

RESUMEN

Esta investigación abarca un plan Individualizado para la intervención terapéutica de un niño afectado del Síndrome del X Frágil, el mismo que presenta problemas de comportamiento y aprendizaje.

Los capítulos de este proyecto, se lo han dividido en tres partes, la primera aborda todo el marco investigativo, en donde se hace referencia a un estudio breve del Síndrome del cromosoma X Frágil; y los lineamientos teóricos de la Terapia de Juego Cognitiva- conductual.

En el segundo capítulo se realiza un diagnóstico psicopedagógico del niño.

El tercer capítulo abarca el plan y sus aplicaciones, donde se incluyen los resultados y análisis de 5 secciones aplicadas al niño.

INDICE DE CONTENIDOS

PORTADA	
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO 1.	
CONSIDERACIONES PRELIMINARES	5
INTRODUCCIÓN	4
1. SÍNDROME DEL CROMOSOMA X FRÁGIL	5
1.1. ¿Qué es el Síndrome X Frágil	5
1.2. Origen del Nombre	5
1.3. Investigaciones	6
1.4. Características	6
1.4.1. Características Físicas y No Físicas	6
1.4.2. Características Psíquicas	7
1.5. Tratamiento	8
1.5.1. Tratamiento Médico	8
1.5.2. Tratamiento Educativo	8
2. LA TERAPIA DE JUEGO COGNOSCITIVO- CONDUCTUAL	8
2.1. ¿Qué es el Juego?	8
2.2. El Juego en niños especiales	9
2.3. ¿Qué es la Terapia de Juego?	9

3. LA TERAPIA DE JUEGO COGNOSCITIVA- CONDUCTUAL	10
3.1. Importancia de la Terapia de Juego Cognoscitivo- Conductual	10
4. RASGOS BREVES DE LAS ORIENTACIONES COGNITIVAS Y CONDUCTUALES	11
4.1. Terapias Cognoscitivas	11
4.1.1. Principios Cognitivos aplicables a los niños	12
4.2. Terapias Conductuales	13
5 MÉTODOS	14
5.1. Modelamiento	14
5.2. Desempeño de Roles	15
5.3. Contingencias Conductuales	15
6. TÉCNICAS	15
6.1. Técnicas Cognoscitivas	15
6.1.1. Registro de pensamientos disfuncionales	15
6.1.2. Estrategias de cambio cognoscitivo	15
6.1.3. Autoafirmaciones de enfrentamiento	16
6.1.4. Biblioterapia	17
6.2. Técnicas conductuales aplicables al niño	17
6.2.1. Desensibilización Sistemática	17
6.2.2. Manejo de la Contingencia	17
6.2.2.1. Reforzamiento Positivo	17
6.2.2.2. Moldeamiento	18
6.2.2.3. Extinción	18
6.2.2.4. Tiempo Fuera	18
6.3. Automonitoreo	19
7. PROCEDIMIENTO	19
7.1. Rol del Terapeuta	19
7.2. La sesión Terapéutica	20
7.3. Etapas preliminares para el tratamiento terapéutico	20

7.3.1. Evaluación	20
7.3.2. Incorporación y preparación del niño para la terapia de juego cognoscitiva-conductual	21
8. Conclusiones	21

CAPITULO 2

EL DIAGNÓSTICO PSICOPEDAGÓGICO	23
2. Introducción	24
2.1. La Evaluación Psicopedagógica	24
3. Estudio del caso	25
3.1. Antecedentes	25
4. Recopilación de Datos	27
4.1. Principales reactivos para la intervención	27
4.1.1. Reactivo A. El Test de Madurez Argentino	27
4.1.1.1. Resultado del Test	27
4.1.2. Reactivo B. Guía Portage	28
4.1.2.1. Resultado del Test	28
4.1.3. Reactivo C. Brunet & Lezine	28
4.1.3.1. Resultado del Test	28
5. Diagnóstico General	30
6. Conclusiones	30

CAPITULO 3

PLAN Y SUS APLICACIONES	31
3. Introducción	32
3.1. Planificación de la Intervención	32
3.1.1. Objetivos de la Intervención	33
3.1.1.1. Objetivo General	33
3.1.1.2. Objetivos Específicos	33
3.2. Métodos de Intervención	34
3.3. Técnicas Estratégicas	35
3.3.1. Los Títeres	35
3.3.2. Tito el Osito Relajante	36
3.3.3. El Sol de Tolerancia	36
3.4. Recursos	36
3.4.1. Recursos Humanos	36
3.4.2. Recursos Materiales	37

3.5. Planificación de las Sesiones	37
3.6. Estructuración de las Sesiones	37
3.6.1. Sesión 1	37
3.6.1.1. Observación sesión 1	38
3.6.2. Sesión 2	39
3.6.2.1. Observación sesión 2	40
3.6.3. Sesión 3	41
3.6.3.1. Observación sesión 3	41
3.6.4. Sesión 4	42
3.6.4.1. Observación sesión 4	44
3.6.5. Sesión 5	45
3.6.5.1. Observación sesión 5	45
4. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE LAS SESIONES PSICOPEDAGÓGICAS	46
5. Conclusiones	50
CONCLUSIONES GENERALES	52
RECOMENDACIONES GENERALES	53
BIBLIOGRAFÍA	54

DEDICATORIA

A mi Padre Dios, por haberme dado esta vocación.

A ti Tony,

Porque me brindaste el apoyo y cariño

Día tras día en mi carrera, por tus enseñanzas y valores.

A mis padres y mi familia; por estar siempre conmigo.

A mi Directora de Tesis, Elisa, gracias por sus consejos, su carisma, y sabiduría para guiarme en la elaboración de este proyecto.

TANIA MAXI.

AGRADECIMIENTO

Por la invaluable contribución para la realización del presente trabajo, agradecemos de manera especial a:

Master Jorge Quintuña, Decano de la Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación (UDA).

Mgst. Elisa Piedra, Directora de Tesis.

A todos los profesores de Psicología Educativa,

A nuestros compañeros y amigos de aula.

A mis compañeras de labores:

Dra. Alexandra Gómez

Lorena Cuesta

Jhina Zuña

Lcda. Maria de Lourdes.

Adriana Jiménez

Por su colaboración para este trabajo investigativo.

INTRODUCCION

Desde los primeros años de vida el juego ha sido indispensable dentro de la evolución del ser humano, ya que, jugando aprendemos a explorar, a percibir, y a interpretar nuestro ambiente, y con ello a socializándonos con las personas que lo integran, así por ejemplo: Los juegos táctiles, en donde los recién nacidos utilizan el sentido del tacto para desarrollar y experimentar nuevas sensaciones que estimulan su evolución, teniendo como primera experiencia el contacto con su madre.

El juego en sí se inicia desde la infancia y va evolucionando de acuerdo con las etapas del desarrollo, esto lo tenemos muy claro; pero es importante conocer en el estudio del caso del niño afectado con el síndrome del X Frágil, como el juego le permitirá al pequeño disminuir en cierta manera su déficit que ha generalizado un retraso en su desarrollo evolutivo.

Dentro de este proyecto nos centraremos en el estudio breve del juego como terapia y el juego en niños especiales.

El juego como terapia, permite al individuo satisfacer las necesidades emocionales estableciendo un vínculo entre el terapeuta y el niño, dándole la oportunidad de expresarse y adaptarse a la situación. Esto también lo tenemos muy en

claro; pero es importante dentro de este estudio, conocer como el niño puede solucionar sus conflictivas mediante los juegos programados en los diferentes tratamientos psicoterapéuticos encaminados a la terapia de juego cognoscitivo-conductual.

