerdo con las características específicas que presentan estos niños y tomando en cuenta los requerimientos de una estimulación permanente para que sean capaces de integrarse a una primaria regular al cumplir la edad requerida. Los niños que resultan diagnosticados con disfunción cerebral se canalizan para recibir atención especial por un terapeuta en un grupo con un número de niños menor que en el sistema regular.

Con esta intención los grupos se han dividido según el grupo de alteraciones generalizadas en el aprendizaje y maduración.

El C.A.P.E.P., viene funcionando en la ciudad de Mazatlán, desde hace 10 años.

Es importante aclarar que en el C.A.P.E.P., solo se reciben niños que presenten alteraciones de conducta y/o aprendizaje en un jardín de niños regular y que tengan buen pronóstico: Esto es que no presenten síntomas de Deficiencia --

Mental.

Para que puedan ser admitidos al nivel de coeficiente intelectual mínimo, es de 80, que corresponde en tabla de uso oficial del C.A.P.E.P., a nivel normal-torpe.

Para llegar a este punto arriba antes mencionado el niño debe pasar por una serie de estudios de diagnóstico:

a).-Historia clínica, psicopedagógica y social.

b).-Aplicación de batería psicométrica: Bender-Koppitz y -
Therman-Merrill.

c).-Observaciones conductuales

d).-Exploración psicolingüística

e).-Exploración psicométrica

f).-Examen neurológico

Al término de todas sus pruebas, el equipo interdisciplinario se reunirá para dar un diagnóstico y dependiendo de la problemática que presente el educando se asignará a una terapia que corresponda a sus necesidades.

B) DEFINICION DE DISFUNCION CEREBRAL:

Podría parecer que el término no es exacto porque puede referirse a la presencia de una lesión irreversible cuando en realidad puede no serlo, e incluso puede no existir o demostrarse al menos la presencia de lesión o daño en el electro.

Según Kolb (c.p. Velezco 1984). Refiere que los trastornos de la conducta en el niño son debidos a que su capacidad intelectual no se desarrolle lo suficiente para hacer frente a las exigencias del ambiente, y poder así establecer una existencia social independiente.

Dicha falta de capacidad intelectual se deriva de una limitación innata en el desarrollo del cerebro, debido a la dotación genética, a una enfermedad o a una lesión cerebral - que se produjo antes, durante o inmediatamente después del nacimiento.

O bien puede ser también la consecuencia de una falta de maduración debido a que los estímulos ambientales provenientes de fuentes familiares y culturales han sido insuficientes.

La disfunción cerebral ha sido considerada como la causa principal del deficiente rendimiento académico y como una de los factores más significativos como riesgo para la educación y el comportamiento del niño.

La disfunción cerebral es un síndrome que consiste en trastornos de las funciones neurológicas, del comportamiento -- educativo y emocional.

El término disfuncional cerebral se refiere a los niños que tienen una capacidad intelectual promedio o por encima de él con moderadas a graves alteraciones del aprendizaje y/o del comportamiento, los cuales estén relacionados con disfunciones del S.N. central, el trastorno se manifiesta con la combinación de incoordinación motora, deficiencia perceptiva, lapsos de atención cortos falta de inhibición y conceptualización del lenguaje.

No se puede establecer una incidencia precisa pero parece afectar entre un 5 y un 15 % de la población pediátrica.

No se ha establecido la etiología de la disfunción sobre una base anatómica, así como también no hay un solo término que identifique lo que es la disfunción cerebral, ya que los profesionales cada quien lo etiqueta a su manera como a continuación se explicará.

Al estudiar la bibliografía sobre el niño disfuncional se observa que no hay acuerdo entre los profesionales para dar un nombre a estos niños.

CRUISCHSHANK (1975), nos da a conocer los más frecuentes -- Niños con daño cerebral (algunas veces le agregan mínimo).

- Niños con lesión cerebral.
- Impedimento Neurológico mínimo.
- Niño hiperquinético.
- Niño orgánico.
- Niño con dificultades perceptivas.
- Niño con disfunción.
- Niño con problemas especiales de aprendizaje.
- Niño con incoordinación o insuficiencias en el desarrollo.
- Niño con trastornos de lenguaje.
- Niño con defectos cognoscitivos.
- Niño con dislexia.
- Retraso maduracional.
- Disfunción cerebral mínima.
- Inmadurez neurofisiológica.
- Disfunción del S.N.C.
- Síndrome cerebral crónico.

DENHOFF Y ROBINAUULT (c.p. Velezco 1984), propusieron..una - clasificación que se apega a la realidad clínica de que la - disfunción pasa a que necesariamente afecta al cerebro como un todo, se manifiesta con mayor claridad en ciertas áreas - de trabajo de este órgano excepcionalmente complicado.

1.-Si la disfunción cerebral se manifiesta principalmente - a nivel neuromotor, se presenta un síndrome muy conocido la

parálisis cerebral.

2.-Si la disfunción se registra preponderantemente en la esfera intelectual, se presentan las diferentes formas de oligofrenia, como expresión de la deficiencia mental subyacente.

3.-Cuando la disfunción afecta la conciencia suprimiendo temporalmente de manera total o parcial, se presentan los desórdenes convulsivos.

4.-Otras veces la disfunción cerebral se expresa especialmente en la dificultad para organizar perceptos, a fin de darle un significado específico, valioso para la vida psíquica. Si tal es el caso se producen los desórdenes perceptuales, tan importantes en la producción de las dificultades del aprendizaje.

5.-En ocasiones la forma en que se manifiesta la disfunción cerebral produce una sintomatología relacionada con la esfera de la conducta que es la más afectada, se presentan así los desórdenes de la conducta.

Un aspecto importante que debe tenerse en cuenta es que ninguno de los cuadros aquí citados se presenta puro, acaso la mejor expresión de ese parentesco esté dando entre los desórdenes de la conducta.

En la práctica es difícil encontrar un niño hiperquinético-

que no exhibe además dificultades de aprendizaje más o menos importantes.

Asimismo también la frecuencia con que los niños padecen estados "críticos" de angustia, de agresividad o de pérdidas - percisales o totales de la conciencia.

El niño que sufra trastornos disfuncionales exhibe dichas -- desviaciones conductuales de tan severas consecuencias tanto para él como para su familia y su grupo escolar.

Se olvida que la conducta misma es una manifestación de la - función cerebral y que a los cambios importantes que en aquélla ocurren deben corresponder a su vez cambios funcionales, por lo que a continuación describirán las causas que a ellos originan.

ASPECTO ANATOMO-FISIOLÓGICOS

La disfunción cerebral puede correlacionarse con localizaciones neurológicas específicas.

El lóbulo temporal también está estrechamente relacionado -- con la memoria.

El procesamiento, el almacenamiento y la evocación de hechos - necesarios para el aprendizaje son funciones del hipocampo y de la corteza temporal anterior.

El hipotálamo en parte excita, modula e inhibe el comporta-- miento.

Las conductas agresivas y pasivas están reguladas por centros hipotalámicos. La formación reticular actúa modificando los estímulos que le lleguen.

Los influjos sensoriales son transmitidos a centros superiores en donde son programados para uso inmediato y futuro.

**SISTEMA
ACTIVADOR
RETICULAR**

Vigila y alerta

• Orientación

• Atención

• Ritmos de actividad

• Control de la respiración

• Control de la circulación

**ALGUNAS AREAS DEL CEREBRO
RELACIONADAS CON
EL COMPORTAMIENTO
Y EL APRENDIZAJE**

HIPOTALAMO

Las pirámides de secreción e

hipotalámico pueden

alterar o controlar

el estado emocional

aprovechando

LOBULO FRONTAL

Actividad intelectual

• Memoria

• Discernimiento

• Falta de atención

LOBULO TEMPORAL

Las pirámides de

secreción e hipotalámico

controlan o modifican

el estado emocional

aprovechando

funciones cerebrales: áreas del cerebro que regulan las funciones del comportamiento. Tomado de: Khanna Brain Damage and Mental Retardation, 1968. Atención de Charles E. Thomas, Publisher. Springfield, III.

