

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

“LOS BENEFICIOS EMOCIONALES DE LA TERAPIA DE JUEGO DE VIRGINIA
M. AXLINE APLICADA A NIÑOS CON DISCAPACIDAD FÍSICA QUE ASISTEN A
FUNDABIEM”.

INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN
PRESENTADO AL HONORABLE CONSEJO DIRECTIVO
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

POR

MÓNICA MARISOL FLORIÁN PÉREZ

PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE

PSICÓLOGA

EN EL GRADO ACADÉMICO DE

LICENCIATURA

GUATEMALA, JUNIO DE 2010

MIEMBROS CONSEJO DIRECTIVO

Licenciada Mirna Marilena Sosa Marroquín
DIRECTORA

Licenciada Blanca Leonor Peralta Yanes
SECRETARIA

Licenciado Luis Mariano Codoñer Castillo
REPRESENTANTE DEL CLAUSTRO DE CATEDRÁTICOS

Jairo Josué Vallecios Palma
**REPRESENTANTE ESTUDIANTIL
ANTE CONSEJO DIRECTIVO**



CC. Control Académico
CIEPs.
Archivo
Reg. 192-2010
CODIPs. 962-2010

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 y 14
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

01 de junio de 2010

Estudiantes

Mónica Marisol Florian Pérez
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiantes:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a ustedes el Punto SEXAGÉSIMO OCTAVO (68º) del Acta DOCE GUIÓN DOS MIL DIEZ (12-2010), de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 25 de mayo de 2010, que copiado literalmente dice:

"SEXAGÉSIMO OCTAVO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el informe Final de Investigación, titulado: "LOS BENEFICIOS EMOCIONALES DE LA TERAPIA DE JUEGO DE VIRGINIA M. AXLINE APLICADA A NIÑOS CON DISCAPACIDAD FÍSICA QUE ASISTEN A FUNDABIEM", de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

MÓNICA MARISOL FLORIAN PÉREZ

CARNÉ No.200214911

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por el Licenciado Luis Alberto Paredes y revisado por la Licenciada Miriam Elizabeth Ponce Ponce. Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación de Tesis, con fines de graduación profesional."

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAR A TODOS"



Licenciada Blanca Leonor Peralta Yanes
SECRETARIA

Nelveth S.



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO - CUM.
9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"
Tel. 24187530 Telefax 24187543
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

CIEPs 192-10
REG 229-07
REG 074-07

INFORME FINAL

Guatemala, 20 de Mayo 2010

SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO

Me dirijo a ustedes para informarles que la Licenciada Miriam Elizabeth Ponce Ponce ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN** titulado:

"LOS BENEFICIOS EMOCIONALES DE LA TERAPIA DE JUEGO DE VIRGINIA M. AXLINE APLICADA A NIÑOS CON DISCAPACIDAD FÍSICA QUE ASISTEN A FUNDABIEM".


ESTUDIANTE:
Mónica Marisol Florian Pérez

CARNÉ No:
2002-14911

CARRERA: Licenciatura en Psicología

El cual fue aprobado por la Coordinación de este Centro el día 11 de Mayo 2010, y se recibieron documentos originales completos 19 de Mayo 2010, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes para obtener **ORDEN DE IMPRESIÓN**.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Licenciada Mayra Frine Luna de Alvarez
COORDINADORA

Centro de Investigaciones en Psicología-CIEPs. "Mayra Gutiérrez"

cc archivo
Arelis





ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"

Tel. 24187530 Telefax 24187543

e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

CIEPs 191-10
REG: 229-07
REG: 074-07

Guatemala, 20 de Mayo 2010

Licenciada Mayra Frine Luna de Álvarez, Coordinadora
Centro de Investigaciones en Psicología
-CIEPs.- "Mayra Gutiérrez"
Escuela de Ciencias Psicológicas

Licenciada Luna:

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he procedido a la revisión del
INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN, titulado:

**"LOS BENEFICIOS EMOCIONALES DE LA TERAPIA DE JUEGO DE VIRGINIA M.
AXLINE APLICADA A NIÑOS CON DISCAPACIDAD FÍSICA QUE ASISTEN A
FUNDABIEM."**

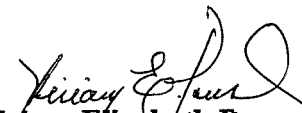
ESTUDIANTE:
Mónica Marisol Florian Pérez

CARNE
2002-14911

CARRERA: Licenciatura en Psicología

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de
Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE** el día 15 de Abril
2010 por lo que solicito continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,
"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Licenciada **Miriam Elizabeth Ponce Ponce**
DOCENTE REVISOR

/Arelis.
c.c. Archivo



Guatemala, 30 de julio de 2,009

Licenciada Mayra Luna de Álvarez, Coordinadora
Centro de Investigaciones en Psicología
-CIEPs.- "Mayra Gutierrez"

Licenciada de Álvarez:

Informo a usted que realicé la asesoría del **INFORME FINAL**, titulado:

**"LOS BENEFICIOS EMOCIONALES DE LA TERAPIA DE JUEGO DE VIRGINIA
M. AXLINE APLICADA A NIÑOS CON DISCAPACIDAD FÍSICA QUE ASISTEN A
FUNDABIEM**

ESTUDIANTE:

CARNÉ:

Mónica Marisol Florian Pérez

200214911

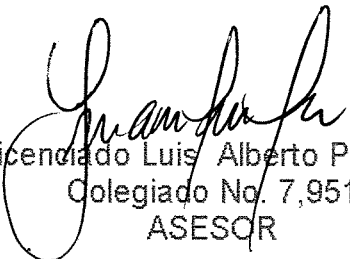
CARRERA: Licenciatura en Psicología

REVISOR (A): Licenciada Miriam Elizabeth Ponce Ponce

Considerando que el mismo cumple con los requerimientos establecidos por el Centro de Investigaciones, lo **APRUEBO**.

Agradeciendo la atención a la presente.

Atentamente,


Licenciado Luis Alberto Paredes
Colegiado No. 7,951
ASESOR



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 y 14
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

REG.229-07

CIEPs. 034-08

APROBACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Guatemala, 11 de Marzo del 2008..

ESTUDIANTE:
Mónica Marisol Florian Pérez

CARNÉ No.
200214911

Informamos a usted que el **PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**, de la Carrera de Licenciatura en Psicología, titulado:

“LOS BENEFICIOS EMOCIONALES DE LA TERAPIA DE JUEGO DE VIRGINIA M. AXLINE APLICADA A NIÑOS CON DISCAPACIDAD FÍSICA QUE ASISTEN A FUNDACIÓN PEDIÁTRICA GUATEMALTECA”

ASESORADO POR: Licenciado Luis Alberto Paredes

Por considerar que reúne los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología –CIEPs.-, ha sido **APROBADO** por la Coordinación de Investigaciones, el 3 de marzo del año dos mil ocho y le solicitamos iniciar la fase de Informe Final de Investigación.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


Licenciada Miryam Elizabeth Ponce Ponce

DOCENTE REVISORA



X Vo.Bo. 
Licenciada Mayra Luna de Álvarez, Coordinadora
Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs. "Mayra Guzmán"



ESTM/ab
c.c. archivo



FUNDABIEM

Fundación Pro-bienestar del Minusválido
Guatemala, C. A.

Guatemala 29 de junio de 2009

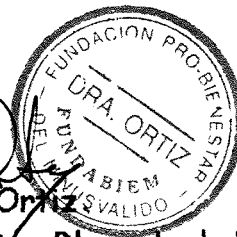
Licda. Mayra Luna de Álvarez
Coordinadora de Investigación en Psicología
CIEPS "Mayra Gutiérrez"
Escuela de Ciencias Psicológicas
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente.

Respetuosamente enviamos un cordial saludo deseando éxitos en sus labores docentes.

Con la presente informamos a usted que la Srita: **Mónica Marisol Florián Pérez** con No. de carné 200214911 estudiante de la prestigiosa Universidad de San Carlos de Guatemala, facultad de ciencias Psicológicas realizó su proyecto de investigación de tesis titulado: **"LOS BENEFICIOS EMOCIONALES DE LA TERAPIA DE JUEGO DE VIRGINIA M. AXLINE APLICADA A NIÑOS CON DISCAPACIDAD FÍSICA"** en las instalaciones de FUNDABIEM.

Dio inicio de febrero a junio del presente año, la cual culminó satisfactoriamente.

Atentamente,



Vo.Bo. Dra. Silvia Ortiz
Directora del Centro Blanca L. de Eggenberger
FUNDABIEM Guatemala.
Tel. 2382-4343 Dra. Silvia Ortiz de Figueroa
MEDICO Y CIRUJANO
Colegiado 8009

Licda Patricia de Polanco
Licenciada en Psicología
FUNDABIEM Guatemala.
Psicología
C.R.B.L.E. FUNDABIEM



Km. 18.5 Carretera Panamericana, Mixco Guatemala, PBX: 2382-4343
FAX: 2382-4329 • e-mail: fundabiem@fundabiem.org site:www.fundabiem.org

MADRINA

Marilyn Michelle Florián Dardón
Licenciada en Psicología
Colegiada: 1,999

DEDICATORIA

A DIOS:

Por estar siempre conmigo, por darme sabiduría, fortaleza y paciencia para alcanzar cada una de mis metas.

A MIS PADRES:

Olga Pérez Del Cid e Isael Florián por ser los mejores padres que Dios pudo darme, gracias por su amor y apoyo incondicional.

A MIS HERMANOS:

Eva, Isael, Tysbee, Merari y Melanie gracias por estar siempre conmigo, apoyándome en todo momento, los quiero mucho.

A MI SOBRINITA:

Brittany porque vino a llenar mi vida de alegría.

A MI TÍA:

María Del Cid gracias por su cariño y apoyo en los momentos más difíciles.

A MIS MEJORES AMIGOS:

Coco, Bruno y colocho por ser mi compañía y por darme muchos momentos de alegría.

AGRADECIMIENTOS

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA:

Por abrirme sus puertas y darme la oportunidad de alcanzar una de mis metas.

A MI PRIMA:

Marilyn Florián por su apoyo incondicional y por ser mi compañera de estudios.

A LICENCIADO LUIS ALBERTO PAREDES:

Por su asesoría gracias.

A FUNDABIEM:

Fundación Pro-bienestar del minusválido

Por abrirme sus puertas y brindarme la oportunidad de realizar mi proyecto de tesis en sus instalaciones.

A PADRES Y MADRES DE FAMILIA:

Por participar en la realización del proyecto y darme la oportunidad de conocer y compartir con sus hijos.

A LOS NIÑOS Y NIÑAS QUE ASISTEN A FUNDABIEM:

Gracias por ser parte importante de este proyecto.

A LICENCIADA PATRICIA DE POLANCO:

Por compartir sus conocimientos y su apoyo.

A DRA. SILVIA ORTIZ:

Por darme la oportunidad de realizar mi proyecto de investigación en Fundabiem.