Para aclarar un poco nuestra idea para la terapia, es necesario saber como vieron ciertos analistas al juego, como eje central del desarrollo del niño.

Para los psicoanalistas entre ellos Freud dice” el juego está vinculado a los sentimientos inconscientes, y al símbolo como disfraz que se ponen los niños para ocultar la realización de sus deseos” Tennutto, (2004, 2005,333. Además para los psicoanalistas el juego se lo utiliza como instrumento terapéutico, que permite analizar los conflictos personales y familiares del niño.

Para los cognitivistas , el juego ha sido considerado como la base para la estructuración de los procesos mentales, partiendo desde la acomodación e imitación en los primeros años de vida del niño. Esta idea la veremos más a profundidad en el capítulo 1, en donde la terapia cognitiva influye con éxito en nuestro trabajo terapéutico.

EL juego para nosotros es una herramienta estimulante y motivadora que lleva al niño a expresar sus emociones y sentimientos de su conflictiva interna; pues al manipular los juguetes en cada uno de sus juegos, el niño pone en

evidencia sus problemas tanto familiares como sociales; y con la realización de este plan terapéutico que nos hemos propuesto, nos lleva a centrarnos en el juego como terapia para la resolución de problemas del caso a solucionar.

Dentro de los capítulos de este proyecto, hemos considerado dividirlo en tres partes: la primera abordará todo el marco investigativo, en donde se hará referencia a un estudio breve del Síndrome del cromosoma X Frágil, sus orígenes, sus investigaciones, las características y tipos de tratamiento. Además abordaremos los temas referentes a nuestro estudio que estarán centrados bajo la teoría de la Terapia de Juego Cognitiva- Conductual, las orientaciones cognitivas y conductuales, los principios aplicables a los niños, los métodos, las técnicas de cada terapia, el procedimiento y el rol del terapeuta en la solución de problemas, la sesión terapéutica, y las evaluaciones.

En el segundo capítulo abordaremos los instrumentos que se han utilizado para el diagnóstico psicopedagógico, de nuestro caso.

En tercer lugar el plan y sus aplicaciones donde incluyen los objetivos de la intervención, los métodos, las técnicas entre ellas los títeres, los juguetes, Tito el Osito Relajante,

el Sol de la Tolerancia. Además los recursos humanos que intervendrán en el proceso recuperativo, los materiales que se utilizarán para el tratamiento, las planificaciones de las cinco sesiones aplicadas al niño, los resultados y análisis de cada sesión, el seguimiento del caso, las evaluaciones finales y las recomendaciones a padres y maestros.

CAPITULO 1

CONSIDERACIONES PRELIMINARES

INTRODUCCIÓN

En este primer capítulo abordaremos breves rasgos científicos sobre el Síndrome del cromosoma X Frágil, como se originó, de donde proviene su significado, las principales investigaciones científicas, sus características, y las clases de tratamiento.

Los temas centrales que se basan en este capítulo van dirigidos hacia el conocimiento del juego en sí y el juego como terapia. Además es importante tener una idea clara del juego en niños con retraso mental, y por supuesto la base específica del plan de intervención que será fundamentado bajo la idea de la Terapia de Juego Cognoscitiva- Conductual básico en el proceso terapéutico de nuestro estudio, su tratamiento, sus principales enfoques, sus métodos, y técnicas comprendidas para la intervención cognoscitiva- conductual del caso a tratar.

1. SÍNDROME DEL CROMOSOMA X FRÁGIL

1.1. ¿Qué es el Síndrome X Frágil?

“El Síndrome X Frágil se presenta como una anomalía de las células sexuales a la que se conoce como *SÍNDROME DEL CROMOSOMA X FRÁGIL*. El X Frágil se llama así,

porque una pequeña parte de la punta del cromosoma X parece susceptible a la ruptura en ciertas condiciones. El SXF, es la segunda causa más común identificable del retraso mental en los hombres. El síndrome por lo general, provoca un retraso mental de severo a profundo, a pesar que algunos individuos que se ven afectados tienen un retraso leve. Con frecuencia, se observan comportamientos autistas y problemas de lenguaje en las personas que padecen el Síndrome X Frágil. “(Sarason, 1993, 512)

El Síndrome del X Frágil (Pág., 512), se transmite a través del cromosoma X, es decir, los hombres deben heredar el trastorno de la madre. Si sólo uno de los cromosomas X de la madre está afectado por el síndrome del X Frágil, la mujer puede o no sufrir un retraso; pero es probable que sea portadora y pueda transmitir el problema a sus hijos.

1.2. ORIGEN DEL NOMBRE.

El Síndrome del X Frágil, también conocido como síndrome de Martín & Bell, es un trastorno que ocasiona retraso mental. El SXF, resulta en particular, un defecto en un gen llamado FMR1. El defecto en este gen es una repetición del trinucleótido CCNG (tripleto Citosina – Guanina- Guanina). Cuando este grupo de tres nucleótidos se expanden más de 200 veces, se extingue la expresión del gen, ó sea, se

apaga el gen produciéndose el conocido Síndrome del X Frágil.

1.3. INVESTIGACIONES ¹

El Síndrome X Frágil, fue descrito por primera vez en 1943 por J. Purdon Martín y Julia Bell. Su origen genético no se descubrió sino hasta el año 1969, cuando se encontró en individuos que mostraban ciertas características físicas y mentales diferentes a una persona normal y se detectó en estos que en su cromosoma X tenía un trozo parcialmente roto.

Por el año de 1991 descubrieron el gen FMR1 (*Fragile X Linked Mental Retardation type 1*), que causa el X frágil, impulsando a la investigación médica y psicopedagógica. Este gen tiene una importancia dentro del funcionamiento normal del cerebro humano.

Cada individuo tiene al menos un gen FMR-1. Las mujeres tienen dos cromosomas X, por lo que tiene dos copias del gen FMR-1. Por su lado, los varones sólo tienen un cromosoma x, y por lo tanto tienen un único gen FMR-1.

El síndrome del X Frágil, está causado por una alteración completa llamada *mutación* en el gen FMR-1 que se produce tras muchas generaciones. Aunque la mayoría de los varones con la mutación X Frágil tienen problemas de

¹ Síntesis de la página web. www.aeped.es/protocolo/genetica.

aprendizaje y comportamiento, hay algunos que no están afectados. Por ejemplo, las niñas y mujeres que tienen la mutación X Frágil, no suelen estar afectadas, porque tienen un segundo cromosoma X que funciona adecuadamente. Sin embargo, algunas de estas mujeres tienen problemas de aprendizaje y de salud mental, no suelen estar afectadas, porque tienen un segundo cromosoma X que funciona adecuadamente. Sin embargo, algunas de estas mujeres tienen problemas de aprendizaje y de salud mental.

1.4. CARACTERÍSTICAS

Entre las características asociadas al síndrome X Frágil, se consideran las Físicas y No Físicas, y las características Psíquicas.

1.4.1. Características Físicas y No Físicas.

Suelen presentarse ciertos rasgos físicos asociados con el SXF, tanto en varones como en mujeres y estos son:

- Sus caras son alargadas y estrechas.
 - Las orejas grandes.
 - Su mentón es prominente y cuadrado.
 - En varones se presenta el macroorquidismo (testículos grandes)
 - El paladar elevado (techo de la boca)
 - Prolapso de la válvula mitral

- Aleteo de manos.
- Callos de las manos.
- Escaso contacto visual (estrabismo)
- Convulsiones.