.. ETIOLOGIA:

La disfunción cerebral puede producirse a partir de acontecimientos a los que anteriormente se les prestaba poca atención y que ocurren en diferentes momentos, desde el inicio de la gestación hasta varios años después del nacimiento.

Es cierto que no siempre la anamnesis más cuidadosa nos aporta datos que permitan suponer la acción de fenómenos traumatizantes de la estructura cerebral, por ello no debe hacer-nos descartar la posibilidad de una disfunción cerebral.

Las causas que se mencionan como más frecuentes según el momento en que actúan, estas pueden dividirse en:

Factores pre-natales: Estos producen cambios estructurales - responsables de la disfunción y son los siguientes:

1.-Padecimientos infecciosos de la madre principalmente rubéola y toxoplasmosis.

2.-Anoxia del producto in utero: producida generalmente por alguna de las siguientes situaciones: aspiración de monóxido de carbono por parte de la madre, anemia grave, hipotensión severa, infartos placentarios etc.

3.-Hemorragia cerebral en el producto (generalmente microhemorragias), producida por toxemia del embarazo o de otro origen; por trauma directo; diatesis, hemorrágica, etc.

Así como también la exposición excesiva a los Rayos X, -- disturbios metabólicos especialmente la diabetes mellitus

factor RH.

Entre los factores peri-natales se citan los siguientes:

- 1.-Anoxia neonatal: Producida por obstrucción mecánica respiratoria, atelectasias, mal uso de sedantes y anestésicos-administrados a la madre; placenta previa e hipotensión pronunciada.
- 2.-Todas las distocias capaces de producir sufrimiento fetal aplicación deficiente del fórceps, maniobra de extracción expulsión demasiado rápida, parto prolongado, cesárea, inducción con ocitócicos, etc.

Respecto de las posibles lesiones cerebrales producidas durante el parto Gesell menciona que: "Un antecedente totalmente negativo en cuanto al parto y un período post-natal -- excepto de sucesos significativos, pueden sin embargo marecer el diagnóstico de lesión cerebral...Si bien esta no debe ser tomada como un hecho seguro, no debemos dudar en lo más mínimo que todo niño que nace vivo ha corrido el riesgo universal de sufrirlo". (Gesell, A. y Amatrudo, c.s. 1941)

Entre las causas post-natales se considera como más frecuentes las siguientes:

- 1.-Enfermedades infecciosas durante los primeros meses especialmente teterina, el sarampión, la escarlatina y las -

neumonias, así como también la encefalitis y la meningitis.

2.-Traumatismos craneales.

3.-Secuelas debidas a incompatibilidad del factor RH.

4.-Neoplasias cerebrales.

5.-Anoxias accidentales pasajeras.

Estas son las causas que hasta ahora se han identificado co
mo responsables de los cambios estructurales no siempre ma-
croscopicos, pues los hay a niveles bioquimicos, que a su -
vez son los principales antecedentes causales del síndrome.
Un problema aún no resuelto es el de conocimiento de los --
mecanismos mediante los cuales se produce la sintomatología
es decir si aceptamos que de alguna manera se produce un --
cambio en la estructura cerebral, que es difuso y por lo --
tanto difícil de localizar.

Por lo que para llegar a saber que es lo que este produ --
ciendo la sintomatología en el niño disfuncionado, se hace
necesario elaborar un DX que a través de el proporcionará -
los caminos más seguros para obtener información acerca de
la conducta del paciente, así como también los datos mensur
bles no conductuales que se correlacionan con los patrones-
de comportamiento correspondientes al síndrome, y que el --
tipo de información es lo más importante para el tratamien-
to.

Por lo que cabe decir que la función del diagnóstico no debe ser la de proporcionar un membrete, sino más bien la de lograr una evaluación cuidadosa de la sintomatología que permita planear el manejo del caso y en la medida posible establecer un pronóstico.

DIAGNOSTICO

Para aclarar cierto aspecto de la etiopatogenia, a fin de no incurrir en el error de caer en interpretaciones cómodas pero no científicas.

A la luz de los conocimientos actuales deben existir ya muy pocas dudas acerca de que la disfunción cerebral, con o sin lesión demostrables, es el antecedente de las dramáticas manifestaciones. Pero estas no son invariablemente el resultado obligado de la disfunción. (Birch, H.G. y Col., c.p. Velasco 1984).

La secuela conductual es muy diversa y puede ir desde una aparente ausencia de disturbios en el comportamiento hasta la mas seria desorganización en el funcionamiento social, perceptual y cognoscitivo.

Lauffer, Denhoff y Solomons (c.p.Velazco 1984) adoptan esta explicación apoyados en los trabajos de Watson y Denny-Brown sosteniendo que debido a la deficiencia en la organización de los estímulos, la corteza cerebral se ve prácticamente "bombardeada" por ellos y produce a su vez un exceso de respuestas mal intencionadas.

Bender (1984). Señala que la disfunción cerebral del daño estructural que le antecede, mas que producir trastornos específicos de carácter motor o sensorial disminuyen la calidad del desarrollo general del niño, interfiriendo en los proce-

so de maduración y limitando el organismo como un todo.

Se debe de recordar que en materia de psicopatología infantil el mejor procedimiento es el que permite establecer un Diagnóstico descriptivo.

HISTORIA CLINICA: Es la fuente más importante de datos cuya correcta valoración permite ya un diagnóstico de presunción y con frecuencia una definición completa. Los puntos que integran la historia clínica son los siguientes:

- a).-Antecedentes familiares patológicos.
- b).-Antecedentes personales patológicos y no patológicos.
- c).-Historia del desarrollo psicobiológico del niño.
- d).-Sintomatología actual.
- e).-Exploración psicológica.
- f).-Exploración física sobre todo la neurológica.

De los antecedentes importan: más lo relativos a la historia del embarazo y las circunstancias del parto.

La historia del desarrollo psicobiológico del niño puede resultar útil para el diagnóstico sobre todo si aporta datos, sobre problemas de lenguaje, del sueño, de la coordinación motora en general, etc.

De especial valor sería el descubrimiento de una marcada hiperquinesia desde muy temprana edad. En los síntomas más representativos del síndrome: Hiperquinesia, inatención, impulsividad, dispraxia, desobediencia patológica.

La entrevista psicológica directa con el niño reviste gran importancia los datos que aporte la inspección general ya -- que pueden ser útiles: Un niño desaliñado, descuidados en el vestir, inquietos y distraídos, pueden despertar la sospecha del síndrome de disfunción cerebral.

Pero no dejaré de obtenerse información acerca del estado afectivo, el tono del humor, la orientación, la percepción, -- los procesos del pensamiento, la verbalización del lenguaje. Interrelacionado el diagnóstico están los siguientes datos: Mala orientación en tiempo y espacio, afectividad inestable, con humor cambiante verbalización inadecuada y problemas con la pronunciación de ciertas palabras.

LAS PRUEBAS PSICOLÓGICAS:

La evaluación que el psicólogo clínico debe hacer reviste -- cierta importancia para el diagnóstico y posiblemente mayor -- aún para el pronóstico de las dificultades de aprendizaje ca racterísticas del síndrome.

En general se recomienda la aplicación de las pruebas que -- sirven para obtener el C.I. , y para valorar las deficien-- cias que con mayor frecuencia se encuentran cuando existe -- disfunción cerebral.

Como pruebas para establecer el C.I., y obtener otros datos de mayor interés son: Test de Raven, Test de Goodenough, ---

Wisc, Therman-Merril y Bender.