ÍNDICE

PRÓLOGO

CAPITULO I INTRODUCCIÓN

1.1 INTRODUCCIÓN.....	2
1.2 MARCO TEÓRICO.....	5
1.3 SUPUESTO HIPOTÉTICO.....	13

CAPITULO II TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y PROCEDIMIENTOS

2.1 Descripción de la Muestra.....	14
2.2 Estrategia Metodológica.....	14
2.3 Técnicas y Procedimientos de Trabajo.....	15
2.4 Instrumentos y Recolección de Datos.....	17
2.5 Técnica de Análisis Estadístico.....	18

CAPITULO III

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

3.1 Presentación.....	19
3.2 Resultados obtenidos antes de la Terapia de Juego.....	19
3.3 Resultados obtenidos después de la Terapia de Juego.....	25
3.4 Análisis Global.....	32

CAPITULO IV CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 Conclusiones.....	35
4.2 Recomendaciones.....	37

BIBLIOGRAFÍA.....	38
-------------------	----

ANEXOS.....	40
-------------	----

RESUMEN

PRÓLOGO

La discapacidad es la consecuencia de una o más deficiencias físicas y/o emocionales, que limitan a una persona realizar acciones que se espera, según su edad y entorno. Estas limitaciones en algunos casos traen consecuencias de invalidez, dependencia y pueden contribuir a perpetuar la visión que la propia persona con discapacidad física tiene sobre su sensación de inferioridad.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) existe un 10% de personas con algún tipo de discapacidad. En el caso de Guatemala donde la pobreza toca a una gran mayoría de la población podría subir hasta un 17%. Considerando que la discapacidad afecta a familiares, amigos y a la comunidad, las repercusiones de la misma impactan a más del 25% de la población según los datos obtenidos a través del Perfil Nacional para el Abordaje de la Discapacidad (CONADI) Guatemala. Las causas de la discapacidad en Guatemala están relacionadas con deficiencias nutricionales, enfermedades infecciosas, parásitos, problemas vinculados con el desarrollo de feto, esto debe a que la mayoría de las mujeres no llevan un control durante el embarazo, sobre todo en el interior del país en donde se registran la mayoría de los casos de discapacidad, otro factor importante es la atención durante el parto.

Por los problemas sociales a los que se enfrentan las personas con discapacidad física, a veces tienen dificultad hacia ciertas actividades consideradas por otras personas como totalmente normales. Por ejemplo: viajar en transporte público, subir escaleras, bañarse, comer y trasladarse de un lugar a otro. Sin embargo, el mayor reto ha sido convencer a la sociedad de que no son una clase aparte, que debe ser ignorada, denigrada e incluso ocultada en instituciones. La Terapia de Juego de Virginia M. Axline como tratamiento, es una acción terapéutica que puede beneficiar al niño con discapacidad física para experimentar crecimiento bajo las condiciones más favorables, ya que el juego constituye su medio natural de autoexpresión.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

En Guatemala el 3.7% de la población en general son discapacitados según la encuesta realizada por el Banco de Desarrollo Internacional en el año 2005. El propósito estuvo enfocado en la evolución del estatus de las estadísticas sobre discapacidad en cada país durante los últimos dos años.

Entenderemos por discapacidad como las *“deficiencias de las funciones y/o estructuras corporales, limitaciones en actividad y restricciones en la participación, indicando los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una “condición de salud”) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales)”*¹ esto crea dificultades para llevar a cabo actividades cotidianas como actividades domésticas e incluso necesitan ayuda para su aseo personal, lo que provoca en el individuo dependencia, invalidez y sentimientos de inferioridad.

La discapacidad física que se presenta con más frecuencia es la parálisis cerebral; entre ellas están las cuadriplejías y diplejías espásticas o hemiplejías y atetosis provocando en el individuo una movilidad limitada, dificultad para el desplazamiento, requiriendo de apoyos especiales tales como: aparatos ortopédicos, bastón, muletas, andadera o silla de ruedas y prótesis.

En muchos casos, la identificación de la discapacidad motora se realiza cuando el niño llega a los 18 meses de edad, cuando debería de caminar. Es en esa etapa del desarrollo cuando los padres observan posturas anormales en el niño y los signos consisten principalmente en el retardo de desarrollo motor que se asocia con afecciones de lenguaje, de la visión y audición con diferentes tipos de alteraciones de la percepción, cierto grado de retardo mental y epilepsia.

¹ Perfil Nacional para el Abordaje de la Discapacidad (CONADI), Guatemala, julio 1999. pp. 72
www.monofrafia.com/trabajos5/autoes/autoes/.shtml-110k

El tratamiento que se le brinda al niño con discapacidad física incluye la fisioterapia que consiste en dar masajes a las áreas afectadas, hidroterapia que son ejercicios en el agua y mecanoterapia donde se utilizan ciertos aparatos para corregir posturas y ejercitar el área afectada.

En pocas instituciones proporcionan tratamientos especializados como terapia psicológica individual a niños con discapacidad física y no cuentan con los aparatos e instalaciones adecuadas para brindarle a la población un tratamiento psicoterapéutico, es por eso que en esta investigación titulada los beneficios emocionales de la terapia de juego de Virginia M. Axline aplicada a niños con discapacidad física que asisten a Fundabiem, centró su interés en brindar atención psicológica estableciendo un ambiente de confianza con el niño, enriqueciendo las habilidades de comunicación a través de la terapia de juego y utilizando técnicas como la observación cuya función fue reconocer los sentimientos, actitudes habilidades y destrezas en el niño. Se utilizó también una guía para recolectar datos personales (anamnesis), una hoja de evolución en donde se describieron las conductas, sentimientos y actitudes del niño durante cada terapia y un cuestionario de habilidades sociales para verificar los cambios observados durante el proceso terapéutico.

Un niño con discapacidad física se enfrenta al rechazo de su entorno social, a las limitaciones de espacio y oportunidades, dificultad para hacer amigos y participar en actividades recreativas, esto se debe a la sobreprotección de los padres y madres de familia que en su afán de proteger, aíslan al niño por el temor a que salgan lastimados. Otro factor es el económico ya que para trasladarse de un lugar a otro tienen que pagar taxi y hay niños que ni siquiera tienen una silla de ruedas, esto causa en el niño una baja autoestima, dificultad para relacionarse con otras personas, aumento de los niveles de agresividad, frustración y temores afectando su estado emocional y conducta en general.

Utilizando la terapia de juego como medio de expresión de sentimientos y pensamientos se benefició el área socioafectiva del menor siendo una de las ventajas que proporciona esta técnica y en lo personal me permitió interactuar con la población conociendo a fondo las dificultades a las que se enfrenta diariamente el discapacitado físico.

MARCO TEÓRICO

En término global la discapacidad abarca los problemas de un individuo en las funciones o estructuras corporales, las dificultades en el desempeño o realización de actividades y al involucrarse en situaciones vitales. *“La movilidad limitada es la que presenta una persona a causa de una secuela, manifiesta alteraciones generales o específicas, dificulta el desplazamiento de las personas, haciéndolo lento y difícil, algunas veces no es visible y en otras se requiere de apoyos especiales tales como: aparatos ortopédicos, bastón, muletas, andadera o silla de ruedas, ortesis o prótesis”.*²

Los niños en situación de discapacidad motora, presentan encefalopatías no progresivas, que pueden tener su comienzo antes del parto o durante él, o en la infancia temprana, y que obstaculiza o impide el desarrollo motor normal. Tienen una serie de características físicas, derivadas directa o indirectamente de su alteración neurológica. Logran ciertas habilidades motrices en forma más lenta y/o distorsionada e incluso es posible que no las adquieran. Además pueden tener otras alteraciones del Sistema Nervioso Central que originen convulsiones, comprometan sus sentidos especiales, su capacidad de aprendizaje y razonamiento, su conducta y sus relaciones interpersonales. Algunas de las características del desarrollo de estos niños, son susceptibles de “mejoría” o progreso y pueden llegar a ser superadas, si se dispone de todos los medios, recursos y apoyos adecuados. Este impedimento motor central se asocia con frecuencia con afectación de lenguaje, de la visión y de la audición, con diferentes tipos de alteraciones, de la percepción, cierto grado de retardo mental y/o epilepsia.

Existen varios tipos de discapacidades motoras como: espina bífida, traumatismo cráneo-encefálico, parálisis cerebral, distrofia muscular, artritis crónica juvenil, lesión medular y amputaciones. La que se da con más frecuencia es la parálisis cerebral a medida que el niño se torna más activo, van instalándose posturas y movimientos anormales, que cambian según las adapte a sus actividades funcionales.

² Situación actual de la educación especial en Guatemala (CONADI), año 2005. Pp. 89

El diagnóstico del niño con discapacidad motora es muy difícil en lactantes menores de 4 meses e inclusive en los de 6 meses, si el problema es leve. Los signos consisten principalmente en retardo del desarrollo motor y persistencia de reacciones primitivas. En los casos más leves a veces el diagnóstico se hace a los 18 meses cuando el niño debería caminar.

Su causa **antes del nacimiento**: deficiente desarrollo de las células cerebrales. Patológicos en la madre (convulsiones, enfermedades de riñones, incompatibilidad de factor RH, rubeola, desnutrición, cigarrillo, alcohol y otras drogas). **Después del nacimiento**: parto prematuro, uso de fórceps, dificultad del parto (mayor duración, “anoxia”). **Durante la infancia**: infecciones de la infancia acompañadas de temperaturas altas (meningitis), falta de oxigenación (ahogamiento), traumatismo craneoencefálico (accidentes), golpes (niño maltratado), envenenamiento (con plomo).

Existen diferentes tipos de parálisis cerebral que se clasifican de acuerdo a tres factores (tono postural, tipo de alteración de la intervención recíproca y distribución de la discapacidad).

Una comprensión de todos estos factores, nos llevará no sólo a una mejor comprensión de la naturaleza del impedimento de estos niños, sino que también formará la base para una orientación racional, del tratamiento y del manejo.

Cuadriplejía: Se encuentra afectado todo su cuerpo, presentando movimientos involuntarios (asimetría), alteraciones de postura, movimiento, cuando es espástico se presenta rigidez y tensión muscular. Habitualmente los niños presentan dificultad en la alimentación y ciertos compromisos de lenguaje y de articulación de la palabra. **Diplejía**: es también, el compromiso de la totalidad del cuerpo, pero la mitad inferior se encuentra más afectada que la superior. El control de la cabeza, de los brazos y de las manos está por lo general poco afectado y la palabra hablada puede ser normal, no obstante no es excepcional la presencia de estrabismo.

A veces la parte superior se encuentra tan levemente comprometida que se diagnóstica paraplejía cerebral. **Hemiplejía:** es el compromiso de un solo lado.

Una persona con discapacidad física tiene dificultad para adaptarse al medio ya que éste no le proporciona un espacio digno donde sus derechos sean respetados y le brinde las oportunidades de desarrollo que faciliten su integración a la sociedad.

Si prestamos atención a los edificios o instituciones, estos no cuentan con instalaciones apropiadas para que una persona con discapacidad física pueda manejarse dentro de ellas sin tener que preocuparse por su seguridad, esto forma parte de una sociedad que carece del conocimiento o ignora una problemática que requiere de atención.

El ser humano atraviesa por un proceso de socialización en donde el sujeto aprende conocimientos específicos, desarrolla sus potencialidades y habilidades para que tenga una participación adecuada en la vida social y se adapta a las normas y reglas de comportamiento de su sociedad. *“un proceso que resulta de aceptar las pautas de comportamiento social y de adaptarse a ellas. Este desarrollo se observa no sólo en las distintas etapas entre la infancia y la vejez, sino también en personas que cambian de una cultura a otra, o de un status social a otro, o de una ocupación a otra”*³. Esto quiere decir que el sujeto de se debe adaptar al medio en el que se encuentra.

Para una persona con discapacidad física este proceso le resulta un poco difícil sino cuenta con la ayuda necesaria que le pueda dar las herramientas para desenvolverse adecuadamente.

Los niños con discapacidades suelen tener más problemas para construir un autoconcepto adecuado. *“El niño con necesidades educativas especiales puede infravalorarse al enfrentarse diariamente con algunas dificultades. Este riesgo aumenta*

³ Caruso, Igor A. NARCISISMO Y SOCIALIZACIÓN, 1era. Ed., 1987, Siglo XXI. Pp.96

si las personas más significativas para el niño como los padres, profesores o compañeros niegan la existencia de la necesidad especial y le exigen igual que si no la tuviera. Su autoestima mejorará cuando se le ayude a aceptar su discapacidad y a realizar los esfuerzos necesarios para compensar aquello que más le cuesta".⁴ Es importante evaluar la capacidad de afrontamiento de cada niño y ayudarlo a plantear metas realistas que pueda conseguir de forma independiente.