Los rasgos físicos en las mujeres son menos fáciles de identificar, ya que, tienen la cara larga y estrecha y las orejas grandes, asociados con el retraso en el aprendizaje o leve retraso mental. También suelen darse a veces hipersensibilidad en las articulaciones, paladar ojival y prolapso de la válvula mitral.

1.4.2. Características Psíquicas.

Las características psíquicas dentro de lo conductual, se encuentran las más evidentes: por ejemplo: en los varones la hiperactividad. Los trastornos de atención, problemas de concentración, ya que, su nivel de atención a ciertas actividades son mínimos.

En estos chicos también se presentan problemas de timidez extrema, evitación de la mirada, un lenguaje es repetitivo, estereotipias con aleteos de las manos y tendencia a morderse; la hipersensibilidad a los estímulos, impulsivos, no esperan turnos, resistencia a los cambios, ansiedad social o sea aversión a mantener contacto visual hacia los demás, son imitativos, especialmente a los

comportamientos inadecuados, a las frases insultantes y a un lenguaje grosero.

Los individuos con Síndrome X Frágil, por lo general, su retención de memoria son reducidos; pero pueden ser excelentes y mantenerse en un período de tiempo considerado teniendo en cuenta que el interés de ciertos temas sea primordial para ellos.

Preferencia a las rutinas, los niños pueden turbarse cuando las rutinas establecidas se rompen.

Comportamiento repetitivo, se presenta en aletear y agitar las manos y a mordérselas.

Dentro de las mujeres afectadas del síndrome se observan dificultades dentro de las áreas como las matemáticas; además son personas tímidas y tienden a angustiarse.

1.5. TRATAMIENTO

El Síndrome del Cromosoma X Frágil, no tiene tratamiento médico curativo; pero sí tratamiento paliativo de algunos síntomas.

El tratamiento ha de seguir si se lo da; por un lado en el aspecto médico y por otro lado en el aspecto educativo.

1.5.1. Tratamiento Médico:

El tratamiento médico debe ser impartido por especialistas que encaminen a mejorar determinados problemas que se

susciten en un niño con X Frágil, pueden ser neurólogos, logopedas, educadores especiales, psicólogos, etc.

1.5.2. Tratamiento Educativo:

En el aspecto educativo, se encamina a tratar los diversos problemas que padecen estos niños, teniendo en cuenta la necesidad y apoyo para las diferentes áreas enfocadas al tratamiento psicopedagógico como pueden ser:

- Atención, hiperactividad e impulsividad.
- Aprendizaje.
- Habla y lenguaje
- Problemas de comportamiento.
- Dificultades en el proceso auditivo.
- Procesos secuenciales.
- La incapacidad para procesar información sensorial de manera efectiva y habilidades motoras.
- Razonamiento abstracto.
- Habilidades aritméticas.

[www. aeped/protocolos/genetica](http://www.aeped/protocolos/genetica)

2. LA TERAPIA DE JUEGO COGNITIVA-CONDUCTUAL

Para entender con claridad cual será nuestro propósito terapéutico, partiremos en conocer que es el juego, el juego como técnica de tratamiento y como se presenta el juego en niños especiales.

2.1 ¿Qué es el Juego?

El juego es un mecanismo de comunicación innata del niño, y a través del mismo, podemos crear ámbitos en los que las posibilidades de expresión sean más abiertas y directas, es por ello, que para trabajar con niños hay que entender y aprender el significado del juego.

Para (Erikson, 1950) “el juego es una función del yo, un intento de sincronizar los procesos corporales y sociales con él 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, conflictivos, o traumas que se presentan en la infancia.

Para Jerome Bruner (1915) “el juego es un medio de minimizar las consecuencias de las propias acciones y, por lo tanto, de aprender en una situación menos arriesgada”.

(Tenutto, 2004-2005, 337)

2.2. El Juego en Niños Especiales

“Sokolova (1973) estudió el desarrollo del juego en niños con retardo mental y observó que estos desconocen el juego temático protagonizado, ya que, utilizan objetos imaginarios para realizar una acción y el lenguaje es pobre. Solo algunos niños mayores se dirigían hablando a sus muñecas. Sin embargo gracias a la educación especial, se observa que con la dirección de los adultos se logra que los niños con Retardo Mental desarrollen y aprendan con la

muñeca una serie de acciones que les permite jugar y elaborar su realidad, aunque sea a menor nivel que los niños normales. En los niños ciegos y sordos sucede lo mismo, enfatizando en los sentidos que se pueden potenciar y a través de los cuales estos niños reciben la información.” Pucurucu, (2002,32)

2.3. ¿Qué es la Terapia de Juego?

La terapia de juego se utiliza para satisfacer las necesidades emocionales de los niños, estableciendo un vínculo entre el terapeuta y el niño, dándole la oportunidad de expresarse y adaptarse a su situación a través de la comunicación simbólica del juego. Pues le ayuda a comprender que factores están asociados con la aparición de los problemas que el menor presenta.

“La terapia de Juego, es un concepto ampliamente utilizado dentro del campo de la psicología infantil. Se refiere al uso del juego, en representaciones como técnica en el tratamiento de la psicología infantil. Hay que considerar que dependiendo del tipo de terapia que se utilice el objetivo del juego es diferente.” (Pacurucu, 2002, 43)

La terapia de juego, no es sólo una modalidad del tratamiento, sino un método de comunicación entre el terapeuta y el niño, ya que, mediante el juego le otorga al niño una comprensión de sus pensamientos y sentimientos; puesto que el niño lleva a terapia sus conflictos y fantasías,

y por medio del juego se pueden revelar como el niño se considera a sí mismo y a los demás.

3. LA TERAPIA DE JUEGO COGNOSCITIVA- CONDUCTUAL

“La Terapia de Juego Cognoscitiva- Conductual, está basada en teorías conductuales y cognoscitivas del desarrollo y la psicopatología emocional y las intervenciones que se derivan de estas teorías. “
O’CONNOR, (1997,135-136)

La TJCC, se centra en el tratamiento de los niños dentro de su propio entorno natural, ya sea, con la familia, la escuela o con sus pares. (Ronen, 1998, Pág. 13)

3.1. IMPORTANCIA DE LA TERAPIA DE JUEGO COGNOSCITIVA-CONDUCTUAL²

La TJCC, como terapia estratégica para la solución de problemas con Edwin, nos permitirá:

3.1.1. Integrar al niño al tratamiento mediante el juego, por lo que, el terapeuta tendrá la posibilidad de manejar los conflictos del niño de un modo directo, y además le permitirá un análisis empírico del tratamiento.

3.1.2. La Terapia de Juego Cognoscitivo-Conductual, como método estratégico, desarrollaremos pensamientos y conductas adecuadas, y esto se lo hará mediante el

² Síntesis del libro O’CONNOR, “Manual de terapia de juego” 1997

modelamiento de títeres para presentarle al paciente las situaciones problemáticas suscitadas en su entorno.