Esta última es una de las pruebas más usadas, la cual ayuda a descubrir las dificultades visomotoras.

Cuando este se aplica correctamente y demuestra que hay dificultades la distribución caótica de los dibujos, la perseveración, la fragmentación y las rotaciones son los elementos que con mayor frecuencia se encuentran en los protocolos de los niños que sufren el Síndrome.

EXAMEN NEUROLOGICO.

Aquí no se requiere de instrumentos especiales solo de algunas técnicas que por medio de ellas es posible descubrir los signos neurológicos (Duffy, John C., c.p. Velazco 1984).

- 1.-Prueba dedo nariz: Consiste en que el niño toque con el dedo índice alternativamente la punta de su nariz y el dedo del examinador, entre un movimiento y otro el examinador cambia de posición su dedo. Por lo que en esto nos damos cuenta de las dificultades que presenta para el niño.
- 2.-Habilidad para mover globos oculares.-El examinador ordena que siga exclusivamente con los ojos el objeto que está moviendo por lo común el niño que sufre disfunción cerebral muestra dificultades para hacerlo y tiende a mover la cabeza.
- 3.-Se denomina simultagnosia (Leland, E.Hinsie, y Campbell

Robert, c.p. Velazco 1984)

La prueba que se presenta a los niños con disfunción cerebral consiste en mostrar un cuadro adecuado y pedir -- una explicación de lo que se ve.

4.-Varias pruebas en relación con la deambulaci3n. Hacer ca minar al ni1o con las puntas 6 los talones de los pies, pedirle que camine por una l3nea tocando con el tal3n de un pie la punta del otro, hacerlo caminar sobre un riel, etc.

5.-Movimiento de pianista.-Que el ni1o extienda los brazos hacia adelante con las palmas de las manos vueltas hacia abajo mientras mantiene los ojos cerrados, pueden observarse movimientos coreiformes y accesorios.

6.-La adiadococinesia o dificultad para efectuar adecuadamente movimientos alternativos r3pidos es un s3ntoma -- que se presenta en los casos de disfunci3n cerebral. Acostados en decubito dorsal, levantar primero el brazo izquierdo y la pierna derecha y despu3s alternativamente los otros dos miembros.

7.-Los movimientos de la lengua deben investigarse dando -- 3rdenes sencillas y mostrando primero la forma de hacer las.

Se pedir3 que el ni1o trate de llegar con la punta de -

la lengua a la nariz, la barbilla y ambas comisuras labiales. Todas estas son acciones que resultan difíciles - sino imposibles para el niño que sufre disfunción cerebral.

Todas estas pruebas deben hacerse, llevan poco tiempo y dan la oportunidad de establecer un buen rapport en un clima agradable, siempre que se hagan como si se tratara de un juego.

ELECTROENCEFALOGRAMA.-

El estudio electroencefalográfico no hace el diagnóstico completo generalmente, se espera que el resultado del E.E.G., confirme o rechace el diagnóstico.

En realidad el E.E.G., debe practicarse siempre y en ocasiones proporcionará datos irrefutables de trastorno estructural en el cerebro, pero incluso un trazo francamente anormal es compatible con la conducta más saludable. Lo contrario también es cierto: Un niño que presente la sintomatología aquí descrita puede tener un E.E.G., totalmente normal.

La principal variación que se puede localizar en los estudios realizados a estos niños es la llamada inmadurez electroencefalográfica: Esta consiste en un aumento global de la actividad theta, a lo que se suma una respuesta excesiva a la hiperventilación, datos que frecuentemente se aso-

dian con un ritmo de fondo occipital ligeramente más lento - que el que rigurosamente correspondería a la edad del paciente.

La prevalencia de anomalías electroencefalográficas en los niños que han sido diagnosticados con síndrome de disfunción cerebral resulta pues muy problemática, por lo que para efectuar el diagnóstico en la Institución del C.A.P.E.P., -- donde asisten los niños con síndrome de Disfunción Cerebral-- el equipo multidisciplinario realiza los siguientes pasos: Durante la primera etapa que es llamada Detección y Prevención, ésta se realiza en los Jardines de Niños oficiales de los tercer grades por prioridad con los test de Goodenough, dibujo libre, y el instrumento de guía de observación del -- preescolar aplicados por la educadora y supervisados por la orientadora de C.A.P.E.P.

Segunda etapa.--Esta consiste en: Recepción de casos por la -- Directora.

Historia clínica y psicopedagógica aplicada por las Maestras de grupo.

Batería psicométrica (Bender y Therman-Merrill), aplicada -- por el psicólogo

Historia social.--Aplicada por la Trabajadora Social de la -- Institución.

Exploración lingüística aplicada por la Terapeuta de lengua--

Je.

Posteriormente a estas evaluaciones se reunirá el equipo ---
multidisciplinario en donde en base a los resultados se ins-
tituirá el tratamiento.

TRATAMIENTO

La mejor de todas las terapias es la multidisciplinaria.

El niño ha de ser educado con procedimientos especiales, debe recibir una adecuada psicoterapia y sobre todo beneficiarse con un tratamiento psicofarmacológico cuidadosamente establecido por el Psiquiatra. (Fish, c.p. Dueñas/Sabbour - 1978).

Así pues los medicamentos psicotrópicos no "curan" en el sentido estricto del término.

En cambio sí modifican conductas y funciones lo que suele permitir la acción de otras medidas terapéuticas y mejorar las respuestas negativas que el pequeño paciente exhibe ante los estímulos habituales. El mejor ejemplo que podría darse es quizá el de la acción paradójica de los estimulantes en el niño hiperquinético que sufre disfunción cerebral mínima. Las anfetaminas, el metil-fenidato, la cafeína, la pemolina y otros medicamentos producen la franca disminución de la actividad física, una dilatación de los periodos de atención, la mejora de las actividades visomotoras, la disminución de la irritabilidad y otros cambios plenamente comprobados. Esto evidentemente no significa la curación de la disfunción cerebral, pero facilita enormemente las acciones del profesor especializado, mejora las relaciones interpersonales del niño y favorece la aceptación de los demás en virtud de la disminu-

ción de la agresividad cuando hay. Los cambios de conducta -
que son el resultado del suministro de:

Psicofarmacos.

↓
Enzimas neurotransmisoras y
otros sistemas.

↓
Alteraciones de la bioquímica
cerebral.

↓
Modificaciones en el funcio-
namiento de tejidos y órga-
nos.

↓
Producción de cambios fisi-
ológicos.

↓
Obtención de cambios conduc-
tuales.

Los psicofármacos no son siempre sustancias inocuas. Los ilu-
mados efectos secundarios que son en realidad acciones tóxi-
cas sobre el organismo por lo tanto deben ser bien conocidas
por quien utiliza los medicamentos.

En la psicofarmacoterapia; debe buscarse siempre el mejor re-
sultado con el menor número de medicamentos y con la dosis -
más baja posible.

Que no usen las drogas por un tiempo mayor que el necesario.

Advertir a los padres del niño acerca de los posibles efectos secundarios.

Como dice el Doctor Kaupernik (1970). El hecho de prevenir sobre la posibilidad de efectos tales como la somnolencia, o la sequedad de la boca, crea un clima de confianza y convierte en improbable el abandono prematuro de la terapéutica por los padres.

Claro está que también debe advertirseles sobre los efectos terapéuticos que se buscan al prescribir un fármaco, puesto que después de todo los niños al menos los más pequeños dependen de sus padres en cuanto a su administración oportuna.

Desafortunadamente muchos adultos los utiliza consciente o inconscientemente con el deseo de controlar la conducta -- del niño a su conveniencia o con propósitos sádicos. (Campbell y Small c.p. Macotela 1986).

Otras más desearían ver que la medicación produjese "curas" a corto plazo, sin poner nada de su parte para mejorar los aspectos negativos de la relación con el niño.