La autoestima es el concepto que tenemos de nosotros mismos, de conocernos y aceptarnos con nuestras virtudes y defectos, de conocer nuestras habilidades y capacidades para desarrollar diversas tareas. Una buena autoestima es considerada la clave para la formación personal. El relacionarse con otras personas satisfactoriamente, se siente valiosa y competente. Una persona con baja autoestima es tímida, poco creativa, no cree en sus habilidades y es autocrítica.

"La autoestima resulta de la interrelación entre el temperamento del niño (genéticamente determinado) y el ambiente en el que éste se desenvuelve. Se construye a través de un proceso de asimilación e interiorización desde el nacimiento, que puede modificarse a lo largo de la vida. Viene dada por la imagen que los otros nos ofrecen de nosotros mismos y de la autovaloración que nosotros tengamos (estos dos aspectos se relacionan entre sí). La etapa desde el nacimiento a la pubertad es la que generalmente marca la autoestima global que tendremos, porque es en este periodo cuando somos más vulnerables y maleables".⁵ Los vínculos afectos que los niños forman con otras personas influye en su desarrollo y los ayuda a fortalecer las relaciones con los otros.

En la conformación de la autoestima, influyen factores de diversos tipos: personales que se refiere a la imagen corporal, habilidades físicas e intelectuales, personas significativas que son los padres, hermanos, amigos y otras figuras de apego y factores sociales como son los valores, creencias y cultura, mientras más

⁴ www.la discapacidad.com/laautoestima/laautoestima.php

⁵ Ídem

importante sea una persona para él, mayor valor tendrá su opinión y mayor será la influencia en la percepción que el sujeto se va formando de sí mismo.

Para tener una buena Autoestima existen cuatro condiciones: seguridad y singularidad, sentido de competencia, sentido de pertenencia, sentido de motivación y finalidad.

La terapia de juego le da la oportunidad de expresarse libremente en un ambiente diferente, en donde ellos deciden lo que quieren hacer sin sentirse presionados o inhibidos. También pueden aprender nuevas formas de comportamiento que les ayude a integrarse a su ambiente y mejorar sus relaciones con otros.

Según **Virginia Axline** *“la terapia de juego se basa en el hecho de que el juego es el medio natural de auto expresión que utiliza el niño. Es una oportunidad que se le da para que exprese sus sentimientos y problemas por medio del juego, de la misma manera que un individuo puede verbalizar sus dificultades. Puede ser directiva, es decir en la cual el terapeuta asume la responsabilidad de guiar e interpretar, o bien puede ser no directiva, el terapeuta deja que sea el niño el responsable e indique el camino”*.⁶ Esto quiere decir que el niño decide lo que quiere hacer sin forzarlo a tomar una decisión o influir en el juego.

Se basa en la suposición de que cada individuo lleva dentro de sí mismo, sino la habilidad para resolver sus propios problemas de una manera efectiva y lograr un crecimiento que le permita hacer cambios positivos en su conducta.

Erickson (1950) nos dice que el juego es una función del yo, un intento de sincronizar los procesos corporales y sociales con el sí mismo”. El juego tiene una función de comunicación. Es a través del juego que se ayuda a los niños a expresarse y posteriormente a resolver sus trastornos emocionales, conflictos, o traumas. Y además promover el crecimiento y el desarrollo integral, tanto en lo cognitivo como en las interacciones con sus semejantes de manera apropiada.

⁶ Axline, Op. Cit. Pp. 18, 19, 20, 25.

“Las funciones biológicas de la terapia es de aprender habilidades básicas, aprender a relajarse liberando energía excesiva y estimulación cinestésica (ejercicios). A nivel intrapersonal el deseo de funcionar, dominio de situaciones, exploración, iniciativa, comprensión de las funciones de la mente, cuerpo y mundo, desarrollo cognitivo, dominio de conflictos, satisfacción de simbolismos y deseos interpersonales, desarrollo de habilidades sociales, separación – individuación y socioculturales como la imitación de papeles deseados (en base a modelos que presentan los adultos que lo rodean)”.⁷ Esto quiere decir que el se le permita al niño actuar sus sentimientos y pensamientos a través del juego.

En la terapia de juego evaluamos las defensas del niño, la capacidad para tolerar la frustración, el nivel de desarrollo del superyó (el hacer trampitas), sus fantasías y emociones, sus inquietudes y temores, sus habilidades especiales y dificultades, comportamiento en general, niveles de dependencia – independencia, niveles de agresividad, rivalidad fraterna, cómo hacer frente a la competencia niveles de ansiedad y el proceso del juego, qué es lo que intenta resolver.

La terapia de juego como tratamiento es una técnica excelente para los niños con discapacidad física. El terapeuta amigable, tolerante que no juzga el reconocimiento y reflexión de sentimientos.

Los niños con discapacidad física manifiestan problemas emocionales que dificultan el proceso de adaptabilidad social. Utilizando la terapia de juego se le dio al niño la oportunidad de expresar sus sentimientos y problemas a través del juego siendo el medio natural de autoexpresión en donde el infante exteriorizó sus temores, angustias, fantasías, deseos, sentimientos y pensamientos que le ayudaron a mejorar su autoestima y a ser parte activa dentro de la sociedad.

Por largo tiempo se ha sabido que las incapacidades físicas imponen cargas psicológicas sobre los niños y sus familias. Los niños minusválidos o con capacidades diferentes deben enfrentarse a tensiones que surgen de

⁷ Álvarez Rocío. Terapia de Juego II. Ecuador, 2003. PP. 12
www.medicosecuador.com/rocio_álvarez/articulos/terapia_de_juego2.htm

hospitalizaciones frecuentes, la incomodidad de sus familiares y sus amigos por su condición y distorsiones en la imagen corporal.

Además, existen las restricciones reales impuestas por la incapacidad particular, así como el rango común de problemas psicológicos potenciales independientes de la incapacidad. Por ello no es sorprendente que los niños minusválidos con frecuencia se beneficien con el tratamiento psicológico.

La terapia de juego, modificada para cubrir las necesidades individuales del paciente minusválido tiene un gran potencial como método para ayudar al niño a enfrentarse a los problemas provocados por su incapacidad como con las dificultades independientes de ello. Aunque no es la única clase de terapia con la que se puede beneficiar, *“la terapia de juego puede ser valiosa para los niños minusválidos porque incluye una relación positiva y de aceptación entre el terapeuta y el paciente, porque permite la autonomía de este último porque enfatiza la reflexión de sentimientos. Todos estos factores hacen a la terapia de juego particularmente adecuada para su utilización con los minusválidos”*.⁸ Esta reflexión de sentimientos es la que permite al niño a resolver sus conflictos internos.

Axline (1947), informa el caso de un niño de seis años con garganta estrecha. Durante la terapia, el niño aprendió en forma gradual a enfrentar el rechazo de su madre, a considerar a su familia adoptiva como propia y abandonar los biberones y los tubos para alimentación que ya no los necesitaba para comer. La terapia de juego funciona, simplemente hay que darle la oportunidad al menor a que exteriorice cada sentimiento lo reconozca y aprenda a manejarlo positivamente.

La terapia de juego también se ha utilizado satisfactoriamente con niños que padecen limitaciones físicas graves. Salomón y Garnier (1978) discuten el tratamiento de *“un niño de cuatro años de inteligencia y habilidad verbal normales, pero con*

⁸ Chaefer, Charles E. y Oconnor J. Kevin, MANUAL DE TERAPIA DE JUEGO. Editorial El manual moderno, México, 1998. Pp. 489.

una incapacidad física que impedía su manipulación de los materiales de juego excepto los más pequeños y ligeros.

La habilidad del para comunicarse con el terapeuta y la utilización de experiencias positivas le permitieron participar por completo en la terapia, aunque no se podía mover por el salón de juegos o tomar la mayor parte de los juguetes que había allí.

Durante la terapia el niño mostró de forma gradual mayor independencia y cada vez más, pedía la oportunidad de hacer las cosas por sí mismo. También se volvió más libre para discutir su molestia por estas restricciones físicas y su temor por los frecuentes procedimientos del hospital a los que estaba sujeto”.⁹ Se puede observar que el niño con discapacidad física es capaz de realizar las diferentes actividades y perder el temor de experimentar cosas nuevas, también a darse cuenta que puede lograr muchas cosas y a no darse por vencido.

⁹ Chaefer y Oconnor Op. Cit. Pp, 421

SUPUESTO HIPOTÉTICO

El niño con discapacidad física atraviesa por varios procesos mentales que ponen en riesgo su salud mental, es por eso que se considera la terapia de juego de Virginia M. Axline como la técnica más útil que aporta beneficios en el área socioafectiva del menor.

Categorías de Análisis

Procesos mentales

Son los datos y percepciones que nos proporcionan nuestros sentidos, son procesados por nuestro cerebro a través de tres operaciones básicas: por generalización, por diferencia o por selección.

Salud mental

La salud mental es como pensamos, sentimos y actuamos cuando lidiamos con la vida. También ayuda a determinar cómo manejamos el estrés, nos relacionamos con otras personas y tomamos decisiones. Al igual que la salud física, la salud mental es importante en todas las etapas de la vida, desde la niñez y la adolescencia hasta la edad adulta.

Área socioafectiva

Conjunto de habilidades de interacción social que se construyen a partir de las experiencias de vida durante el proceso de socialización primaria y secundaria, manifestando así sus emociones, sentimientos y pasiones inclinados al trato con otras personas.

CAPITULO II

TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y PROCEDIMIENTOS

Descripción de la muestra

La investigación se realizó en las instalaciones de Fundabiem Guatemala, institución que vela por el bienestar de las personas que sufren de alguna discapacidad física. La población que atiende es niños, adolescentes y adultos de todas las edades y la mayoría de ellos son del interior del país, siendo quienes presentan un índice más alto de discapacidad, estos se presentan para recibir su tratamiento médico, fisioterapia, terapia de lenguaje, hidroterapia, mecanoterapia y terapia ocupacional. El muestreo con el que se trabajó fue de tipo intencional porque es un grupo seleccionado de 7 participantes de sexo femenino y masculino de 5 a 8 años de edad que presentan dificultad de adaptación en los diferentes ambientes y se caracterizan por ser niños que presentan una baja autoestima, ansiedad, agresividad, negativismo, dificultad para expresar adecuadamente sus sentimientos y emociones, muy dependientes, niños que han sido aislados de actividades recreativas y que tenían poca o ninguna relación con otras personas fuera de su núcleo familiar. A estos niños se les brindaron 12 terapias psicológicas individuales.

Estrategia Metodológica

El trabajo de campo se dividió en las siguientes etapas:

Etapas 1 Búsqueda de la institución

En noviembre del año 2,007 se inició llamando a Fundabiem para concertar una cita con la directora del centro Blanca L. De Eggenberger. Después asistí a la entrevista con la Dra. Silvia Ortiz quien autorizó el permiso para poder realizar la investigación de campo. Luego fui entrevistada por la coordinadora del departamento de psicología para integrarme al equipo interdisciplinario de dicha institución.

Etapa 2 Observación

En enero del 2,008 se inició la selección de la población con la que se trabajó. Dándoles a conocer a los padres, madres de familia y niños acerca de la terapia de juego, los objetivos de la misma para hacerlos parte de este proyecto y comprometiéndose en asistir a las terapias.

Etapa 3 Inicio del trabajo de campo

Se inició con el trabajo de campo en el mes de febrero del 2,009 brindándoles atención psicológica a través de la técnica de terapia de juego a niños y niñas que presentaron discapacidad física. Entrevistando primero a los padres, recopilando datos generales, historial clínico, familiar y escolar del menor. También se aplicó el cuestionario de habilidades de interacción social.