3.1.3. La TJCC, es estructurada, directiva y se orienta a la consecución de objetivos.

3.1.4. La Terapia de Juego Cognoscitivo- Conductual, incorpora técnicas demostradas de modo empírico (Bandura, 1977. Una de las técnicas más comúnmente utilizadas es el modelamiento. Esta es la base de una buena parte de la TJCC, debido a la necesidad de hacer demostraciones de una manera precisa, adecuada y no verbal para niños.

3.1.5 Dentro de la terapia del juego cognitivo-conductual, para Knell, (1993) “los terapeutas tienen un papel activo, están orientados hacia objetivos concretos, e intentan modificar pensamientos, emociones y patrones de conducta problemáticos a través del juego” (FRIEDBERG & McCLURE, 2005, 186)

3.1.6 Los juegos infantiles también forman parte de la TJCC, son medios que permiten la resolución de problemas y activan las emociones. Los terapeutas cognitivos utilizan estos juegos como mecanismo que le permitirá al sujeto identificar pensamientos y emociones, para corregir patrones de pensamiento inadecuados y mejorar sus habilidades.

4. RASGOS BREVES DE LAS ORIENTACIONES COGNITIVAS Y CONDUCTUALES.

Esta orientación parte del supuesto de que la actividad cognitiva determina el comportamiento. No obstante, dentro de ella existen muchas diferencias al enfocar los aspectos cognitivos, ya que, unos se centran en estructuras, creencias o supuestos básicos como principales entidades causales de las emociones y la conducta (Ellis, Beck); otros en procesos tales como solución de problemas, distorsiones cognitivas.

Para (D´Zurilla). Las terapias conductuales para los niños, se desarrollan como un refuerzo que permite ayudar tanto a niños como a padres a trasladar el conocimiento obtenido en la terapia, hacia su ambiente natural.

Las técnicas aplicadas en este enfoque son las de reestructuración cognitiva, solución de problemas, entrenamiento auto-instruccional, etc. En la modificación cognitiva- conductual se utilizan manipulaciones ambientales como en otros enfoques, pero tales manipulaciones representan ensayos de *feedback* informativos o experimentos que aportan una oportunidad para que el individuo cuestione, revalorice y adquiera autocontrol sobre conductas, sentimientos y cogniciones

desadaptativas, al mismo tiempo que practica habilidades entrenadas.

El terapeuta lo que consigue con este enfoque, es indagar en aspectos que “refuercen y mantengan las conductas problemáticas del niño”, con la finalidad que se puedan modificar.

4.1. TERAPIAS COGNOSCITIVAS

El uso de la terapia de juego cognitiva es necesario, por que mediante el juego le permite al niño resolver su problema él solo con la ayuda de los muñecos, para que de esa manera desarrolle su habilidad de juego y juicio cognitivo

Las terapias cognoscitivas “se basa en la teoría del aprendizaje social y utiliza una combinación de técnicas, muchas de las cuales tienen su origen en los modelos del condicionamiento clásico y operante (Hart y Morgan, 1993). La teoría del aprendizaje social (Bandura, 1977, Rotter, 1982), se basa en la suposición de que el entorno, las disposiciones personales y el comportamiento situacional de una persona se determinen mutuamente y de que la conducta es un fenómeno dinámico y en constante evolución.”

(FRIEDBERG, 2005,5)

Las técnicas Cognitivas son un enfoque estructurado, que ayudan al individuo a hacer cambios en el pensamiento y las percepciones y por último en la conducta.

Partiendo de los principios planteados por Beck (1964, 1976), la escuela cognitiva conductual, ha incorporado a su tratamiento el uso del juego con niños pequeños.

Desde partir de 1990 con los aportes de Knell y Moore, se ha demostrado la utilidad de combinar la terapia de juego y la terapia cognitiva, a la que se le denomina "Terapia de Juego Cognitiva" (*Cognitive Behavioral Play Therapy CBPT*) y se practica con niños entre los 2 años y medio a los 6 años. Esta terapia está basada en la teoría cognitiva de los trastornos emocionales.

Beck (1963, 1964, 1972, 1976) y Ellis (1958, 1962, 1971) desarrollaron la terapia cognoscitiva y la racional emotiva, con la finalidad de trabajar en el campo terapéutico con adultos, y adaptaron para el uso con niños y adolescentes con algunas adaptaciones a partir de las intervenciones con adultos. O'CONNOR', (1997,135)

La terapia cognitiva proporciona un formato estructurado y directivo dentro de las terapias individuales y colectivas.

4.1.1. PRINCIPIOS COGNITIVOS APLICABLES A LOS NIÑOS³

Beck y Emery (1985) propusieron 10 principios, estrategias y técnicas utilizadas en la terapia cognoscitiva con adultos, estos se basan en los principios de la psicoterapia, y después los clasificaron para la aplicación a niños pequeños.

PRINCIPIO 1: La terapia cognoscitiva se basa en el modelo cognoscitivo de los trastornos emocionales.

PRINCIPIO 2: La terapia cognoscitiva es breve y de tiempo limitado con una duración menor a seis meses. Los tratamientos breves y de tiempo limitado son adecuados para los niños. Las sesiones deben ser sencillas, específicas concretas hacia la solución de problemas.

PRINCIPIO 3: Una relación terapéutica firme es una condición necesaria para la terapia cognoscitiva efectiva, es decir, debe existir una confianza y aceptación positiva entre el paciente y el terapeuta para un buen resultado en el tratamiento terapéutico.

PRINCIPIO 4: La terapia es un esfuerzo de colaboración entre el terapeuta y el paciente, ya que, conjuntamente trabajan para elaborar estrategias y planes encaminados a mejorar las dificultades.

³ Síntesis del libro O'CONNOR "Manual de Terapia de Juego", 2000.

PRINCIPIO 5: La terapia cognoscitiva utiliza de un modo fundamental en método socrático, en donde el terapeuta utiliza la pregunta como una guía para ayudar al individuo a modificar el pensamiento inadaptativo.

PRINCIPIO 6: La terapia cognoscitiva es estructurada y directiva, aquí el terapeuta establece los objetivos específicos para cada sesión tanto individual como grupal dependiendo de las necesidades de cada individuo.

PRINCIPIO 7: La terapia cognoscitiva se orienta hacia la solución de problemas con el objetivo de identificar y modificar pensamientos y conductas inadaptativos del individuo.

PRINCIPIO 8: La terapia cognoscitiva se basa en un modelo educativo. El terapeuta funciona como maestro, enseñándole al individuo reemplazar conductas inadaptativas con conductas adaptativas y al mismo tiempo que aprenda métodos alternativos específicos para el enfrentamiento.

La enseñanza de nuevas habilidades en la terapia de juego se puede lograr mediante el modelamiento con títeres y otros juguetes.

PRINCIPIO 9: La teoría y las técnicas de la terapia cognoscitiva se apoyan en el método inductivo.

El terapeuta selecciona y pone a prueba las diversas técnicas que encaminen a un tratamiento adecuado.

PRINCIPIO 10: La asignación de tareas para casa es una característica esencial de la terapia cognoscitiva.

4.2. TERAPIAS CONDUCTUALES

La terapia conductual, se basa en la mejoría de las conductas inadaptables observables de las personas.

Dentro de las técnicas conductuales se incluyen tres modelos de gran interés como: el condicionamiento clásico y operante de Skinner y la teoría social.

Para Skinner el condicionamiento clásico alude a las conductas que responde el individuo, y por otra parte el condicionamiento operante, es aquel que remite a las conductas operantes sobre el medio. En su teoría Skinner habla acerca de los “refuerzos”. Estos no son más que estímulos, que en función de los efectos que producen pueden clasificarse en reforzadores positivos y reforzadores negativos.