Por lo general se admite que existen tres formas principales en las que se administran los psicofármacos. (Kraft c.p. Velasco 1984).

Podríamos llamarlos del siguiente modo: Psicofarmacoterapia directiva, cuando los medicamentos constituyen además -

del consejo psicológico para el caso en que una psicoterapia de apoyo coadyuva al éxito del tratamiento, en tanto los medicamentos modifican la angustia, un estado depresivo o una conducta susceptible a su acción y psicoterapia con medicación, tratamiento en lo que lo fundamental es la acción del psicoterapeuta, en tanto que el control de los síntomas resulta secundario.

El Doctor Eisenberg (1971) resume claramente un punto de vista objetivo y equilibrado: "Las drogas no son la promesa de un salvoconducto hacia un mundo feliz, ni representan el camino hacia el infierno.... son usadas como un simple y útil componente de un programa integral de tratamiento pueden ayudar a alcanzar la meta deseada; el desarrollo saludable de la personalidad del niño."

En seguida se presentará un cuadro utilizados en la psicofarmacología para el tratamiento de niños con disfunción cerebral.

I.-MEDICAMENTOS.

1.-ESTIMULANTES.

- a).-Anfetaminas; benzedrina, dexedrina.
- b).-Ritalin.
- c).-Pemolina.
- d).-Cafeína.

II.-MEDICAMENTOS COADYUVANTES (de resultados variables)

1.-Antidepresivos: Imipraminas: Tefranil, anafranil, pefrofrán, avantyl, norpramin, etc.

2.-Tranquilizantes menores.

a).-Benadryl.

b).-Dimetane.

c).-Equianil, miltown.

d).-Librium.

e).-Diazepam.

f).-Otros.

3.-Tranquilizantes mayores:

**a).-Practicamente todos excepto los alcaloides de --
rawolfia.**

4.-Anticonvulsivantes:

a).-Epmín.

b).-Tegretol.

c).-Primidona, mysoline.

d).-Otros.

III.-MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE VALIOSOS.

a).-Haloperidol.

b).-Propericiazina.

c).-Atemperator.

d).-Carbonate de Litio.

e).-Otros.

EFFECTOS SECUNDARIOS DE LOS MEDICAMENTOS

Los efectos colaterales que producen estos medicamentos -- (Ejemplo la Dexedrina) Son: Somnolencia, dolor de cabeza, - de estómago, náuseas, irritabilidad y disminución de la conducta social. Estos efectos desaparecen al suspender la droga.

Efectos colaterales más graves por ejemplos: El Ritalín que produce disminución en el crecimiento y desarrollo del cuerpo, la disminución de la capacidad de la sangre para coagular y el aumento en el ritmo cardiaco.

Las anfetaminas producen efectos secundarios aunque raramente lo suficientemente importantes como para suspender el tratamiento.

La anorexia, la moderada pérdida de peso, las fascias de "Niños debilitados" (Ojeros, palidez), y el insomnio ocasional son los efectos desagradables más citados. Un reajuste de la dosis y la mejor distribución de las tomas durante el día por lo general logran evitar reacciones indeseables.

(Kramer, J.C. y Cala c.p. Velazco 1984). Las dosis que se utilizan en el tratamiento del síndrome de disfunción cerebral son incomparablemente bajas; por otra parte, nunca han sido observados efectos de ese tipo, incluso cuando se prolonga el tratamiento por periodos hasta de 5 años, como lo demuestran trabajos realizados por Bradley y Lauffer.

En cuanto al tratamiento psicológico los padres de estos niños generalmente hace preguntas en relación con las causas - del trastorno, el uso de medicamentos, el pronóstico, la conducta que deben seguir con su hijo, etc.

Se deben dar las explicaciones empleando un lenguaje accesible según el nivel de preparación de los padres; estas explicaciones deben ser lo más completas.

Debido a que la mayoría de las veces los padres se responsabilizan de los problemas de conducta del niño, es conveniente un manejo adecuado de los sentimientos de culpabilidad -- que suelen generarse. Considerando a su hijo un enfermo y no un niño malo, los padres quedan en una posición psicológicamente positiva para los fines terapéuticos.

Estarán así en mejor posibilidad de, a su vez enseñar a su hijo que una cosa son los sentimientos, siempre aceptables y otra distinta las acciones que pueden no serlo.

Por lo tanto dentro del tratamiento psicológico del niño que sufre disfunción cerebral, cobra mayor importancia el recordarnos que debido a la sintomatología tan peculiar, su vida - gira alrededor de la falta, la angustia, el castigo y la culpa.

Por lo que siempre es útil conocer con cierta profundidad la situación real de las relaciones interpersonales del niño.

Ahora se verá lo que se puede decir acerca de algunas reglas útiles y prácticas que pueden aplicarse en el hogar y la escuela.

Los consejos que han de darse y que de alguna manera forman parte de la psicoterapia administrada a los padres y al niño mismo. El niño sufre más por su impulsividad y por su incapacidad de ver el todo, debido a esto pierde amigos, se le margina del grupo de compañeros, y se conduce de tal modo que "invita" a sus padres a que lo castiguen con frecuencia. El niño simplemente intenta operar sobre la base de los datos incompletos e inconscientes que percibe, empujado por impulsos incontrolables. La rutina es indispensable para sentar las bases de un cambio favorable en la conducta del niño. Una vida de orden y calma es conveniente, solo en casos excepcionales, se deben alterar los horarios establecidos para la hora de levantarse, las comidas, la tarea escolar, el juego, ver televisión e irse a dormir.

El niño cumplirá con todas estas actividades e horas debidamente establecidas, según las necesidades del hogar, sin posibilidades de regates o transgresiones de su parte.

El consejo de establecer una rutina también es válido para otros aspectos como el de la constancia ambiental. Así no se deben hacer cambios físicos (de distribución de muebles y --

otras tareas), a menos que sea indispensable y en este caso se hará participar al niño en esas tareas. Por todo esto antes mencionada se explicará a los padres como se dijo anteriormente las características que un niño disfuncional presenta.

I.-HIPERQUINESIA.

- 1.-Destructividad.
- 2.-Hiperactividad verbal.
- 3.-Trastornos del sueño.
- 4.-Agressividad.

II.-INATENCION.

- 1.-Hiperactividad sensorial.
- 2.-Distracción.

III.-IRRITABILIDAD.

- 1.-Conducta impredecible.
- 2.-Baja tolerancia a la frustración, rabietas, berrinches
saintes.

IV.-IMPULSIVIDAD.

- 1.-Conducta antisocial.
- 2.-Enuresis, encopresis.
- 3.-Temeridad.

V.-INCOORDINACION MUSCULAR (DISPRAXIA)

- 1.-Torpeza corporal.

2.-Disgrafía.

3.-Ineptitud deportiva.

4.-Disartia, dislalia.

VI.-DISFORIA.

1.-Ansiedad (Depresión).

2.-Deficiente auto-estima.

VII.-DESDOBEDIENCIA PATOLOGICA.

1.-Incomprensión de órdenes.

2.-Repetición de la falta.

3.-Incomprensión del castigo.

VIII.-TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE.

1.-Problemas visomotores, dislexia.

2.-Disociación.

3.-Inversión del campo-visual.

4.-Perseveración.

5.-Memoria deficiente.

6.-Pobreza de la imagen corporal.

Es conveniente explicar el porque se incluye en este trabajo las características de niños con retraso mental ya que - debido a su clasificación de: leve, moderado y profundo pudiera confundirse el término retraso mental leve con disfunción cerebral.

El retraso mental leve es el trastorno que equivale a la categoría de "educables". Los sujetos en este nivel pueden desarrollar habilidades sociales y de comunicación en el periodo preescolar, tienen daños mínimas en el área sensoriomotora y requieren de apoyo psicopedagógico por lo que a menudo no se distinguen de los niños disfuncionales hasta una edad más tardía, de los 13 a los 19 años pueden adquirir habilidades sociales y vocacionales adecuadas para un niño de su propia edad pero pueden necesitar guía y asistencia bajo condiciones poco usuales de stress social y económico.