Técnicas y procedimientos de trabajo

Terapia de juego Individual:

El juego es el medio que utiliza el niño para comunicar sus sentimientos, pensamientos e inquietudes, agresión, inseguridades, frustración y confusión. Se procedió atendiendo a cada niño en un periodo de treinta minutos porque recibían otras terapias y se cansaban con mayor facilidad, asistiendo una o dos veces por semana, esto dependiendo del tiempo disponible de los padres y respetando el horario de sus otras terapias, ofreciéndoles doce terapias psicológicas a cada niño utilizando como técnica la terapia de juego en donde se evaluaron las defensas del niño, la capacidad para tolerar la frustración, el nivel de desarrollo del superyó (o conciencia moral), sus fantasías y emociones, sus inquietudes y temores, sus habilidades especiales y dificultades, comportamiento en general, niveles de dependencia – independencia, niveles de agresividad, rivalidad fraterna, cómo hace frente a la competencia, niveles de ansiedad y el proceso del juego qué es lo que intenta resolver.

Se le concedió al niño los juguetes y su libre manejo porque cuando el niño juega libremente y sin dirección está expresando su personalidad, está experimentando un periodo de pensamiento y acción independiente y está liberando aquellos sentimientos y actitudes que han estado luchando por salir al descubierto.

La terapia de juego ayudó al niño a enfrentarse tanto a los problemas provocados por su discapacidad como las dificultades independientes de ello y fue valiosa porque incluye una relación positiva y de aceptación entre el terapeuta y el paciente, permitiendo la autonomía a este último y porque enfatiza la reflexión de sentimientos.

La **observación** es una técnica que se utilizó dentro de la terapia de juego, su principal ventaja es que ofrece información directa de la conducta del sujeto siendo más natural, espontánea y variada. Se trabajó con los niños y niñas anotando en la guía de observación (ver anexo 4) y hoja de evolución (ver anexo 5) durante cada terapia las actitudes y conductas de los menores para evidenciar su evolución durante el proceso terapéutico.

Al inicio de la terapia psicológica se observaron conductas negativas como: ansiedad, desconfianza, unos niños casi no hablaban otros hacían berrinches, mostraban miedo cuando la madre o encargado no estaba cerca, temor de quedarse solos con extraños, temor a los ruidos fuertes, tímidos y desesperados. También mostraban poca colaboración en el cuarto de juego, no seguían instrucciones y eran un poco agresivos ya que tiraban los juguetes. Estas conductas se observaron durante las primeras dos terapias.

Después de la tercera terapia se observaron cambios en la conducta en general de cada niño, mostrando mayor confianza, seguridad, el temor disminuyó pidiendo ellos mismos que se cerrara la puerta de la clínica para poder jugar con mayor libertad, los niveles de agresividad también se redujeron, mostraron mayor confianza en si mismos y tomaban la iniciativa en el juego lo que al inicio no se observó.

Otra técnica utilizada dentro de la terapia de juego fue **la entrevista** cuyo propósito fue conseguir información del entrevistado y es una herramienta básica para evaluar la personalidad y obtener información acerca de la vida personal del sujeto.

Esta técnica se aplicó a los padres y madres de familia o encargados de los niños que asistieron a la terapia de juego. Recopilando información como los datos generales del paciente (ficha clínica ver anexo 2), historia clínica, historia familiar, historia escolar si el menor asistía a la escuela e información de las relaciones interpersonales, vida cotidiana del paciente (anamnesis ver anexo 3) y en donde los padres y madres de familia expusieron sus temores, dudas y ansiedades referente a la condición física de sus hijos. También fue utilizada en los niños para recopilar información referente a sus inquietudes, miedos, deseos, sueños, fantasías, sentimientos y pensamientos.

Instrumentos de recolección de datos

Cuestionario de habilidades de interacción social:

Contiene varios ítems que corresponden a cinco subescalas : 1) habilidades relacionadas con emociones y sentimientos, 2) habilidades para hacer amigos y amigas, 3) interés a grupos sociales, 4) habilidades para mejorar sus relaciones interpersonales y 5) habilidades de comunicación. Este instrumento se aplicó en la primera terapia y luego al final del proceso terapéutico (Ver anexo 1).

Ficha clínica:

Se utilizó para llevar el registro de datos generales de los pacientes que asistieron a terapia. Esta se llenó en la primera cita (Ver anexo 2).

Anamnesis:

Se llenó en las primeras dos sesiones con los padres de familia, su finalidad fue de recabar información acerca del historial clínico e historia personal (prenatal, perinatal y postnatal) del niño a evaluar.

La información que aportó este instrumento permitió a la vez evaluar el proceso evolutivo del niño durante su desarrollo (Ver anexo 3).

Guía de observación:

Sirvió para anotar la variedad de conductas del sujeto y determinó la influencia que el ambiente tiene en su comportamiento, se utilizó desde el inicio, hasta finalizar cada terapia. Su finalidad fue evaluar la conducta del niño durante la terapia (Ver anexo 4).

Hoja de evolución:

Consiste en una hoja en donde se anotó la evolución del paciente durante el proceso terapéutico y se utilizó al final de cada sesión terapéutica (Ver anexo 5).

Hoja de control de pacientes:

Consiste en anotar el número, nombre, edad, sexo, diagnóstico y tratamiento de los pacientes que asistieron a terapia y esta se llenó al final de cada sesión terapéutica (Ver anexo 6).

Técnica de Análisis Estadístico

Se utilizó el análisis cualitativo basado en métodos de recopilación, organización e interpretación de la información obtenida y representación gráfica.

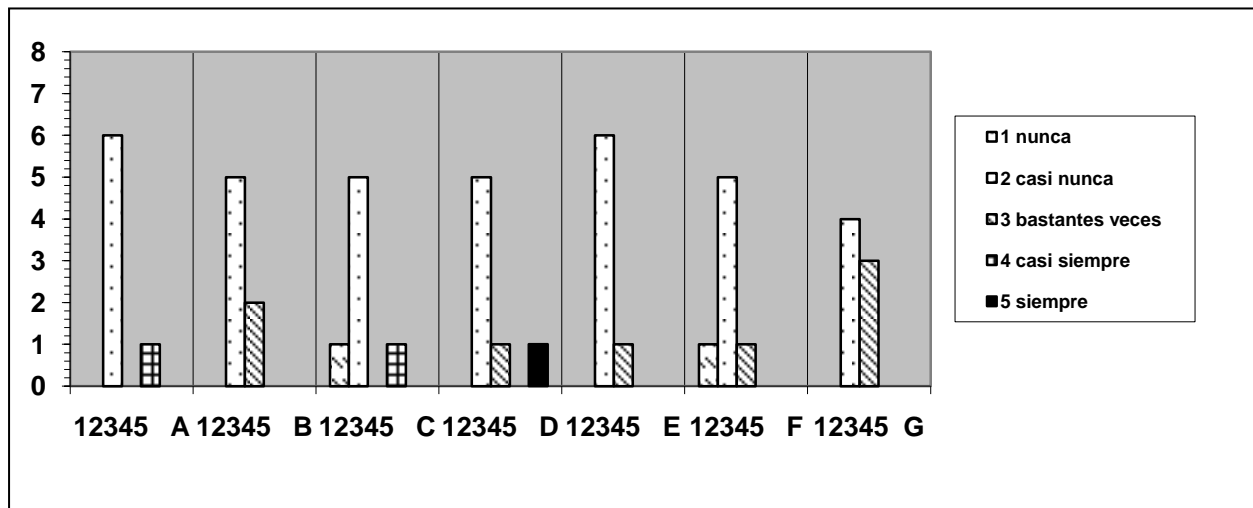
CAPITULO III

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Después de haber utilizado las técnicas e instrumentos se podrán observar los resultados obtenidos a través del cuestionario de habilidades de interacción social aplicado antes y después del proceso terapéutico a través de la representación gráfica que incluye: eje de valores que simboliza la cantidad de participantes, un cuadro de leyenda cuyas calificaciones son representadas en números de uno al cinco con su significado y el eje de categorías caracterizado por una letra que constituye el ítem a responder, también contiene cinco dígitos que figuran las posibles respuestas.

GRAFICA No. 1

RESULTADOS OBTENIDOS DEL CUESTIONARIO DE HABILIDADES DE INTERACCIÓN SOCIAL ANTES DE LA TERAPIA DE JUEGO DEL ÍTEM A AL G



Fuente: Cuestionario de Habilidades de Interacción Social aplicada antes de iniciar la terapia de juego a padres de familia que asisten a Fundabiem.

- A) Expresa adecuadamente sus sentimientos y emociones, (alegría, tristeza, etc).
- B) Tiene amigos y amigas
- C) Se siente aceptado por parte de su grupo (raza, religión, familia, barrio, etc.)
- D) Pide favores a otras personas cuando necesita algo
- E) Cuando no esta de acuerdo en algo lo comunica
- F) Tiene un concepto positivo de si mismo
- G) Prefiere estar rodeado de niños y niñas mayores

INTERPRETACIÓN: se puede observar que en el **ítem A**, seis de los padres respondieron que sus hijos casi nunca expresan adecuadamente sus sentimientos y emociones, un padre manifestó que su hijo casi siempre expresa adecuadamente sus sentimientos de alegría, tristeza y enojo. En el **ítem B**, cinco de los colaboradores indicaron que sus hijos casi nunca tienen amigos y amigas, dos reconocieron que sus hijos tienen amigos y amigas bastantes veces.

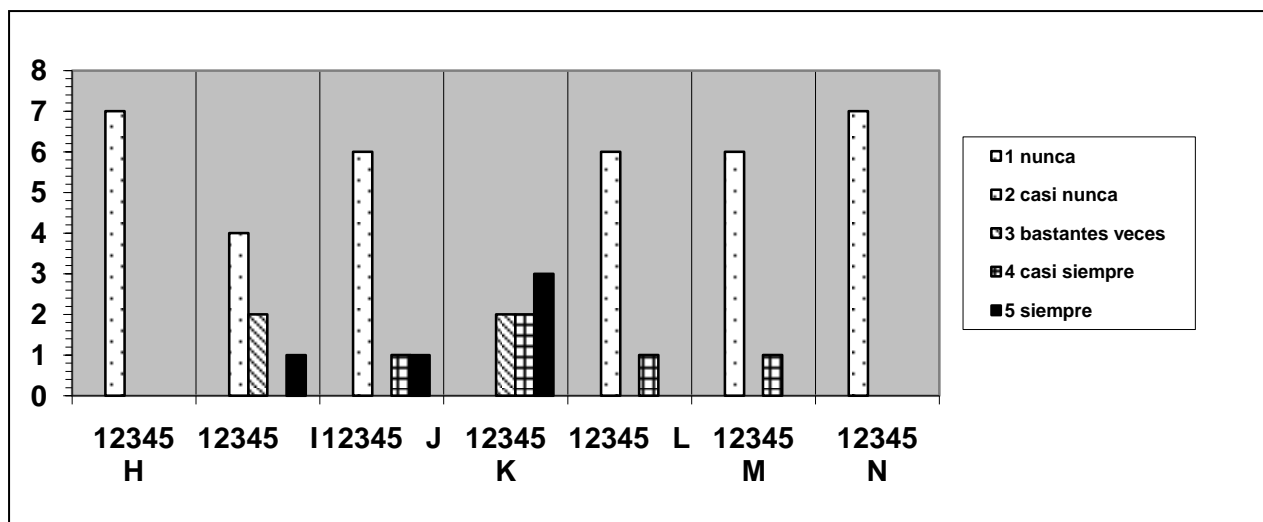
En el **ítem C** se observa que cinco de los padres revelaron que sus hijos casi nunca se sienten aceptados por parte de su grupo, uno manifestó que su hijo nunca se siente aceptado y el otro indicó que su hijo casi siempre se siente aceptado por parte de su grupo. En el **ítem D**, cinco de los contribuyentes indicaron que sus hijos casi nunca piden favores a otras personas cuando necesitan algo, uno de los colaboradores respondió que bastantes veces pide favores y el restante reconoció que su hijo pide favores a otras personas siempre. En el **ítem E**, seis de los colaboradores respondieron que cuando sus hijos no están de acuerdo en algo casi nunca lo comunican y un padre indicó que su niño cuando no está de acuerdo en algo lo comunica bastantes veces.