Bandura (1977), se centra en su modelo de la teoría del aprendizaje social, y su tesis sobre el modelo de estímulo-respuesta; pues coloca su énfasis sobre el aprendizaje por medio de la observación y el control cognoscitivo. “La teoría del aprendizaje social considera un componente adicional basado en el aprendizaje observacional y sobre los aspectos más cognoscitivos de la conducta. La ampliación

del modelo de estímulo-respuesta proporcionó el impulso para el desarrollo de la terapia cognoscitiva.” O’CONNOR, (2000, .134)

5. METODOS ⁴

Para la intervención se puede partir mediante la utilización de técnicas y estrategias, sobre todo en métodos de modelamiento, del desempeño de roles y contingencias conductuales (Braswell & Kendall, 1988).

5.1. MODELAMIENTO

Dentro de la TJCC, el modelamiento se utiliza para demostrarle al niño métodos adaptativos de entrenamiento. En la Terapia cognoscitivo- Conductual, el modelamiento no es verbal; pero se puede verbalizar las habilidades para la resolución de problemas. Para Bandura (1977) “El modelamiento es un método efectivo para adquirir y fortalecer conducta, así como para debilitarla”

Bandura y Menlove (1968), usaron un tratamiento de modelado para reducir el miedo a los perros en niños: luego de observar a un modelo que sin miedo realizaba actividades diversas con un perro, inicialmente los niños miedosos mostraron un incremento en su disposición a enfrentarse y acariciar un perro. El modelado nos plantea

⁴ Síntesis del libro O’CONNOR, “Manual de Terapia de Juego” 1997

un tema importante, ocupar el rol de mediador en el aprendizaje y en la conducta, o sea el individuo observa a otra hacer algo inmediatamente que muestre un cambio en la conducta.

5.2. DESEMPEÑO DE ROLES

Este método consiste en que el terapeuta con el niño practican sus habilidades y recibe retroalimentación actualizada con respecto al progreso de la terapia; además el desempeño de roles es eficaz, ya que, mediante la observación directa del niño aprende a “practicar” algunas habilidades.

5.3. CONTINGENCIAS CONDUCTUALES

Las contingencias conductuales, son un componente significativo de la TJCC, pues implica reforzar o gratificar al niño por la adquisición de nuevas habilidades. También se puede “enseñar” y “motivar” al niño para que utilice autoafirmaciones positivas de enfrentamiento. El terapeuta puede utilizar contingencias conductuales en cada sesión, y también “alentar y fucilar” a los padres para que planeen contingencias en el hogar u otros ambientes.

6. TÉCNICAS Dentro del tratamiento específico de nuestro caso abordaremos ciertas técnicas que nos permitirán un conocimiento claro y preciso de cada técnica y su valor dentro del tratamiento terapéutico.

6.1 TÉCNICAS COGNOSCITIVAS

Aquí el papel del terapeuta es fundamental, por que él está capacitado para ayudar al paciente a identificar, modificar o establecer cogniciones.

Dentro de las estrategias cognitivas ponen en consideración las siguientes técnicas:

6.1.1. REGISTRO DE PENSAMIENTOS DISFUNCIONALES:

El terapeuta cognoscitivo invita al paciente a verificar y registrar sus pensamientos de manera verbal o escrita, cuando los niños son muy pequeños se pueden pedir la colaboración de los padres, ya que, están en mayor contacto con las actividades del niño y así puedan registrar las afirmaciones disfuncionales de sus hijos. “El padre que posea agudeza estará atento y esperará los comentarios respectivos, no solo en su comunicación directa con su hijo, sino por medio del juego de éste”.

O’CONNOR, (154)

6.1.2. ESTRATEGIAS DE CAMBIO COGNOSCITIVO

“Con los adultos, la comprobación de hipótesis se utiliza para modificar cogniciones defectuosas. Los pensamientos, creencias, suposiciones y expectativas reciben un tratamiento semejante al de las hipótesis que deben comprobarse de manera científica. (PÀG 154), Para el análisis de éste enfoque se debe considerar tres aspectos que son: Juzgar la evidencia, sondear las alternativas y

analizar las consecuencias. Aunque para la aplicación de éstas estrategias en niños son dificultosas, ya que, las capacidades cognoscitivas de los pequeños son más limitadas que un adolescente o adulto”. Los niños pueden tener problemas al analizar situaciones, proporcionar explicaciones alternativas y comprender consecuencias. Debido a que los niños tienen la capacidad de malinterpretar y distorsionar la realidad.

Mediante el juego le permite al niño sacar a la luz sus situaciones problemáticas, y obtener el dominio sobre los acontecimientos y las circunstancias, y el terapeuta ayudará al pequeño en la consecución de ese dominio. Con la modificación de cogniciones podemos en nuestro caso trabajar hacia el cambio de sentimientos y creencias de los padres tienen sobre la problemática del niño, que no se enfoquen hacia el síndrome, sino aun cambio conductual y cognoscitivo del niño, por lo que, debemos lograr que los padres tomen conciencia y acepten que el niño tendrá un retraso y que en ellos juzgar, sondear y analizar las consecuencias del comportamiento de su niño, y que se deben trabajar conjuntamente con el equipo multidisciplinario hacia la recuperación de las áreas afectadas y hacia una modificación de conducta.

6.1.3. AUTOAFIRMACIONES DE ENFRENTAMIENTO

Meichenbaum en 1985 dice: “Que los individuos de todas las edades pueden recibir ayuda para elaborar autoafirmaciones de enfrentamiento que resulten adaptativas La estrategia de tratamiento debe modificarse con base en la edad y el nivel cognoscitivo del individuo”

Para la enseñanza de autoafirmaciones de enfrentamiento se debe modificar cuando se trabajan con pequeños, especialmente cuando se encuentran en la etapa preoperacional del desarrollo cognoscitivo, ya que, se puede lograr autoafirmaciones sencillas sobre sí mismo.

Las autoafirmaciones son aplicables en nuestro caso, por lo general los padres deberán modelar situaciones positivas para que el niño reciba el mensaje positivo de sus padres,(por ejemplo comenzar con el control de esfínteres del niño mostrándoles situaciones reales mediante el juego simulando con muñecos o títeres la ida al baño), y así paso a paso lograr que el niño interiorice el mensaje del títere.

6.1.4. BIBLIOTERAPIA

La biblioterapia es una técnica cognoscitiva que se utiliza de manera creciente como accesorio de la terapia, en que mediante las lecturas de historietas, literaturas infantiles, fábulas, proporcionan en los niños un desfogue de su problemática, en dónde el terapeuta cuenta al niño historias

similares a su conflictiva y niño pueda de alguna manera disminuir su estado de ansiedad.

6.2. TÉCNICAS CONDUCTUALES APLICABLES AL NIÑO

Para la terapia de Juego Cognoscitivo-Conductual se consideran las siguientes técnicas:

6.2.1. DESENSIBILIZACION SISTEMATICA:

La desensibilización sistemática es un proceso de contracondicionamiento en que se utiliza para reducir los miedos y la ansiedad. Joseph Wolpe (1919-1997) *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*² (1958) “es el abordaje más integral de las técnicas conductuales, basados en procesos de contracondicionamiento.” (Friedberg, 2002, 160).