Y el niño disfuncional ya en edad tardía no requiere de guía y asistencia, este apoyo lo recibe en la edad preescolar. DSM III 1976.

En el siguiente apartado se presentan las características de los niños con retraso mental.

- 1.-Los niños retrasados dan por supuesto que van a fracasar en sus estudios, esta expectativa los suele convertir en evitadores de fracaso más que en buscadores de éxito; y suelen regirse por motivos externos, apoyándose en otras personas y no en sus propias ideas.
- 2.-Los niños retrasados suelen vivir aislados socialmente si no es que activamente rechazados por las demás personas.
- 3.-El que se les etiquete como retrasados puede producir exagerada conciencia de sí mismo y suele ser la causa de que las demás personas las traten en forma diferente.
- 4.-La presencia del niño retrasado en el seno de la familia, suele ser causa de angustia y tensiones familiares lo cual producen desórdenes emocionales en el niño retrasado
- 5.-Los niños retrasados experimentan muchas más frustraciones y fracasos que la mayoría de la demás gente.
- 6.-Los niños retrasados suelen desarrollar un sentido general de desamparo, la convicción de que no rigen su propio destino.
- 7.-La interpretación freudiana del retraso mental es que las personas retrasadas tienen un funcionamiento deficiente del ego. Esto significa que suelen fiarse de mecanismos -

de defensa muy primitivos por ejemplo; represión ó negación de la realidad, para reducir su ansiedad.

B.-Los niños retrasados suelen hacer lo indecible para demostrar a los demás y así mismos que son "normales", proceso conocido como fingimiento.

Posteriormente de haber clasificado las características de los niños disfuncionales y niños con retraso mental. Ahora veremos la diferencia que existe en relación al C.I., de ambos.

En el rubro de retraso o deficiencia mental se incluye a los sujetos que presentan una disminución significativa y permanente en sus procesos cognoscitivos y que se traducen en alteraciones de la conducta adaptativa.

Los deficientes mentales se clasifican a su vez en leves, cuando su C.I., se sitúa en un rango de 50 a 70.

Moderada cuando fluctúa entre 35 y 50.

Severos cuando va de 20 a 35.

Profundas de 0 a 20.

El C.I., de ejecución en los niños con retraso mental es ligeramente más elevado que el C.I., verbal.

LOS NIÑOS CON SINDROME DE DISFUNCION CEREBRAL.

El C.I., verbal es superior al de ejecución, las aptitudes verbales están conservadas o bastante recuperadas en los ni

nes que han sufrido traumatismos o accidentes.

Por el contrario el deterioro intelectual se va a traducir - por una falla de cálculo, en los subtest que involucran memoria y concentración y en las pruebas de estructuración especial.

El rango de aceptación de C.I., establecido en la Institución C.A.P.E.P., es de 80 a 120. Y la tabla manejada de la clasificación de inteligencia es la siguiente:

C.I.	CLASIFICACION.
130 o más	MUY SUPERIOR.
120-129.	SUPERIOR.
110-119.	NORMAL (BRILLANTE) --- NORMAL SUPERIOR.
90-109.	NORMAL
80-89.	NORMAL TORPE-SUB-NOR - MAL.
70-79.	LIMITROFE-DEFICIENTE SU PERFICIAL.
69 ó menos.	DEFICIENTE MENTAL.

CAPITULO II

GENERALIDADES DEL JUEGO.

Los juegos tienen un papel importante, no solamente brindan una actividad agradable y vigorosa sino que pueden además - proporcionar una liberación emocional de vital importancia- cuando se piensa en niños se piensa muchas veces en juego. El juego invade el patrón de vida de los niños desde la -- primera infancia, hasta el final de la niñez.

El juego puede ser serio, escarapante, agotador, pero también algunos juegos están directamente relacionados con la observación que los niños hacen de la conducta de los adultos como lavar los platos, hacerla de papá o de mamá, etc. Otros juegos nacen de las fantasías y gustan del mismo niño. Otros juegos son creaciones personales de un solo niño.

El juego puede ser una actividad de grupo o una actividad personal, puede desarrollar las capacidades intelectuales- sociales, ó emocionales, Puede ser fuente de placer o disgusto.

Hay una serie de teorías que explican que funciones desempeñan el juego para el niño. A las distintas teorías (Gilmore 1966 Millar 1968, Weisler y McCall 1976). Se pueden - enumerar 7 principales:

1.-EXCEDENTE DE ENERGIA.-El juego es la válvula de escape-

del excedente de energía que el niño tiene. Spencer (1873) Decía que los niños que comen y descansan bien y que no necesitan consumir sus energías para poder sobrevivir, encuentran en el juego un escape para su excedente de energía.

2.-ESPARCIMIENTO Y RECUPERACION.-Una segunda teoría sostiene que el juego es un medio de descansar y de recuperarse después de gastar energías (Lazarus, 1983). La frecuencia con que el juego se da entre los niños, se explica por la enorme necesidad de esparcimiento que tienen debido a la intensidad de energía que utilizan para aprender tantos conceptos nuevos y tantas nuevas habilidades.

3.-PREPARACION.-El juego se describe como conducta instintiva en la que los niños practican los elementos más pequeños de conductas adultas más complejas por ejemplo: Bañar una muñeca, es la práctica anticipada de la responsabilidad paterna. (Gross, 1898, 1908)

4.-RECAPITULACION.-Algunos teóricos (Hall, 1906), han tratado de ligar el juego con la evolución de la cultura humana, dicen que el niño al jugar reacciona la transición de la humanidad desde la etapa de la caza y de la recolección hasta la sociedad industrial actual.

5.-CRECIMIENTO Y MEJORAMIENTO.-Otra manera de considerar el juego es mirarlo como un modo de aumentar las capacidades --

del niño. Es el medio que el niño utiliza para practicar nuevas capacidades, y para ensayar realizaciones ya obtenidas. (Appleton, 1910).

Esta posición considera que el juego dirige al niño hacia una actitud más madura y efectiva.

6.-REESTRUCTURACION COGNOSCITIVA.-Piaget (1951). Afirma que el juego es sobre todo una forma de asimilación empezando desde la infancia y continuando a través de la etapa del pensamiento operacional concreto, el niño usa el juego para adaptar los hechos de la realidad, a esquemas que ya tiene. Cuando los niños experimentan cosas nuevas juegan con ellas para encontrar los distintos caminos como al objeto e la situación nueva, se asemejan a conceptos ya conocidos.

7.-EXPRESION SOCIOEMOCIONAL.-La tradición psicoanalítica ofrece dos explicaciones del juego. primera el juego es una expresión simbólica de deseos. Segundo el juego es un intento de dominar o recrear experiencias que causan tensión. Ambos tipos de juegos son un desahogo para las emociones. (Freud, Ana 1953, 1955, Erikson 1950).

Al contrario de lo que piensa Piaget que el juego es asimilación el psicoanálisis considera el juego como la creación de oportunidades específicas, para dominar retos que todavía no se han conquistado en la realidad.

Por lo que se resumen 3 funciones simbólicas del juego.

- 1.-El juego simbólico ofrece al niño un medio asimilar a -- los esquemas ya conocidos, experiencias nuevas o discrepantes en (Piaget, 1981)
- 2.-El juego simbólico permite la expresión de emociones, -- hecha bajo control. En él la emoción, el objeto de la -- emoción e la persona que la está sintiendo se disfrazan con el simbolismo. (Freud, Ana 1953, 1964).
- 3.-El juego simbólico es un modo integral de resolver pro-- blemas de sentir, de aprender, a dominar o de experimentar nuevos papeles.