En el **ítem F**, cinco manifestaron que casi nunca tienen un concepto positivo de sí mismos, uno reveló que su hijo nunca tienen un concepto positivo de si mismo y el otro indicó que su pequeño tiene un concepto positivo de si mismo bastantes veces y en el **ítem G**, cuatro de los participantes reconocieron que sus hijos casi nunca prefieren estar rodeados de niños y niñas mayores y tres de los colaboradores revelan que sus hijos prefieren estar rodeados de niños y niñas mayores bastantes veces.

De acuerdo a los datos que se observan del **ítem A** al **ítem G**, la mayoría de los participantes presentan un nivel bajo en las habilidades de interacción social especialmente en las habilidades relacionadas con emociones y sentimientos, habilidades para hacer amigos, en las relaciones interpersonales, habilidades de comunicación y autoestima.

GRAFICA No. 2

RESULTADOS OBTENIDOS DEL CUESTIONARIO DE HABILIDADES DE INTERACCIÓN SOCIAL ANTES DE LA TERAPIA DE JUEGO DEL ÍTEM H AL N



Fuente: Cuestionario de Habilidades de Interacción Social aplicada antes de iniciar la terapia de juego a padres de familia que asisten a Fundabiem.

H) Inicia juegos y otras actividades con otros niños y niñas

I) Responde adecuadamente cuando otros niños le saludan

J) Defiende y reclama sus derechos ante los demás

K) Posee sentimientos de inferioridad

L) Se integra al juego de otros niños

M) Participa en actividades recreativas cuando tiene la oportunidad

N) Responde adecuadamente cuando otros niños le preguntan respecto a su condición física.

INTERPRETACIÓN: se puede observar en el **ítem H**, los siete padres respondieron que sus hijos casi nunca inician juegos y otras actividades con otros niños y niñas. En el **ítem I**, cuatro reconocieron que sus hijos casi nunca responden adecuadamente cuando otros niños le saludan, tres de los colaboradores bastantes veces y uno responde adecuadamente siempre cuando otros niños le saludan.

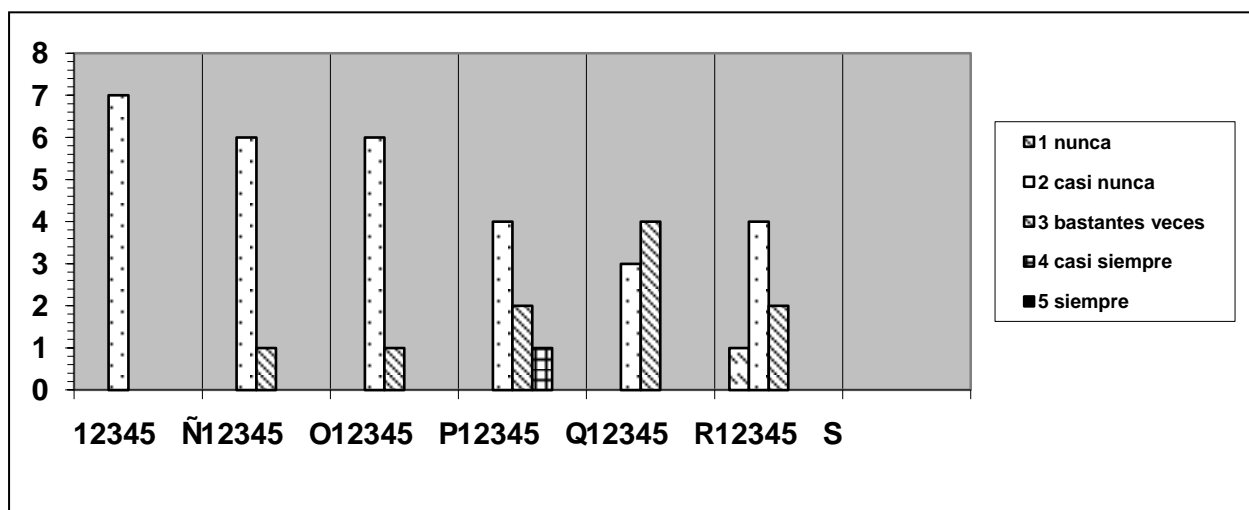
En el **ítem J**, seis de los partícipes manifestaron que casi nunca reclaman y defienden sus derechos ante los demás y uno reveló que reclama y defiende sus derechos bastantes veces. En el **ítem K**, tres de los padres revelaron que sus hijos poseen sentimientos de inferioridad siempre, dos poseen sentimientos de inferioridad bastantes veces y dos indicaron que casi siempre tienen sentimientos de inferioridad. En el **ítem L**, seis respondieron que casi nunca se integran al juego de otros niños y uno reconoció que casi siempre se integra al juego.

En el **ítem M**, seis confesaron que sus hijos casi nunca participan en actividades recreativas cuando tiene la oportunidad y uno respondió que participa en actividades recreativas cuando tiene la oportunidad casi siempre. En el **ítem N**, los siete participantes comentan que sus hijos casi nunca responden adecuadamente cuando otros niños le preguntan respecto a su condición física.

De acuerdo a los datos que se observan del **ítem H** al **ítem N**, la mayoría de los participantes presentan un nivel bajo en las habilidades de interacción social especialmente en las destrezas de comunicación, autoestima, habilidad para relacionarse con otras personas, para hacer amigos e interés en grupos sociales.

GRAFICA No. 3

RESULTADOS OBTENIDOS DEL CUESTIONARIO DE HABILIDADES DE INTERACCIÓN SOCIAL ANTES DE LA TERAPIA DE JUEGO DEL ÍTEM Ñ AL S



Fuente: Cuestionario de Habilidades de Interacción Social aplicada antes de iniciar la terapia de juego a padres de familia que asisten a Fundabiem.

Ñ) Expresa y defiende adecuadamente sus opiniones

O) Expresa cosas positivas de si mismo/a ante los demás

P) Coopera con otros niños y niñas en diversas actividades y juegos

Q) Colabora en actividades familiares

R) Comparte sus cosas con otros niños

S) Inicia y mantiene conversaciones con otros

INTERPRETACIÓN: se puede observar en el ítem **Ñ**, los siete participantes respondieron que sus hijos casi nunca expresan o defienden adecuadamente sus opiniones. En el ítem **O**, seis reconocieron que casi nunca expresan cosas positivas de si mismo ante los demás y uno expresa cosas positivas de si mismo ante los demás bastantes veces.

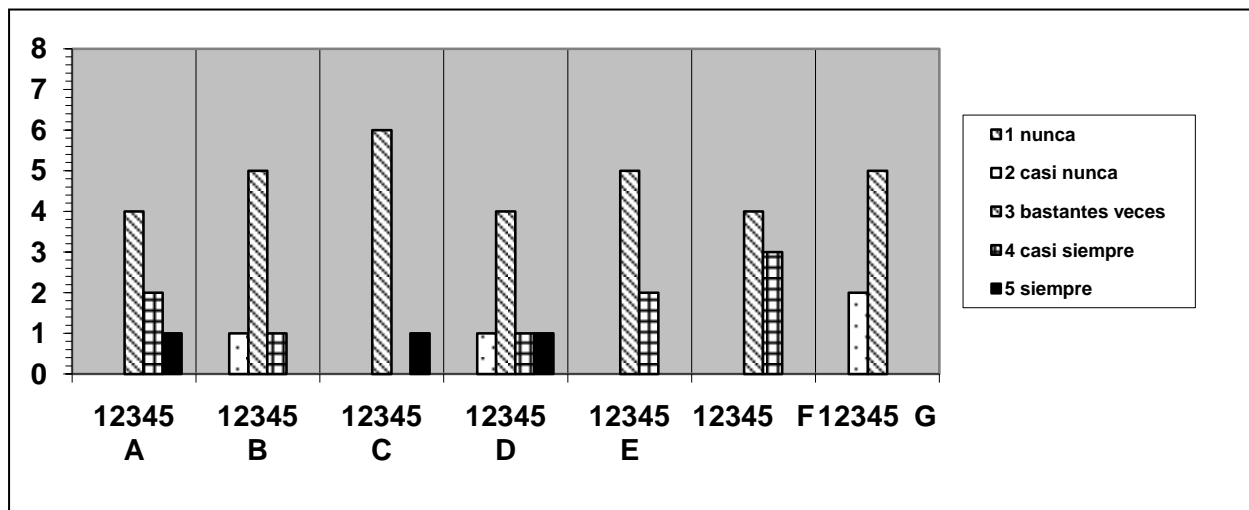
En el ítem **P**, seis de los padres confesaron que sus hijos casi nunca cooperan con otros niños y niñas en diversas actividades y juegos y uno manifestó que su hijo coopera con otros niños bastantes veces. En el ítem **Q**, cuatro de los padres revelaron que sus hijos casi nunca colaboran en actividades familiares, dos colaboran en actividades bastantes veces y uno casi siempre colabora en actividades familiares.

En el ítem **R**, tres indicaron que casi nunca comparten sus cosas con otros niños y cuatro respondieron que sus hijos comparten sus cosas con otros niños bastantes veces. En el ítem **S**, uno reconoció que su niño nunca inicia ni mantiene conversaciones con otros, cuatro indicaron que casi nunca mantienen conversaciones con otros y dos manifestaron que su hijo inicia y mantienen conversaciones con otros bastantes veces.

De acuerdo a los datos que se observan del ítem **Ñ** al ítem **S**, la mayoría de los participantes presentan un nivel bajo en las habilidades de interacción social especialmente en los factores relacionados con emociones y sentimientos, en habilidades para hacer amigos y de comunicación.

GRAFICA No. 1

RESULTADOS OBTENIDOS DEL CUESTIONARIO DE HABILIDADES DE INTERACCIÓN SOCIAL DESPUÉS DE LA TERAPIA DE JUEGO DEL ÍTEM A AL G



Fuente: Cuestionario de Habilidades de Interacción Social aplicada después la terapia de juego a padres de familia que asisten a Fundabiem.

- A) Expresa adecuadamente sus sentimientos y emociones, (alegría, tristeza, etc).
- B) Tiene amigos y amigas
- C) Se siente aceptado por parte de su grupo (raza, religión, familia, barrio, etc.)
- D) Pide favores a otras personas cuando necesita algo
- E) Cuando no esta de acuerdo en algo lo comunica
- F) Tiene un concepto positivo de si mismo
- G) Prefiere estar rodeado de niños y niñas mayores

INTERPRETACIÓN: se puede observar en el **ítem A**, cuatro de los participantes respondieron que sus hijos expresan adecuadamente sus sentimientos y emociones bastantes veces, dos indicaron que expresan adecuadamente sus sentimientos y emociones casi siempre y uno manifestó que su hijo siempre expresa adecuadamente sus emociones. En el **ítem B**, uno de los padres reveló que su pequeño casi nunca tiene amigos y amigas, cinco indicaron que tienen amigos y amigas bastantes veces y uno respondió que casi siempre tiene amigos.