La desensibilización sistemática se lo logra mediante la enseñanza de la relajación muscular, y para realizar una de sensibilización hay que partir desde una jerarquía de ansiedad y hacer un entrenamiento con un agente contracondicionador. Las jerarquías de ansiedad se elaboran estableciendo unidades subjetivas de ansiedad en una escala en pocos intervalos que vayan del 1 al 10.

Para la aplicación con niños pequeños, sino se utiliza la técnica de la de -sensibilización, se puede optar por actividades de juego que no provoquen ansiedad.

6.2.2. MANEJO DE LA CONTINGENCIA

Algunas técnicas que se basan en el manejo de la contingencia pueden utilizarse tales como: los reforzadores positivos, el moldeamiento, la extinción, el reforzamiento diferencial y el tiempo fuera.

6.2.2.1. REFORZAMIENTO POSITIVO “Se trata del proceso de reforzar un comportamiento meta a fin de aumentar la probabilidad de que se repita. El reforzamiento positivo es la presentación de un reforzador deseable después de que se ha manifestado el comportamiento.”Núñez, 2002, 128.

MOLDEAMIENTO. Se trata de la formación de conducta nueva a partir de un desarrollo gradual hacia la meta deseada. El terapeuta refuerza al individuo mediante el moldeamiento de aproximaciones sucesivas hacia la respuesta meta.

EXTINCIÓNConsiste en eliminar el refuerzo de una conducta previamente reforzada. Esta técnica es la más lenta que de otras, y a veces puede producir un incremento de la conducta. Pero si la extinción se mantiene, la conducta disminuye progresivamente hasta su eliminación total. Esto por lo general, se apoya con el reforzamiento

diferencial de Tasas Bajas (RDTB). Pues se refuerza al sujeto por mantener una tasa de conducta más baja de la observada en la línea base.

El refuerzo diferencial de otras conductas, aquí el reforzador sigue a cualquier conducta que emite el sujeto a excepción de la conducta que se desea eliminar.

TIEMPO FUERA Consiste en retirar las condiciones del medio que permiten obtener refuerzo o sacar a las personas de éstas, durante un determinado período de manera contingente a la emisión de la conducta desadaptada.

El tiempo fuera, significa un período de alejamiento, este método se lo utiliza de un modo adecuado y con constancia.

Spiegler y Guevremont (1998), nos explican pasos esenciales para la utilización del “tiempo fuera”

Hay que decirle al niño la duración y los motivos del tiempo fuera.

El tiempo fuera deben ser breves.

Los padres no deben dar nunca refuerzos en el tiempo fuera.

Los padres deben hacer que el niño se quede en el tiempo fuera hasta que se acabe el tiempo establecido.

El tiempo fuera no debe facilitar beneficios secundarios al niño permitiéndole evitar responsabilidades desagradables.

6.2.3. AUTOMONITOREO

El automonitoreo dentro del manejo conductual, nos permite observar y registrar la información de los pacientes referente a su conducta. Además verificar las actividades y el estado de ánimo de cada uno de ellos. El automonitoreo funciona como una línea de base para comparar las conductas anteriores y presentes del individuo. Con el automonitoreo las actividades registradas del individuo lo podremos considerar en escalas que vayan de 10 que sería lo mejor a 0 lo peor; dentro del objetivo de esta técnica es que los padres del niño actúen desde el inicio de la sesión.

7. PROCEDIMIENTO

Es importante conocer como es el papel fundamental del terapeuta en una sesión psicopedagógica a que se orienta y como encamina su trabajo hacia la recuperación de los niños con dificultad.

7.1. ROL DEL TERAPEUTA.

En la TJCC, el rol fundamental del terapeuta es de orientar, modificar y crear estrategias específicas para el tratamiento terapéutico dentro de las conductas inadecuadas de los sujetos, con métodos adecuados que le enseñen a afrontar la problemática. Además el terapeuta debe hacer contacto con el individuo “empatía” para un

mayor contacto generalizando confianza y que el tratamiento tenga el éxito. Roger (1957) enfatiza la importancia de mantener un ambiente terapéutico seguro, al menos en cuanto a la calidez, actitud no prejuiciosa, empatía y consistencia del terapeuta.

El terapeuta debe tener en cuenta las siguientes conductas dentro de la terapia:

- Respuestas Empáticas: en donde demuestra un entendimiento sobre el estado de la otra persona y de lo que está experimentando, sean estos sentimientos, pensamientos o acciones.
- Estructuración: proporcionar información para que el niño sepa a qué atenerse, generalmente se realiza en la primera sesión, incluya las normas, duración y frecuencia de las sesiones, que hará el terapeuta y que puede hacer el niño.
- El terapeuta debe estar versado en la teoría cognoscitiva-conductual y en su aplicación clínica, la misma que les debe resultar cómodo adaptar a la TCC para su uso con los niños.
- Dentro de una terapia el individuo conjuntamente con el terapeuta seleccionará los materiales y las actividades adecuadas para cada sesión.

- La Terapia de Juego no es solo la modalidad del tratamiento, sino un método de comunicación entre el terapeuta y el niño.
- Tener una apertura al enfoque, ya que es importante considerar métodos alternativos dependiendo de cada niño.
- Tener la habilidad de autoexploración y receptividad para adquirir autoconciencia y autoconocimiento personal.
- Nuestro trabajo se basará en la programación de sesiones psicopedagógicas, de la observación directa e indirecta, y la preparación de materiales.

7. 2. LA SESION TERAPEUTICA: Para la sesión terapéutica el terapeuta debe conseguir un buen *rapport* y centrarse en los temas que conllevan al niño a asistir a terapia, además debemos tener en cuenta que el objetivo de la estructura de la sesión son: De orientar, centrar y dar contenido a la terapia. Basarnos de los aspectos que nos permitirán conducir una sesión de calidad y efectiva para el tratamiento del niño.

Es importante estructurar una sesión terapéutica para ayudar a los más pequeños a deliberar su problema y con la técnica del títere u otros muñecos y materiales que le agraden los colocará en el escenario adecuado

para expresar sus emociones y el terapeuta registrará el contenido de la historia que vaya creando con apuntes o cintas de videos.

7.3. ETAPAS PREELIMINARES PARA EL TRATAMIENTO TERAPÉUTICO

7.3.1. EVALUACIÓN

Para la etapa evaluativo del niño se considerará en las sesiones técnicas como: la observación directa e indirecta, en dónde se extrae la información necesaria sobre el comportamiento observable dentro de su entorno escolar y familiar. Es de suma importancia partir desde una observación directa e indirecta, hacia la interacción con el niño, como medio necesario para conocer la conflictiva que trae a la terapia, la entrevista a padres y educadores, nos permite conseguir varias instancias del comportamiento del niño con su familia y pares. Para la evaluación son importante dos clases de pruebas las cognitivas que se aplican al niño de manera individual, estas pruebas de desarrollo cognoscitivo intelectual proporcionan información del estado intelectual del pequeño. Y otra clase de pruebas, las proyectivas que proporcionan información acerca de los conflictos del niño y los estilos de enfrentamiento, su modo de organizar la información y su perspectiva del mundo. A los niños muy pequeños una estructura que

pudiera ser similar a la que otorgan las muñecas y los títeres.

Con la evaluación nos permitirá, elaborar con certeza un plan de tratamiento encaminadas a la conflictiva que presenta el niño, y así determinar los objetivos específicos, la metodología y el proceso de evaluación para la sesión propiamente dicha.