La intensidad de concentración y energía que el niño des-- pliega cuando juega alrededor de estos temas indican la importancia que tienen los esfuerzos que hace el niño para integrar los temas básicos de su origen, de la auto-estima y de las relaciones con los que le son importantes, así como también el juego simbólico ayuda a un mejor funcionamiento social y cognoscitivo.

Por lo que es posible descubrir muchas cosas acerca de un-- niño: Como ve el mundo, como siente las relaciones con sus padres, observando atentamente la forma en que juega con su muñeca u ositos predilectos. El muñeco encarna los personajes familiares Madre, Padre, Hermano, Compañero, pero el --

Al mismo tiempo le sigue resultando perfectamente controlable -- lo que le permite al pequeño volcar en él, sin miedo, ni temores, todas sus emociones.

Los psicoanalistas están muy familiarizados con el papel que los niños confieren frecuentemente a sus muñecas. La niña -- que se siente culpable, castiga energicamente a su muñeca -- aliviando de este modo su tensión y sus sentimientos de culpa.

Los niños que son castigados, a menudo propinan frecuentes -tundidas a sus muñecas y "las ponen en penitencia" a toda hora.

En cierta manera el niño es para el muñeco, lo que los padres son para él.

Otra función del juego es servir de intermediario entre un niño y sus amiguitos. Los pequeños se comunican a través de muñecos o animales de bañe, que son usadas como "portavoces" en sus juegos de la "casa", el padre y el hijo", etc.

La forma en que el niño se relaciona con sus amiguitos revela también diversas facetas de su mundo subjetivo. Los niños excesivamente agresivos o por el contrario tímidos y retraídos evidencian una relación tensa con los padres. Los que se muestran muy "lastimados" por la actitud burlona de sus pequeños colegas demuestran una inseguridad que en el fondo --

siempre esta relacionada con los adultos con quienes conviven a diario íntimamente.

Las capacidades del niño para comunicarse siempre resulta perjudicada por una atmosfera hogareña agresiva ó excesivamente protectora. Todo juego es una forma de "ensayo" de la vida real. El deber de los padres es orientar al hijo a través de su fantasía para que pueda comprender mejor la realidad que lo circunda. Por lo que el niño a través del dibujo, de la pintura, de juguetes y de juego, el niño va poniendo a prueba sus posibilidades futuras. Cuando recibe elogios, es como si se le dijeran "si tú puedes", "tú sabes hacer las cosas", "y tú eres capaz de hacerlo".

Para todo ser humano cualquiera que sea su edad y sexo, estas palabras figuran entre las mas alentadoras e importantes que pueden escuchar.

TERAPIA DE JUEGO DIRECTIVA

(Axline V. 1983)

En este tipo de terapia es en el cual el terapeuta asume la responsabilidad de guiar e interpretar, por lo que éste nese llevará a cabo con los niños de disfunción cerebral, ya que lo que se quiere lograr en estos niños es tratar de extraer toda su energía sin limitaciones, permitirle al niño su actuación, crearle un ambiente propicio donde el niño --

con disfunción cerebral pueda desenvolverse ampliamente en un clima de aceptación y libertad hacia un desarrollo mejor y donde se sienta aceptado.

Por lo que en la terapia directiva el terapeuta estará dirigiendo al niño y le limitará en sus actuaciones.

TERAPIA DE JUEGO NO DIRECTIVA

(Regera, c.p. Axline, V. 1983)

La terapia no directiva más que una técnica es una filosofía básica sobre la capacidad humana que enfatiza la habilidad que existe en todo individuo para ser autodirectivo.

Es una experiencia en que participan dos personas y que da unidad a la finalidad de aquella que busca ayuda; el realizar tan plenamente como sea posible su autoconcepto y el -- convertirse en una persona que logra satisfacerse asimismo. Por lo que en todo individuo existe una fuerza poderosa que continuamente lucha por alcanzar su plena autorrealización. Esta fuerza se puede describir como un impulso hacia la madurez, la independencia y la autor dirección.

Tal como una planta necesita del sol, de la lluvia, y de una tierra fértil, para poder llegar a su máxima desarrollo, el niño necesita el permiso para ser él mismo y de una aceptación total de los demás.

Para lograr obtener esta satisfacción directa de su impulso

del crecimiento necesita asumir el derecho de ser un individuo con el privilegio innato de dignidad que posee todo ser humano.

Por lo que si no puede lograrlo entonces lo hará valiéndose de acciones sustitutas. Así el niño hace berrinches, fastidias, está de mal humor, pelea y trata de escandalizar a -- otras con sus acciones. Por tal motivo la terapia de juego no directive no debe ser considerada como un medio para sustituir una conducta "no deseable" por otra mas aceptable de acuerdo con las normas fijadas por el adulto. No se trata-- de imponerse al niño de una forma autoritaria diciendo; "tú tienes un problema y yo quiero que lo corrijas".

Por lo que este tipo de terapia, es abierta, activa, que comienza en la etapa en que está el niño y permite que ésta - llegue hasta donde él es capaz de hacerla. Por lo que la relación que se establece entre el terapeuta y el niño durante la terapia de juego, es el que se hace posible que el niño pueda revelar su yo verdadero al ser aceptado por el terapeuta y debido a esta misma aceptación, crece un poco su confianza en sí mismo y aumenta su capacidad para extender los límites de la expresión de su personalidad. El niño vive en su mundo propio y muy pocos adultos realmente lo comprenden. En el mundo moderno parece haber tanta prisa y presión que es muy difícil que un niño llegue a establecer la-

relación íntima y delicada con el adulto, necesaria para que pueda confiar libremente su más íntima vida secreta.

Por lo que la terapia de juego proporciona al psicólogo una técnica para comprender mejor a los niños inadaptados que -- con frecuencia son denominados niños problema.

Y siendo ellos los niños que dirigen esta terapia elimina -- cualquier vestigio de temor ante la situación de la terapia de juego una vez que él ha experimentado el contacto.

Por lo tanto la actuación del terapeuta a través de la terapia no directiva no es pasiva, sino todo lo contrario, requiere de toda su atención, sensibilidad, y más aún, de una excelente apreciación de lo que el niño está haciendo e diciendo.

Es necesario el entendimiento y un genuino interés por el niño. por lo que el terapeuta debe ser permisivo y accesible -- en todo momento. El terapeuta respeta al niño, lo trata con sencillez y honestidad. Su postura es recta y de una presencia tranquila posee una bondad y paciencia y gentileza del humor que relaja al niño, lo tranquiliza y le alienta a compartir con él su mundo interior.

El éxito de la terapia empieza con el terapeuta. Debe tener constancia en su técnica, poseer firmeza en sus convicciones, abordar toda nueva relación con confianza y seguridad.

Un terapeuta no estará preparado para entrar al cuarto de --
juegos con un niño hasta que haya desarrollado una discipli-
na personal refrenando su temperamento y sienta un profundo-
respeto por la personalidad del niño.

PROGRAMA DE TERAPIA DE JUEGO NO DIRECTIVO
UNA ALTERNATIVA PARA NIÑOS DISFUNCIONALES

Este programa se llevará a cabo con niños que han sido diagnosticados con síndrome de disfunción cerebral en la Institución C.A.P.E.P., posterior a una serie de estudios y entrevistas que se efectuarán por el equipo multidisciplinario.

Los objetivos generales que se han trazado para esta terapia son:

- 1.-Se le dará al niño toda permisividad en lo que mejor le parezca.
- 2.-Se mostrará un completo respeto a sus acciones.
- 3.-La terapia de juego intentará lograr un cambio fundamental de la personalidad del niño mediante: la adaptación de relaciones, catarsis, comprensión, prueba de realidad y sublimación.
- 4.-Durante la sesión se le permitirá al niño liberar su energía sin limitaciones, esto da por resultado que él se siente aceptado y seguro de sí mismo, y que a través de este trabajo el niño logre su crecimiento.