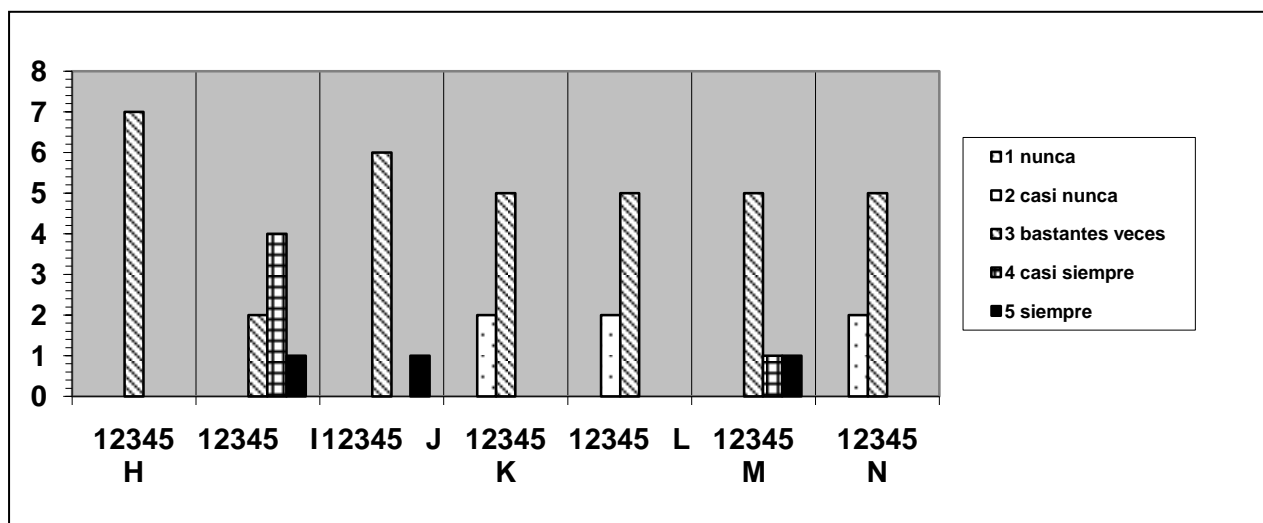
En el **ítem C**, seis de los papás reconocieron que sus hijos se sienten aceptados por su grupo bastantes veces y uno de los padres manifestó que su hijo se siente aceptado siempre. En el **ítem D**, un padre de familia reveló que el niño casi nunca pide favores a otras personas cuando necesita algo, cuatro de los participantes indicaron que sus hijos piden favores a otras personas bastantes veces, uno pide favores a otras personas cuando necesita algo casi siempre y el otro siempre pide favores cuando necesita algo. En el **ítem E**, cinco de los padres respondieron que cuando sus hijos no están de acuerdo en algo lo comunican bastantes veces y dos casi siempre lo comunican.

En el **ítem F**, cuatro de los padres reconocieron que sus hijos tienen un concepto positivo de sí mismos bastantes veces y tres manifestaron que casi siempre sus hijos tienen un concepto positivo de sí mismos. En el **ítem G**, dos de los padres revelaron que sus hijos prefieren estar rodeados de niños y niñas mayores casi nunca y cinco de los colaboradores indicaron que sus hijos prefieren estar rodeados de niños y niñas mayores bastantes veces.

De acuerdo a los datos que se observan del **ítem A** al **ítem G**, todos los participantes presentan un nivel más alto en las habilidades de interacción social especialmente en las destrezas para hacer amigos, proyectaban mayor seguridad, confianza, deseos de jugar, de compartir con otros niños, mejoraron la comunicación por ejemplo: hablaban más de ellos, de cómo se sentían y de su familia.

GRAFICA No. 2

RESULTADOS OBTENIDOS DEL CUESTIONARIO DE HABILIDADES DE INTERACCIÓN SOCIAL DESPUÉS DE LA TERAPIA DE JUEGO DEL ÍTEM H AL N



Fuente: Cuestionario de Habilidades de Interacción Social aplicada después de la terapia de juego a padres de familia que asisten a Fundabiem.

H) Inicia juegos y otras actividades con otros niños y niñas

I) Responde adecuadamente cuando otros niños le saludan

J) Defiende y reclama sus derechos ante los demás

K) Posee sentimientos de inferioridad

L) Se integra al juego de otros niños

M) Participa en actividades recreativas cuando tiene la oportunidad

N) Responde adecuadamente cuando otros niños le preguntan respecto a su condición física.

INTERPRETACIÓN: se puede observar en el **ítem H**, los siete padres de familia reconocieron que sus hijos inician juegos y otras actividades con otros niños y niñas bastantes veces. En el **ítem I**, dos de los participantes manifiestan que sus hijos responden adecuadamente cuando otros niños le saludan, cuatro responden adecuadamente casi siempre y el otro siempre responden adecuadamente cuando otros niños le saludan.

En el **ítem J**, seis de los colaboradores revelaron que sus hijos defienden y reclaman sus derechos ante los demás bastantes veces y uno indicó que su hijo reclama y defiende sus derechos siempre. En el **ítem K**, dos padres respondieron que sus niños poseen sentimientos de inferioridad casi nunca y cinco reconocieron que sus hijos poseen sentimientos de inferioridad bastantes veces.

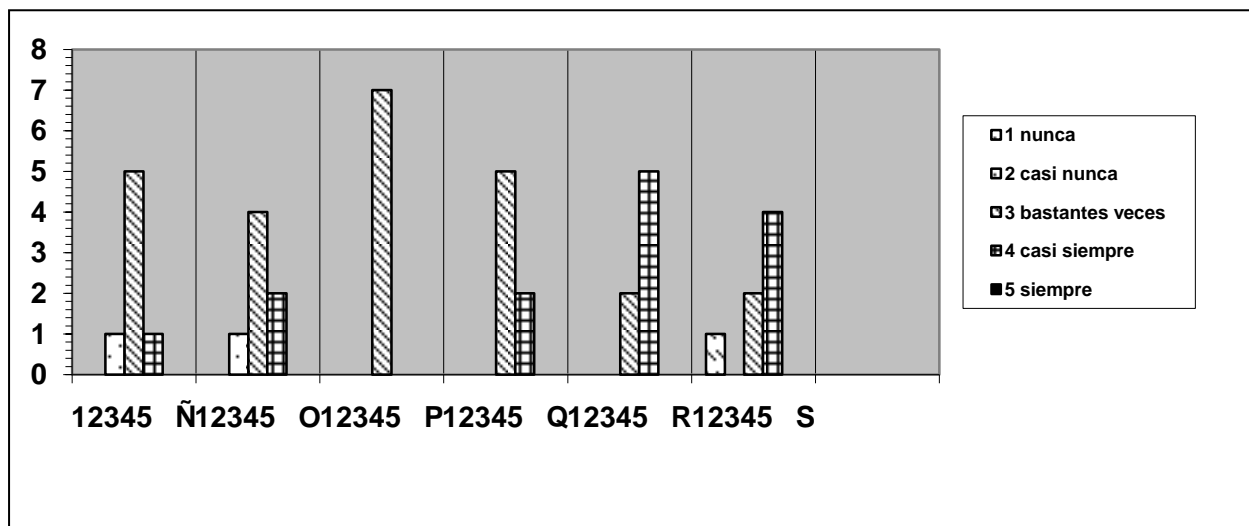
En el **ítem L**, dos papás confesaron que sus hijos se integran al juego de otros niños casi nunca y cinco manifestaron que sus hijos se integran al juego de otros niños bastantes veces. En el **ítem M**, cinco de los padres de familia revelaron que sus hijos participan en actividades cuando tienen la oportunidad bastantes veces, uno indicó que su hijo participa en actividades recreativas casi siempre y el otro respondió que el niño siempre participa en las actividades.

En el **ítem N**, dos de los participantes reconocen que sus hijos responden adecuadamente cuando otros niños les preguntan respecto a su condición física casi nunca y cinco de los colaboradores confiesan que sus hijos responden adecuadamente cuando otros niños le preguntan respecto a su condición física bastantes veces.

De acuerdo a los datos que se observan del **ítem H** al **ítem N**, todos los participantes presentan un nivel más alto en las habilidades de interacción social especialmente en las destrezas para hacer amigos, compartir con otros niños, en las habilidades de comunicación por ejemplo: escoge el juego, toma decisiones durante el juego, si algo le molesta lo dice y responde las preguntas que se le hacen, además muestra mayor interés a grupos sociales como asistir a las actividades recreativas, colaborando en otros programas de deportes e interactuando con otros niños.

GRAFICA No. 3

RESULTADOS OBTENIDOS DEL CUESTIONARIO DE HABILIDADES DE INTERACCIÓN SOCIAL DESPUÉS DE LA TERAPIA DE JUEGO DEL ÍTEM Ñ AL S



Fuente: Cuestionario de Habilidades de Interacción Social aplicada después de la terapia de juego a padres de familia que asisten a Fundabiem.

Ñ) Expresa y defiende adecuadamente sus opiniones

O) Expresa cosas positivas de si mismo/a ante los demás

P) Coopera con otros niños y niñas en diversas actividades y juegos

Q) Colabora en actividades familiares

R) Comparte sus cosas con otros niños

S) Inicia y mantiene conversaciones con otros

INTERPRETACIÓN: se puede observar en el **ítem Ñ**, uno de los padres de familia respondió que su hijo casi nunca expresa y defiende adecuadamente sus opiniones, cinco reconocieron que sus hijos expresan y defienden sus opiniones bastantes veces y el otro manifiesta que su niño casi siempre expresa y defiende adecuadamente sus opiniones. En el **ítem O**, uno de los participantes reveló que su hijo expresa cosas positivas de sí mismo ante los demás casi nunca, cuatro papás indicaron que sus pequeños expresan cosas positivas de sí mismos bastantes veces y dos de los padres respondieron que casi siempre expresan cosas positivas de sí mismos ante los demás.

En el **ítem P**, los siete colaboradores reconocieron que sus hijos cooperan con otros niños y niñas en diversas actividades y juegos bastantes veces. En el **ítem Q**, cinco padres confesaron que sus niños colaboran en actividades familiares bastantes veces y dos manifestaron que hijos casi siempre colaboran en actividades familiares.

En el **ítem R**, dos de los papás revelaron que sus hijos comparten sus cosas con otros niños bastantes veces y cinco de los participantes indicaron que sus pequeños casi siempre comparten sus cosas con otros niños. En el **ítem S**, uno de los padres respondió que su hijo nunca inicia y mantiene conversaciones con otros, dos reconocieron que sus hijos inician y mantienen conversaciones con otros bastantes veces y cuatro participantes refieren que sus niños inician y mantienen conversaciones con otros casi siempre.

De acuerdo a los datos que se observan del **ítem Ñ** al **ítem S**, todos los participantes presentan un nivel más alto en las habilidades de interacción social especialmente en las destrezas para hacer amigos, interés a grupos sociales como asistir a la celebración del día de la madre, asistir al programa de deportes en donde comparten con otros niños, mostrando confianza, seguridad, mejoraron en las relaciones interpersonales a través de compartir con otros niños juegos, actividades en grupo y mejoraron sus habilidades de comunicación por ejemplo: dicen lo que les gusta y no les gusta, si están aburridos, cansados, que desean jugar, hablan de sus

otras terapias, de cómo se sienten estando en su casa y como se siente en el cuarto de juego.

A través de los datos obtenidos en el cuestionario de habilidades de interacción social aplicado antes y después de la terapia de juego se comprueba que la mayoría de los participantes manifiestan un nivel más alto en las habilidades de interacción social especialmente en las destrezas para mejorar sus relaciones interpersonales, habilidades relacionadas con las emociones y sentimientos, interés a grupos sociales y en la comunicación.

ANÁLISIS GLOBAL

La investigación se inició con el propósito de favorecer el área socioafectiva del niño con discapacidad física a través de la terapia de juego de Virginia M. Axline.

Se estableció un ambiente de confianza a través del juego como medio de comunicación con el niño para conocer sus fantasías, emociones, inquietudes, temores, habilidades y comportamiento en general.

Se procedió atendiendo al menor en un periodo de treinta minutos asistiendo una o dos veces por semana, ofreciéndoles doce terapias psicológicas en total. En la primera entrevista se habló con los padres de familia acerca de la dinámica familia y se realizó la primera evaluación de los niños a través del **cuestionario de habilidades de interacción social** (ver anexo 1), para conocer en qué áreas socioafectivas necesitaron mayor motivación.

La actitud de los niños al inicio de la terapia era desconfiada, temerosa y sin deseos de colaborar, manifestando también la falta de estimulación, abandono emocional del menor, niveles altos de dependencia, aislamiento, agresividad, irritabilidad, frustración, baja autoestima, temor y ansiedad.