7.3.2. INCORPORACIÓN Y PREPARACIÓN DEL NIÑO PARA LA TERAPIA DE JUEGO COGNOSCITIVA-CONDUCTUAL

Es de suma importancia la preparación del niño para la terapia, los padres deben hablar con el niño sobre su situación y la gran preocupación que sienten ante la conflictiva de una manera sencilla para que lo entienda. Al niño hay que hablarle con la verdad y no mentirle a donde va a asistir, la biblioterapia es una fuente útil para preparar al niño ante el tratamiento.

8. CONCLUSIONES

Basándonos en todos estos aspectos característicos del Síndrome del Cromosoma X, nos da una pauta de la gran importancia en trabajar con casos de ésta índole; por lo que, nuestra misión como terapeutas, es buscar métodos y técnicas específicas que nos orienten hacia el tratamiento terapéutico, y es así, nos basaremos en una de las técnicas que ha dado buenos resultados dentro del

comportamiento humano. Este enfoque irá asociado con el apoyo de las Terapias tanto Cognitivas y Conductuales, y enfocados en la Terapia de Juego Cognoscitivo-Conductual como herramienta básica para el tratamiento psico- socio- afectivo.

- El objetivo de las terapias cognoscitivas y conductuales es utilizar el juego para modelar distintos comportamientos positivos, y eliminar poco a poco conductas inadecuadas que se presenten, y de esta manera el niño podrá palpar el modelo y encontrar las soluciones al problema.
- Además con la participación del terapeuta y la colaboración de varias técnicas le ayudará al niño ya al terapeuta a corregir pensamientos inadaptados para mantenerlos adecuados.

CAPITULO 2

2. EL DIAGNOSTICO PSICOPEDAGÓGICO

INTRODUCCIÓN

La inclusión de la terapia de juego cognoscitiva – conductual en nuestro tratamiento psicopedagógico, será importante, ya que, mediante el juego como diagnóstico puede ser estudiada ampliamente dentro del campo de la psicología, y se ha demostrado que una de las aplicaciones de la terapia de juego, ha sido solucionar aquellas dificultades que presentan los niños en su desarrollo a través de la intervención terapéutica. Sin embargo antes de llevar el tratamiento, es necesario realizar un buen diagnóstico y en este capítulo nos dirigimos en presentar los instrumentos de diagnóstico que se han utilizado con niños pequeños y que se basan en implementos necesarios para un psicodiagnóstico encaminados en las etapas evolutivas, las posibilidades cognitivas, motrices, y neurológicas y también del entorno cultural y social de nuestro pequeño.

Mediante la recolección de datos obtenidos de los diferentes test realizados, y fichas de observación nos han permitido focalizarnos en el trastorno del niño desde la familia, escuela y desde el niño mismo. Pues durante la

fase de diagnóstico los informantes más idóneos para dar cuenta de la evolución y dificultades de los niños, son sin duda los padres y educadores como fuentes cercanas al infante y con la elaboración de un plan terapéutico por parte de los terapeutas y profesionales estarán prestas para el tratamiento en las áreas afectadas por el Síndrome X Frágil con rumbo hacia la terapia de juego cognoscitivo conductual.

2.1. LA EVALUACIÓN PSICOPEDAGÓGICA

Se trata de un diagnóstico diferencial realizado por un equipo multidisciplinario en el contexto escolar (según la problemática del niño), de donde se obtendrá información sobre las dificultades, exclusivamente en las áreas del desarrollo evolutivo como son: cognitivas, sociales, emocionales, motrices y sensoriales.

En el diagnóstico, primeramente se parte de una entrevista clínica con los padres del niño para recoger información. Los puntos principales a seguir son los siguientes:

- Motivo de la consulta
- Datos de filiación y evolutivos del niño
- Datos de la dinámica familiar.

1. Perfil psicológico, emocional del niño.

2. Diagnóstico intelectual.
3. Diagnóstico madurativo.
4. Diagnóstico Psicomotor.
5. Diagnóstico del nivel de aprendizaje.
6. Diagnóstico del lenguaje, y
7. Diagnóstico clínico- médico.

3. ESTUDIO DEL CASO

3.1. ANTECEDENTES:

El presente caso está ubicado en el nivel educativo inicial, de un Centro Desarrollo Infantil de la ciudad, específicamente en el área de maternal donde se detecta la problemática.

El niño de nuestro estudio al cual lo llamaremos Edwin, de dos años, seis meses, ingresa al Centro Educativo, con una infinidad de recomendaciones por parte de sus padres; puesto que el niño nació con Macrocefalia y según los padres a los dos meses de nacido el niño se le controló la Hidrocefalia. Estudios realizados por el neuropediatría diagnosticó, que el niño presenta una lesión neurológica centrada en el lóbulo frontal en la que determina que el niño tendrá retraso en las diferentes áreas del desarrollo. El

niño es muy dependiente de sus padres, a pesar de que ellos pasan poco tiempo con él, se muestra caprichoso, según los padres; esta conducta en casa la ignoran y el mecanismo de defensa del niño es reaccionar con la mano cuando se enoja, pues golpea a los adultos.

El niño desde los 8 meses de edad ha recibido estimulación, lo que, le ha ayudado a que el retraso del niño no sea más profundo.

El niño antes de ingresar al Centro Educativo a que asiste actualmente, permaneció por alrededor de tres semanas en otro centro; pero el niño tuvo problemas de adaptación; por lo que sus padres optaron retirarle.

En su primera etapa de adaptación en su nuevo ambiente, se mostraba sociable, cariñoso y expresivo, lo que le ha permitido fácilmente ganarse el afecto, no-solo de las educadoras del nivel, sino de todo el Centro, le gusta jugar acompañado, y que le canten. Dentro de la Institución ha tenido dificultades para relacionarse con sus compañeritos, les ha agredido físicamente.

En el primer período de adaptación, agredía a sus compañeritos dando manotazos, tocando alguna zona del cuerpo y vestimenta de los compañeritos en otras ocasiones se molestaba, porque algún compañerito pedía

primero un material de juego, es decir, no procura esperar turnos mostrándose impaciente para recibir las retribuciones de sus maestras. Ante esta conducta, la directora del centro remite al niño al Departamento Psicológico por su grado de agresividad.

Estos antecedentes se presentaban hace un mes aproximadamente; pero esto ha cambiado, ya que, comienzan a aumentar todas estas conductas dentro de su ambiente educativo, se le observa más agresivo hacia las educadoras y compañeros como: gritando, dando manotazos cuando se le acercan o están a su lado, pateando, halando el cabello, en comparación con su etapa de adaptación ha incrementado el tipo de agresión, puesto que, las educadoras comienzan a modelar su comportamiento mediante reglas y límites, en modificación de conducta. Además el niño asiste a terapias fuera de la institución con otros profesionales terapeutas de lenguaje 3 veces a la semana y con un terapeuta físico en el hospital regional 5 veces a la semana. Los profesionales trabajan en estos mismos parámetros de reglas y límites, han recomendado a los padres que implanten reglas y límites en la casa, esto ha ocasionado en Edwin un cambio en su rutina diaria, lo cual, ha provocado que el niño comience a manifestar rechazo, poniéndose impulsivo, agresivo,

frustrado, no-colaborador, ante las exigencias de los profesionales y padres.