DIAGNOSTICO

Niños con Difusión Cerebral.

SUJETOS.

Se llevará a cabo con 20 niños de ambos sexos entre 4 y 6 -- años de edad.

ESCENARIO.

El programa se efectuará en dos escenarios uno cerrado y -- otro abierto.

El escenario cerrado se llevará a cabo en el área de Psicología de la Institución. Esta sala mide aproximadamente 4 X 3- metros, cuenta con iluminación y ventilación suficiente con cuatro mesas y sillas para niños (sirven como estanteras para los juguetes).

El escenario abierto las actividades se llevarán a cabo en el Jardín de la Institución y en ambientes naturales (playa, campo, rancho, etc.).

MATERIALES.

Para la realización de las actividades llevadas a cabo en el escenario cerrado se requerirá de los siguientes materiales:

- Una familia de muñecos quífol.
- Biberones.
- Teléfono.
- Pinturas de agua.

- Escenario para títeres.
- Crayolas.
- Aeroplanos.
- Arena.
- Agua.
- Caballeta de pintar.
- Una pequeña escoba y trapeador.
- Juegos de té.
- Animales de plástico.
- Casa de muñecas.
- Juguetes agresivos (pistolas, luchadores, soldados).
- Plastilina de diferentes colores.
- Carras de diferentes tamaños.
- Revistas, tijeras con punta roma.
- Materiales de construcción, carpintería, rompecabezas.

MATERIALES PARA ESCENARIO ABIERTO:

- Juegos mecánicos (sube y baja, columpios, resbaladeros)
- Llantas.
- Pelotas.
- Arena.
- Agua.

PROCEDIMIENTO.

Esta alternativa de programa se basa en la técnica de terapia de juego no directiva de (Axline V.).

La terapia de juego que se llevará a cabo con base a los objetivos generales donde el niño tendrá una experiencia de crecimiento positivo y la aceptación del adulto como apoyo.

Para llevar este programa se tomaron en cuenta dos etapas: La primera consistirá en sesiones individuales y la segunda etapa se describirán las sesiones grupales.

Los pasos o consejos a seguir para el terapeuta y el niño durante las sesiones individuales son los siguientes:

TERAPEUTA.

- 1.-El terapeuta proporcionará un ambiente agradable.
- 2.-Se aceptarán las expresiones del niño y la respuesta del terapeuta será en forma enfática.
- 3.-Se le tratará con dignidad y respeto.
- 4.-Al niño no se le darán instrucciones ni se le dirigirá al respecto de lo que debe de jugar o decir.
- 5.-Se concederá al niño los juguetes y su libre manejo ya que con esto nos expresará su personalidad.
- 6.-A estos niños disfuncionales se les dará una importante atención a sus triunfos.
- 7.-El terapeuta empleará su experiencia para ayudar al ni--

No a entender sus impulsos de alta presión y el impulso - compulsivo que hay detrás de ellos.

- 8.-El llevará un registro anecdótico de cada sesión en donde observará las respuestas verbales y no verbales del niño, toma de decisiones, uso y respuesta de los materiales, -- proceso, forma y contenido del juego y por último la interacción del niño y el terapeuta.

NIÑO.

- 1.-Es responsabilidad del niño controlar su conducta.
- 2.-El niño se conducirá por sí mismo.
- 3.-Con este clima de aceptación y libertad el niño disminuirá las conductas indeseables y se aproximará a las más positivas.

SESIONES GRUPALES.

- 1.-Estas terapias grupales se llevarán a cabo con 4 niños -- disfuncionales en ayuda con un co-terapeuta. El grupo se dividirá en dos niños por cada uno.
- 2.-Este procedimiento sigue siendo el mismo que se llevó a -- cabo en las sesiones individuales.
- 3.-Se utilizará en esta dinámica: títeres, revistas, o re-- producción de animales para ayudar a los niños en su con-- ducta en situaciones sociales.
- 3.-Se proporcionará al niño un ambiente social al integrarse

en equipo ya que esto le facilitará la adquisición de nuevas conductas.

- 4.-El terapeuta o co-terapeuta están obligados continuamente a chequear las respuestas, para que un niño en un grupo no se sienta en ningún momento que es comparado u contrastado con otros miembros del grupo.

EVALUACION

La evaluación se realizará desde el principio ya que la técnica de terapia de juego se llevará a cabo con los sujetos que al hacer la evaluación diagnóstica obtuvieran como diagnóstico disfunción cerebral.

La evaluación inicial consiste en la aplicación de una batería psicométrica la cual contempla las siguientes pruebas: Bender, Goodenough, dibujo libre y Therman-Merrill.

Se trabajará en el período de 5 meses de Enero a Mayo, llevando registros anecdóticos durante sus terapias. Estos registros consistirán en observar al niño desde el momento que llega al cuarto de juego, su interacción con el ambiente y el terapeuta, así como sus juegos y actitudes que presenta durante la sesión, observaciones conductuales fuera de las sesiones terapéuticas e interrogatorio a los maestros asignados del sujeto.

La evaluación final se efectuará aplicada nuevamente los test que se aplicaron en la evaluación inicial y con base a los resultados obtenidos estos niños podrán ser integrados a primarias regulares o se quedarán nuevamente en la Institución.

C.A.P.E.P.
**CRONOGRAMA DE SESIONES INDIVIDUALES Y
 GRUPALES DE TERAPIA DE JUEGO.**
 1988.

	NOMBRES	Hrs.	ENERO					FEBRERO					MARZO					ABRIL					MAYO				
			3a	4a	semana			1a	2a	3a	4a	1a	2a	3a	4a	1a	2a	3a	4a	1a	2a	3a	4a	semana.			
			L	M	J	V	L	M	J	V	L	M	J	V	L	M	J	V	L	M	J	V	L	M	J	V	
I	1.-GUSTAVO	9:00	△								△				△				△				△				
	2.-DAVID	9:45	△								△				△				△				△				
	3.-ARMANDO	10:00	△	●							△	●			△	●			△	●			△	●			
	4.-JOSE MANUEL	10:45	△								△				△				△				△				
	5.-CINTHIA	11:00	△			●					△			●	△				△			●	△			●	
II	6.-ANA ROSA	11:45	△								△				△				△				△				
	7.-DULCE MA.	12:00	△								△				△				△				△				
	8.-JESSICA	12:45	△								△				△				△				△				
III	9.-ERNESTO	9:00		△							△				△				△				△			●	
	10.-ROBERTO	9:45		△							△				△				△				△				
	11.-FELIPE	10:00		△	●						△	●			△	●			△	●			△	●			
	12.-OSCAR	10:45		△							△				△				△				△				
	13.-SERGIO	11:00		△		●					△		●		△			●	△			●	△			●	
IV	14.-JOSE LUIS	11:45		△							△				△				△				△				
	15.-JORGE	12:00		△							△				△				△				△				
	16.-ISAAC	12:45		△							△				△				△				△				
	17.-ADOLFO	9:00			△						△				△				△				△			△	
	18.-BENJAMIN	9:45			△						△				△				△				△			△	
V	19.-GENARO	10:00	●		△					●		△			●		△		●		△		●		△		
	20.-HUMBERTO	10:45			△						△				△				△				△			△	

CLAVES:

- SESIONES GRUPALES
- △ SESIONES INDIVIDUALES.

LAS SESIONES INDIVIDUALES SERAN UNA VEZ POR SEMANA DE 45'.
 LAS SESIONES GRUPALES SERAN DE 4 NIROS UNA VEZ POR SEMANA DE 1 HORA.

CONCLUSIONES

-La aplicación de la terapia de juego no directiva en niños disfuncionales modifica la conducta.