Por estas conductas negativas se hizo preciso actuar a través de la terapia de juego y durante el proceso fueron mejorando sus actitudes, mostrando así una conducta más positiva y tomando la iniciativa en el juego.

Dentro del cuarto de juego se encontraban juguetes como: muñecas, carritos, pelotas, legos, crayones, pizarrón, acuarelas, pinceles, casita amueblada, materiales domésticos, teléfono, juegos de mesa, rompecabezas, juegos de asociación, una familia de muñecos, periódicos viejos, tijeras, marcadores, animales y otros objetos. Uno de los juegos favoritos de la mayoría fue pintar, jugar muñecas, jugar a la casita y jugar pelota.

La segunda evaluación se realizó después de cinco meses de terapia psicológica siendo atendidos una vez por semana durante treinta minutos, en donde se aplicó nuevamente el cuestionario de habilidades de interacción social y se observó que los niños aprendieron a tener confianza en sí mismos, se sentían más seguros, dinámicos, mejoraron la forma de comunicarse con otras personas; disminuir sus temores y ser menos dependientes.

Las técnicas que funcionaron con el grupo de niños que participaron en el proyecto fueron aquellas basadas en los ocho principios básicos que guiaron la terapia de juego siendo estas las siguientes: se estableció un ambiente tranquilo mediante una actitud permisiva y de respeto aceptando al niño tal como es, esta actitud amigable me dio la oportunidad de reconocer los sentimientos que el menor estaba expresando durante el juego y que fueron reflejadas hacia él, de tal forma que el niño alcanzara profundizar más en su comportamiento y lograra cambios positivos en su conducta, tampoco se le apresuró en ningún momento para que iniciara o terminara un juego durante el proceso terapéutico siendo el niño quien guiara el camino.

También se establecieron limitaciones en el cuarto de juego siendo estas necesarias para conservar la terapia en el mundo de la realidad y hacerle evidente al niño su responsabilidad de decidir y realizar cambios, además se respetó la habilidad del niño para solucionar sus problemas.

Así mismo se orientó a los padres de familia fomentándoles mejores formas de estimular a sus hijos, evitando que los aislen de actividades recreativas y logrando que los niños compartan con otros chicos de su edad para que puedan hacer nuevas amistades.

También los padres opinaron haber observado cambios positivos en las conductas de sus hijos expresándose más colaboradores, llevando a sus hijos a la terapia, siendo puntuales y manifestando el deseo de continuar en la terapia. Es por eso que se trabajó con los padres de familia para que continúen motivando a sus niños a obtener sus metas y sueños.

El cambio de actitud de los padres y madres de familia brindó a los niños mayor oportunidad para desenvolverse en su entorno social.

Al final del proceso psicoterapéutico se observaron cambios positivos en los niños manifestando mejoras en su conducta en general y logrando favorecer el área socioafectiva del menor.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES

A través de la terapia de juego de Virginia M. Axline se observaron cambios positivos en los niños favoreciendo el área socioafectiva del menor y manifestando mejoras en su conducta en general.

Las técnicas que mejor funcionaron en el proceso terapéutico fueron la entrevista que aportó datos importantes acerca de la vida cotidiana del paciente, expresión de sentimientos y dinámica familiar. La observación también fue una técnica que se utilizó dentro de la terapia de juego, su principal ventaja fue ofrecer información directa de la conducta del sujeto siendo más natural espontánea y variada.

Otras de las técnicas que se utilizaron fueron aquellas basadas en los ocho principios básicos que guían al terapeuta en todos sus contactos terapéuticos siendo los siguientes:

- El terapeuta debe desarrollar una relación interna y amigable con el niño, mediante el cual se establece una armonía lo antes posible.
- El terapeuta acepta al niño tal como es.
- El terapeuta crea un sentimiento de actitud permisiva en la relación, de tal forma que el niño se sienta libre para expresar sus sentimientos por completo.
- El terapeuta está alerta a reconocer los sentimientos que el niño está expresando y los refleja de nuevo hacia él de tal forma que logre profundizar más en su comportamiento.
- El terapeuta observa un gran respeto por la habilidad del niño para solucionar sus problemas, si a este se le ha brindado la oportunidad para hacerlo. Es responsabilidad del niño decidir y realizar cambios.

- El terapeuta no intenta dirigir las acciones, conversación del niño en forma alguna. El niño guía el camino; el terapeuta lo sigue.
- El terapeuta no pretende apresurar el curso de la terapia. Este es un proceso gradual y, como tal, reconocido por el terapeuta.
- El terapeuta establece solo aquellas limitaciones que son necesarias para conservar la terapia en el mundo de la realidad y hacerle patente al niño de su responsabilidad en la relación.

Mediante el proceso terapéutico se observó cambios efectivos en la conducta de los niños manifestando mayor confianza, seguridad, interés en asistir a actividades recreativas, mejoraron sus habilidades de comunicación, disminuyeron sus temores, sus niveles de ansiedad y son más independientes por ejemplo: las mamás no podían dejar a sus hijos solos en otro cuarto porque de inmediato comenzaban a llorar y a gritar, después de la terapia psicológica, según refieren las madres de familia los niños ya no repitieron esa conducta negativa, mostrando así ser menos dependientes.

También se observó cambios positivos en la conducta de los padres quienes mejoraron la comunicación con sus hijos y con el grupo interdisciplinario, mejoró la participación en actividades recreativas y la relación con otras personas, exponiendo así que la terapia de juego de Virginia M. Axline funcionó con este grupo de niños favoreciendo el área socioafectiva.

RECOMENDACIONES

Durante el proceso psicoterapéutico se observó que las técnicas utilizadas en la terapia de juego funcionaron con este grupo de participantes atendidos, por lo tanto se recomienda a la institución tomar en cuenta la terapia psicológica individual basada en la terapia de juego a los niños con discapacidad física ya que favorece al menor en el área socioafectiva.

También se debería prestar atención a la falta de información de los padres acerca de la enfermedad que padece su hijo porque durante la entrevista que se les realizó la mayoría de ellos no sabían realmente que patologías presentaban sus hijos, es por ello que se recomienda impulsar el trabajo en equipo para brindarle a la población mejores servicios de atención y mejorar la comunicación entre los padres y el equipo interdisciplinario para obtener excelentes resultados.

A los padres de familia se les exhorta a que le brinden la oportunidad a sus hijos de interactuar con otras personas participando en actividades recreativas, mejorando la comunicación dentro del núcleo familiar, mantenerse informado acerca de los avances que tienen sus hijos en cada una de las terapias que recibe

También se recomienda a los padres de familia que fortalezcan las habilidades y capacidades de sus hijos poniendo en práctica lo aprendido durante el proceso psicoterapéutico para ofrecerle mejores oportunidades de desarrollo.

BIBLIOGRAFÍA

- Axline, Virginia M. TERAPIA DE JUEGO. Editorial Diana S.A. México DF 1974 pp. 380
- Álvarez Rocío. Terapia de Juego II. Ecuador, 2003. Pp. 12
- Biblioteca de Consulta Microsoft ® Encarta ® 2005. © 1993-2004 Microsoft Corporation. Reservados todos los derechos.
- Chaefer, Charles E. y Oconnor J. Kevin MANUAL DE TERAPIA DE JUEGO. Editorial El manual moderno, S.A. de C.V. México D.F. 1998. pp. 489
- Caruso, Igor A. NARCISISMO Y SOCIALIZACIÓN, primera edición, año 1987, siglo XXI editores, pp. 96
- Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-IV-TR primera edición, años 2002.pp.1047
- Morales H. Carlos. ENTORNO FAMILIAR DE LA NIÑEZ CON DISCAPACIDAD Guatemala, Pronice, año 1998, pp. 86.
- Morris, Charles G. y Maisto, Alberta A. PSICOLOGÍA. Editorial Prentice Hall. México DF. pp. 722
- METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN. capitulo 1
- Papalia, Diana E. Wendkos Olds, Sally Duskin Feldman, Ruth. PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO octava edición, pp. 837
- Perfil Nacional para el Abordaje de la Discapacidad (CONADI) Guatemala julio 1999. pp. 72
- Perfil sociodemográfico de la población con discapacidad en Guatemala febrero 2006. pp. 86
- Situación actual de la educación especial en Guatemala (CONADI), año 2005. pp. 89.
- Székely, Béla. MANUAL DE TÉCNICAS DE EXPLORACIÓN PSICOLÓGICA. Editorial Kapelusz S.A. volumen 3 año 1946 pp. 1,325.
- Salomón y Garnier 1978 Use of play materials in treating a severely handicapped child).

- Schorn, Marta E. Discapacidad: una Mirada distinta, una escucha diferente, Editorial Lugar, año 1999).
- Tecla J. Alfredo y Garza R. Alberto. TEORÍAS, MÉTODOS Y TÉCNICAS EN LA INVESTIGACIÓN SOCIAL. pp. 28.

Páginas de internet:

- [www./monofrafia.com/trabajos5/autoes/autoes/.shtml-110k](http://www.monofrafia.com/trabajos5/autoes/autoes/.shtml-110k)
- [www.medicosecuador.com/ rocío_álvarez/artículos/ terapia de juego2.htm](http://www.medicosecuador.com/rocio_álvarez/artículos/terapia%20de%20juego2.htm)
- [www.la discpacidad.com/la autoestima/la autoestima.php\).](http://www.ladiscapacidad.com/la%20autoestima/la%20autoestima.php)
- www.nacion.com/ln_ee/2000/diciembre/14/galeria5.html
- www.salud.com/salud/cda/cds_main/1_1231_10_null_00.asp
- www.ops.org.ni/opsnic/tematicas/rehabilita/dia_mundial.htm
- www.rppapm.es/novedad/discenv2001.htm
- www.nmprotection-advocacy.com/folleto.htm
- www.aceproject.org/main/espanol/po/poa02g02.htm
- www.undp.org/cu/uunn/noticias/fao18.html
- www.ayudate.org/ayudate/edinhabilidades.html
- [www./monofrafia.com/trabajos5/autoes/autoes/.shtml-110k\)](http://www.monofrafia.com/trabajos5/autoes/autoes/.shtml-110k)
- www.crisalia.edu.com/motora.html/
- [www.medicosecuador.com/ rocío_álvarez/artículos/ terapia de juego2.htm](http://www.medicosecuador.com/rocio_álvarez/artículos/terapia%20de%20juego2.htm)
- [www/ladiscapacidad.com/discapacidad/discapacidadfisica/discapacidadfisica.php](http://www.ladiscapacidad.com/discapacidad/discapacidadfisica/discapacidadfisica.php)

ANEXOS

CUESTIONARIO DE HABILIDADES DE INTERACCIÓN SOCIAL

Nombre: _____

Fecha: _____ edad: _____ sexo: F _____ M _____

Instrucciones:

Por favor, lea cuidadosamente cada enunciado y rodee con un círculo el número que mejor describa el funcionamiento del/de la niño/a teniendo en cuenta las siguientes calificaciones:

1. Significa que el/la niño/a realiza la conducta **nunca**
2. Significa que el/la niño/a realiza la conducta **casi nunca**
3. Significa que el/la niño/a realiza la conducta **bastantes veces**
4. Significa que el/la niño/a realiza la conducta **casi siempre**
5. Significa que el/la niño/a realiza la conducta **siempre**

Sub.	Ítems	calificación				
(1)	1. Expresa adecuadamente sus sentimientos y emociones, (alegría, tristeza, enojo).	1	2	3	4	5
(2)	2. Tiene amigos y amigas.	1	2	3	4	5
(3)	3. Se siente aceptado por parte de su grupo (raza, religión, familia, iglesia, barrio, etc.)	1	2	3	4	5
(4)	4. Pide favores a otras personas cuando necesita algo.	1	2	3	4	5
(5)	5. Cuando no esta de acuerdo en algo lo comunica.	1	2	3	4	5
(1)	6. Tiene un concepto positivo de si mismo.	1	2	3	4	5
(2)	7. Prefiere estar rodeado de niños y niñas mayores.	1	2	3	4	5
(3)	8. Inicia juegos y otras actividades con otros niños y niñas.	1	2	3	4	5
(4)	9. Responde adecuadamente cuando otros niños le saludan.	1	2	3	4	5
(5)	10. Defiende y reclama sus derechos ante los demás.	1	2	3	4	5

Sub.	Ítems	calificación				
(1)	11. Posee sentimientos de inferioridad.	1	2	3	4	5
(2)	12. Se integra al juego de otros niños.	1	2	3	4	5
(3)	13. Participa en actividades recreativas cuando tiene la oportunidad.	1	2	3	4	5
(4)	14. Responde adecuadamente cuando otros niños le preguntan respecto a su condición física.	1	2	3	4	5
(5)	15. Expresa y defiende adecuadamente sus opiniones.	1	2	3	4	5
(1)	16. Expresa cosas positivas de sí mismo/a ante otras personas.	1	2	3	4	5
(2)	17. Coopera con otros niños y niñas en diversas actividades y juegos.	1	2	3	4	5
(3)	18. Colabora en actividades familiares.	1	2	3	4	5
(4)	19. Comparte sus cosas con otros niños.	1	2	3	4	5
(5)	20. Inicia y mantiene conversaciones con otros.	1	2	3	4	5

Puntuaciones	Subesc.1	Subesc.2	Subesc.3	Subesc. 4	Subesc.5	P. total
---------------------	----------	----------	----------	-----------	----------	----------

Punt. Directa	_____
Punt. Típica	_____
Percentil	_____

Comentarios y Observaciones

CLÍNICA DE PSICOLOGÍA

FICHA CLÍNICA DEL PACIENTE

Nombre: _____ Edad: _____

Dirección: _____ Tel: _____

Nombre de la madre: _____ Edad: _____ Escolaridad _____

Ocupación: _____ Religión: _____

Nombre del padre: _____ Edad: _____ Escolaridad _____

Ocupación: _____ Religión: _____

Motivo de consulta: _____ Fecha: _____

ANAMNESIS

No. de expediente: _____

Fecha: _____

I. DATOS GENERALES

Nombre: _____

Edad: _____ sexo: _____ grado: _____

Lugar y fecha de nacimiento: _____

Domicilio: _____ teléfono: _____

Nombre de la madre: _____ edad: _____

Ocupación: _____ escolaridad: _____

Origen: _____ religión: _____

Nombre del padre: _____ edad: _____

Ocupación: _____ escolaridad: _____

Origen: _____ religión: _____

II. MOTIVO DE CONSULTA

(Razón por la que acude al servicio. Anótese textualmente y entre comillas)

III. HISTORIA DEL PROBLEMA ACTUAL

Fecha de inicio: _____

Duración: _____

Evento desde el apareamiento del síntoma hasta la
fecha: _____

¿Cómo afecta la discapacidad física al
niño? _____

IV. PERSONALIDAD PREMORBIDA

¿Cómo afecta en la familia este problema? _____

¿Cómo cree usted que sería el niño si no tuviera este problema? _____

HISTORIA PERSONAL

➤ PERIODO PRENATAL

Edad de los padres al momento del embarazo: madre _____ padre: _____

Embarazos anteriores: _____ abortos: _____

Durante el embarazo, hubo amenaza de aborto: _____

¿Cuál fue la reacción de los padres ante el embarazo (deseado o no): _____

Hubo control prenatal: _____

¿Cómo se alimentó la madre durante el embarazo? _____

Uso algún medicamento _____ cual: _____

Uso de drogas: _____ cuales: _____

Cigarrillos _____ bebidas alcohólicas _____

Cantidades y frecuencia: _____

¿Padeció de alguna enfermedad durante el embarazo? _____

¿Problemas emocionales durante el embarazo? _____

Actividades cotidianas de la madre durante el embarazo: _____

Duración del embarazo: _____

Observaciones: _____

V. PERIODO PERINATAL

¿Dónde fue atendido el parto? _____
¿Quién atendió el parto? _____
¿Cuánto duró? _____ se usó forceps: _____
¿Hubo llanto espontáneo? _____ asfixia, se puso moradito: _____
¿Nació amarillo? _____ en que posición: _____
¿Cuánto pesó al nacer? _____ ¿Cuánto midió? _____
Otras complicaciones durante el parto; ¿Cuáles? _____

VI. PERIODO POSTNATAL

¿Cuánto permaneció el niño en el hospital al nacer? _____
Le dio leche materna: _____ hasta que edad: _____
Si no le dio o suspendió, porque razón: _____
Si se le dio otra leche, hasta que edad: _____
¿A qué edad se inició con alimentos sólidos y cuales? _____
Observaciones: _____

VII. DESARROLLO NEUROPSIQUICO

➤ DESARROLLO MOTOR

A qué edad alcanzo cada una de las siguientes habilidades motoras:
Sostuvo la cabeza _____ volteó el cuerpo _____
Se sentó _____ gateó _____
Camino con ayuda _____ caminó sin ayuda _____
Subió gradas _____ corrió _____
Salto _____ mano que utiliza más _____
Observaciones: _____

➤ CONTROL DE ESFÍNTERES

¿A qué edad avisó para orinar? _____
¿A qué edad avisó para defecar? _____
¿Qué métodos utilizó para control de esfínteres? _____
El niño padece de enuresis _____ diurna: _____ nocturna: _____ mixta: _____
Por cuanto tiempo: _____
Observaciones: _____

➤ LENGUAJE

A qué edad alcanzó cada una de las siguientes habilidades verbales

Sonrió por primera vez _____

gorjeo _____

Vocalizó _____ habló _____

Dijo frases _____ oraciones _____

Sigue instrucciones _____

Observaciones _____

➤ SUEÑO

¿A qué hora acostumbra a dormir el niño? _____

¿A qué hora se levanta? _____

¿Se duerme con dificultad? _____ duerme tranquilo _____

¿Se despierta asustado? _____ habla dormido _____ duerme solo _____

Se levanta dormido _____ ¿Rechina los dientes mientras duerme? _____

Observación: _____

➤ ALIMENTACIÓN

Comidas que prefiere _____

Comidas que rechaza _____

Come mucho _____ come poco _____ come normal _____

Ingiere alguna otra cosa o sustancia que no sea propiamente en la alimentación _____

➤ SALUD

Vacunas que se le han puesto _____

Enfermedades que ha padecido _____

VIII. FACTOR CONDUCTUAL

El niño es obediente o desobediente _____

¿A quien obedece más? _____

Es destructor _____ es cruel con animales y/o personas _____

Utiliza lenguaje obsceno _____ otras conductas _____

Se enoja con frecuencia _____ ¿que es lo que más lo hace enojar _____

Forma en que demuestra su enojo _____

Posee sentimientos de inferioridad _____ ansiedad _____ negativismo _____

Apatía _____ celos _____ indiferencia _____ egocentrismo _____

Dificultad para dar o recibir afecto _____

Observaciones: _____

IX. HISTORIA FAMILIAR

1. Miembros que componen el núcleo y viven en la misma casa

PARENTESCO	SEXO	EDAD	SALUD

2. ¿Como se dan las relaciones entre los miembros del grupo familia?

- a) Entre el padre y la madre _____
- b) Entre el padre y el niño _____
- c) Entre la madre el niño _____
- d) Entre los padres y los demás hijos _____
- e) Entre el niño y sus hermanos _____
- f) Con otras personas que viven en la casa _____

3. De que manera colabora el niño en casa _____

3. De que manera corrige la familia las fallas del niño _____

4. de que manera premian las acciones del niño _____

5. como ven los padres el comportamiento del niño dentro de la familia _____

Observaciones: _____

X. PERFIL SOCIAL

¿Cómo es la relación del niño con las demás personas? _____

¿Qué juegos le gustan más _____

Prefiere jugar: con niños mayores _____ con niños menores _____ con niños de su edad _____

Animales que le gustan _____

Animales que le desagradan _____

Prefiere estar: solo _____ acompañado _____

¿Cómo se comporta dentro de un grupo? _____

¿Cómo es su relación con el vecindario? _____

Le gusta ir a reuniones sociales _____

Participa en grupos de algún tipo _____

Actividades que puede hacer por si solo _____

Observaciones: _____

XI. HISTORIA ESCOLAR

PRE-ESCOLAR

¿A qué edad y en que año ingresó por primera vez a la institución _____

Recibe educación especializada _____

¿Cual fue su reacción? _____

¿Cómo ha sido su rendimiento escolar? _____

¿Cómo ha sido la relación del niño con sus maestros? _____

¿Cómo ha sido la relación del niño con sus compañeros? _____

¿Cómo es su comportamiento a la hora del descanso? _____

Riñe o pelea con otros niños de la sección _____

Ha tomado cosas que no son de él: _____

Cumple con sus tareas: _____

Si ha sido castigado ¿porqué motivo? _____

¿Qué materia le guata más? _____

¿Qué materia e le dificulta? _____

¿Cómo premia o castiga la familia el comportamiento del niño? _____

PRIMARIA

¿A qué edad y en que año ingresó por primera vez a la institución _____

Recibe educación especializada _____

¿Cual fue su reacción? _____

¿Cómo ha sido su rendimiento escolar? _____

¿Cómo ha sido la relación del niño con sus maestros? _____

¿Cómo ha sido la relación del niño con sus compañeros? _____

¿Cómo es su comportamiento a la hora del descanso? _____

Riñe o pelea con otros niños de la sección _____

Ha tomado cosas que no son de él: _____

Cumple con sus tareas: _____

Si ha sido castigado ¿porqué motivo? _____

¿Qué materia le guata más? _____

¿Qué materia e le dificulta? _____

¿Cómo premia o castiga la familia el comportamiento del niño? _____

Observaciones generales: _____

HOJA DE EVOLUCIÓN

Expediente: _____ Fecha de ingreso: _____

motivo de consulta: _____

Cita del	EVOLUCIÓN

RESUMEN

La discapacidad física se caracteriza por deficiencias de las funciones y estructuras corporales, limitaciones en actividad y restricciones en la participación, indicando los aspectos negativos de la interacción entre un individuo con una condición de salud y sus factores ambientales y personales. Esto provoca en el individuo frustración, agresividad, ansiedad, negativismo, dependencia, baja autoestima, aislamiento de las actividades sociales y dificultad para exteriorizar sus sentimientos y pensamientos.

Para disminuir estas conductas negativas se le dio la oportunidad al niño de expresar sus sentimientos y pensamientos a través de la terapia de juego proporcionando un escenario adecuado para que el menor pudiera actuar todas esas emociones que lo embargan. Es por eso que en esta investigación titulada **Los beneficios emocionales de la Terapia de Juego de Virginia M. Axline aplicada a niños con discapacidad física que asisten a Fundabiem**, se trabajó con niños y niñas de cinco a ocho años de edad, que asistieron de una o dos veces por semana en periodos de treinta minutos. Las técnicas de investigación utilizadas fueron: la observación de la población para seleccionar a los participantes, la entrevista a padres de familia para obtener información acerca de la vida personal de los niños; la terapia de juego desarrollada con los niños escogidos basada en la perspectiva de Virginia M. Axline; utilizando los siguientes instrumentos: cuestionario de habilidades de interacción social, ficha clínica, historia clínica (anamnesis), guía de observación, hoja de evolución y hoja de control de pacientes que pueden verse en los Anexos.

A través de los datos obtenidos en el cuestionario de habilidades de interacción social aplicado antes y después de la terapia de juego se comprueba que la mayoría de los participantes manifestaron un nivel más alto en las habilidades de interacción social, especialmente en las destrezas para mejorar sus relaciones interpersonales, habilidades relacionadas con las emociones y sentimientos, interés a grupos sociales y en la comunicación.