(Experiencia personal)

-Un criterio definido de evaluación no lo hay solo es a través de sus registros, observaciones, e incrementos del nivel cognoscitivo del niño, demostrados en las evaluaciones finales.

(Chapell y Johnson, c.p. Shafer, O'Conner 1988)

-La terapia de juego no directiva nos permite inferir que es un proceso adecuado para niños disfuncionales debido a cambios presentados al final de la etapa del tratamiento.

(Experiencia personal)

-El notificar a los padres sobre el padecimiento del niño propiciará gran ayuda, ya que el padre participa activamente en el hogar lo cual se refleja durante las terapias que da por resultado el proceso de cambio tanto en el hogar como en la escuela.

(Macotela, Silvia 1986)

-Los ambientes naturales (Playa, campo), proporcionarán al niño la canalización de energía y el relajamiento adecuado le-

se manifiesta al llegar a un ambiente cerrado (Salón de clases, hogar, etc)

(Margaret Lowenfeld. c.p. Shaefer, O'Connor 1988)

-Para llevar a éxito la terapia de juego son importantes dos factores: Comodidad del terapeuta con los materiales y su disposición para intervenir en el juego cuando sea necesario.

(Shaefer, O'Connor 1988)

-El uso del juego ayuda a que surjan fantasías y en el proceso se puede liberar potencial creativo para la vida y la solución de problemas.

(Crocker, y Wroblewsky. c.p. Shaefer, O'Connor 1988)

BIBLIOGRAFIA

- 1.-Axline, Virginia: (1983), Terapia de Juego. México. Editorial Diana.
(Séptima Impresión)
- 2.-Bender, Lauretta: (1984), Usos y Aplicaciones Clínicas Psicometría y Psico diagnóstica. México Editorial Paidós.
- 3.-Brown, Roger: (1975), Psicología Social. México Editorial Siglo XXI
(Tercera Edición en Español)
- 4.-Clivio, Víctor: (1982), Enciclopedia de la Vida: Enciclopedia Semanal Ilustrada número 23. Páginas 622-625.
- 5.-Cruikshank, William: (1975), El Niño con Daño Cerebral en la Escuela, en el Hogar, en la Comunidad. México Editorial Trillas.
- 6.-Duenas, Jabbeur: (1978), Manual de Neurología Infantil Editorial Fondo Educativo Interamericano S.A.
- 7.-Fabregath, Isabel. Riva Palacio Araceli: (1985). Manual Técnico de Atención Psicológica S.E.P.
- 8.-Freud, Ana: (1980), Psicoanálisis del Jardín de Infantes y la Educación del Niño. Barcelona Buenos Aires - Editorial Paidós.
- 9.-Harvart, Robert: (1982), Educación Física de los Niños con dificultades de Aprendizaje Perceptivo Motor. Buenos Aires Editorial Paidós.
(Primera Edición)
- 10.-Herrera, Blanca: (1987), El Grafismo como apoyo de diagnóstico en el Síndrome de Disfunción Cerebral a Nivel preescolar. Tesis, Licenciatura. Facultad de Psicología, U.N.A.M.
- 11.-Imaz, Eugenio, Alatorre, Antonia (1981) Diccionario de Psicología. México Editorial Fondo de Cultura Económica.
(Décima Tercera Edición)

- 12.-Ingalls, Robert: (1982), Retraso Mental La Nueva Perspectiva. México, Editorial El Manual Moderno S.A.
- 13.-Macetela, Silvia: (1986), Apuntes para la Materia de Educación Especial. U.N.A.M.
- 14.-Martínez Ma. Eugenia: (1988), Manual de Apoyo para las Prácticas de Campo de Educación Especial. U.N.A.M.
- 15.-Newman, Bárbara: (1986), Manual de Psicología Infantil México, Editorial Limusa, S.A. de C.V.

(Tercera Reimpresión)

- 16.-Pisquet, J. Inhelder B: (1981), Psicología del niño. Madrid. Editorial Morata, S.A.
- 17.-Renshaw, Damzens: (1986), El Niño Hiperactivo. México Editorial La Prensa Médica Mexicana, S.A.

(Tercera Reimpresión)

- 18.-Recales, Luis, (1977), Gran Diccionario Enciclopédico Ilustrado. Editorial Selecciones del Reader's Digest Iberia, S.A., de Madrid y Reader's Digest, México S.A. de C.V.
- 19.-Schaefer, Charles. O'Conner Kevin: (1980), Manual de Terapia de Juego. México Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.

- 20.-Sheppard, Patricia: (1988), Programa de Publicaciones de Material Didáctico Educación Especial. U.N.A.M.

- 21.-Velasco, Rafael: (1984), El Niño Hiperquinético, los Síndromes de Disfunción Cerebral. México. Editorial Trillas.

(Cuarta Reimpresión)

- 22.-Warren Howard (1974), Diccionario de Psicología, México Editorial Fondo de Cultura Económico.

(Novena Reimpresión)

- ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- 23.-Manual de diagnóstica y estadísticas de los Trastornos Mentales (DSM III) Es una traducción del inglés (DSM - III) 3a. Edición del original editado y Publicado en - E.U. (1976).

GLOSARIO

ATELECTASIA.-Es el estado de disminución del volumen de tejido pulmonar resultante de la ausencia del aire, de los alveolos del pulmón.

DESOBEDIENCIA PATOLÓGICA.-Falta que comete el que no obedece a quien debe obedecer. Acción y efecto de desobedecer.

DIATESIS HEMORRÁGICA.-Son enfermedades que se caracterizan por dar lugar a la aparición de hemorragias más o menos difusas en la piel o las mucosas de las distintas cavidades naturales pudiéndose originar en forma espontáneas o ser provocados por traumatismos.

DISFORIA.- Estado de molestar e inquietud. Se opone a la euforia.

HIPERQUINESIA.-Estado que se caracteriza por reacciones excesivamente vívidas o inquietud motora)

IMPULSIVIDAD.-Tendencia a actuar sin deliberación o a reaccionar inmediatamente aunque sin reflexión, ante una situación.

INATENCIÓN.-Facilidad con que un individuo se deja desviar de un contenido determinado por estímulos extraños (distracciones)

INCOORDINACIÓN MUSCULAR. (DISPRAXIA).-Falta de equilibrio o armonía en la acción simultánea de grupos de músculos diferentes que normalmente cooperan -

IRRITABILIDAD.-Estado de ánimo caracterizado por ira o mal-humor, la irritabilidad, suele señalarse con frecuencia como característica fundamental - de la materia orgánica, de los nervios, músculos y glándulas.

NEOPLASIAS CEREBRALES.-Son tumeraciones primarias o secundarias y en ésta se incluyen todas las tumores tanto primarios como metastásicos que se --- pueden encontrar en el encefalo, cráneos y - epicrâneos.

OXITOSICOS.- Son medicamentos que se emplean en diferentes indicaciones obstétricas como por ejemplo para la inducción del parto, conducción-induc-- ción de aborto o bien para aumentar la contrac-- tibilidad del útero.

TOXOPLASMOSIS.-Es la parasitosis producida por un protozoo - ris cosmopolita, toxoplasma Gondi que a par-- tir del gato y otros felinos contagian al hom-- bre, otros mamíferos, aves y reptiles que fun-- gen como huéspedes intermediarios. La infec-- ción inaparente en la mayoría de los casos -- adapta cursos clínicos muy variados según la-- edad, la ruta del contagio, la competencia -- inmunológica y la oportunidad del tratamiento

El parásito induce una inmunidad no estéril que puede resultar en la reactivación en -- ocasión de alergia o inmunosupresión.

13.-TRASTORNOS DE APRENDIZAJE.-Son las dificultades que en el aprendizaje se relacionan frecuentemente con deficiencia perceptivas. Visuales o auditivas. En el cual el niño presenta un trastorno en el procesamiento central.