Aquí tenemos un caso específico en que se obtiene los datos principales del motivo de consulta, los antecedentes evolutivos del niño, y mediante toda la información obtenida en este historial nos dirigimos hacia el diagnóstico mediante la recopilación de datos obtenidos de los reactivos aplicados en este caso.

4. RECOPIACION DE DATOS:

Se toman en forma individual para su intervención, los datos obtenidos en el período de adaptación se han registrado y las observaciones e informes semanales, han sido necesarios para seleccionar el material de Diagnóstico adecuado para el tratamiento.

4.1. PRINCIPALES REATIVOS PARA LA INTERVENCIÓN

Para conocer con más profundidad la conflictiva del niño, hemos tenido que recurrir a la utilización de baterías adecuadas para la ejecución de un diagnóstico y estos son: El Test de Madurez Argentino, Guía Portage, Test de Brunet, Garabatos, y otras técnicas como la observación directa, y las encuestas dirigidas a padres, directores, educadoras y profesionales que han tratado y están tratando al niño.

4.1.1. REACTIVO A: EL TEST DE MADUREZ ARGENTINO:

4.1.1.1. RESULTADO DEL TEST: En el Test de Madurez encontramos que el niño presenta un retraso notable en las áreas del desarrollo, siendo más notable en las áreas de lenguaje y socialización.

TEST DE MADUREZ “ARGENTINO”

Nombre: Edwin

Edad: 2 años 6 meses (30 meses)

AUTO ASISTENCIA	18 MESES
SOCIAL	9 MESES
LENGUAJE	10 MESES
CONOCIMIENTO	18 MESES
MOTRICIDAD GRUESA	24 MESES
MOTRICIDAD FINA	23 MESES

CALCULO DE RESULTADOS Y OBSERVACIONES

FECHA DE NACIMIENTO: 3 DE JUNIO del 2004

EDAD REAL EN MESES: 30

<u>TOTAL DE CONDUCTAS LOGRADAS:</u> 16
<u>PORCENTAJE:</u> 27%
<u>TOTAL DE CONDUCTAS NO LOGRADAS:</u> 34

PORCENTAJE:

57%

4.1.2. REACTIVO B: GUIA PORTAGE:

4.1.2.1. RESULTADO DEL TEST:

DX. El niño presenta un Retraso en todas las áreas del desarrollo, siendo las áreas del lenguaje y socialización las más bajas.

AREA COGNITIVA DE 0 A 2 AÑOS	El niño se presenta en una edad de 1 años 6 meses.
AREA MOTRIZ DE 0 A 2 AÑOS	El niño se encuentra en una edad de 1 años 3 meses.
AREA DE SOCIALIZACION DE 0 a 2 AÑOS	El niño se encuentra en una edad de 9 meses
AREA DE AUTOAYUDA DE 0 A 2 AÑOS	El niño se encuentra en una edad de 1 año 6 meses.
AREA DEL LENGUAJE DE 0 A 2 AÑOS	El niño se encuentra en una edad de 8 meses.

4.1.3. REACTIVO C: BRUNET & LEZINE: Este test fue evaluado al niño con la finalidad de relacionar la edad cronológica con la edad del desarrollo en la cual obtenemos el siguiente resultado.

4.1.3.1. RESULTADO DEL TEST:

POSTURA =
23 MESES 15 DÍAS

COGNICION=
26 MESES 15 DIAS

<p>LENGUAJE = 14 MESES</p>

<p>SOCIAL= 21 MESES</p>

EDAD DE DESARROLLO: 1 AÑO 8 MESES 0 DIAS
EDAD CRONOLOGICA: 2 AÑOS 8 MESES 26 DIAS

<p>DIAGNOSTICO=</p>

<p>POSTURA = 71.50% Retraso del Desarrollo Psicomotor SEVERO</p>

<p>COGNICION= 80.71% Retraso del Desarrollo Psicomotor LEVE</p>
--

<p>LENGUAJE = 42.59% Retraso del Desarrollo Psicomotor GRAVE</p>

<p>SOCIAL= 63.89% Retraso del Desarrollo Psicomotor SEVERO</p>

CUOCIFICIENTE DEL DESARROLLO= 66.94% = RDPM

SEVERO

Mediante la aplicación de las baterías tanto del Test de Madurez Argentino, Guía Portage, Brunet Lezine (Anexo 1) se comprueba el diagnóstico dado por el neuropediatría, obteniendo un resultado de retraso de un año a año y medio en las áreas de desarrollo.

Con el estudio del neuropediatría obtenido mediante una (Resonancia magnética) del niño de nuestro caso dice que “presenta una migración cerebral, ó sea una Megacefalia,

en la que el niño tendrá daños estructurales cerebrales, y durante su desarrollo neurológico se presentaran muchos limitantes”. En este tiempo se le esta tratando con medicación para controlar su hiperactividad toma (Valcof). Además en los estudios que se le siguen realizando se está por verificar el grado de Retraso Mental, que puede estar en un cuadro de leve a limítrofe.

Una de los preocupantes del Centro Educativos, es que, el niño presenta cuadros amplios de hiperactividad y agresión excesiva y que su atención y concentración en actividades de estimulación por parte de la maestra son mínimas. Para apuntar a una posible sospecha de déficit de atención con hiperactividad se concurrió a un cuestionario (Anexo 1 y 2) en la que se obtuvieron resultados positivos y nos dan un diagnóstico confirmado sobre su déficit.

Para determinar que un niño padece inatención debe presentar 6 o más de las características expuestas en los ítems; para aseverar que un niño tiene hiperactividad debe presentar 6 o más de los 10 ítems; en ambos casos deben estar presentes durante más de 6 meses y afectar la vida familiar, escolar y social.

“El Déficit de Atención es un trastorno neuropsicológico del desarrollo, donde la matriz atencional se encuentra alterada y sus características son: la Inatención, Hiperactividad y la Impulsividad.” Se observa alteración para seguir una actividad gobernada por reglas, o bien para seguir una performance de trabajo, planificado, y organizando la actividad” Narvarte, (2004-2005, 306.

En el test de Zimmerman , realizado al niño confirma un retraso en su lenguaje tanto expresivo como comprensivo de un año. El niño en la actualidad recibe terapia de lenguaje en que se van dando avances y pronuncia las siguientes palabras: (mamá, papá, teta, luz, agua) y sonidos (bau, uua, pa, to, po dea, da, ne, ma); aunque su comunicación sigue siendo gestual se muestra adelantos en su lenguaje.

5. DIAGNOSTICO GENERAL:

Los estudios neurológicos realizados a Edwin, presenta una lesión cerebral que le provoca un retraso en el desarrollo evolutivo.

En los resultados obtenidos en los test realizados al niño, Portage, Argentino coinciden que Edwin presenta un retraso de un 1 año 6 meses en todas las áreas del desarrollo, siendo las más afectadas de lenguaje y socialización.

En el diagnóstico del test Brunet & Lezine, el niño presenta una Edad del Desarrollo de 1 año 8 meses 0 días dando origen a un Retraso del Desarrollo Psicomotor Severo.

6. CONCLUSIONES

- Las causas para que se presenten estos síntomas, son características de su lesión neurológica y tienen que ver con factores bio-psico-sociales.
- Pero con el presente, no se busca, investigar sobre lo ya investigado, sino dar soluciones que permitan llevar un nivel de vida adecuado en nuestro niño. No se trata con ello de eliminar por completo el comportamiento inadecuado, pero si crear un instrumento de fácil acceso tanto para psicólogos, maestros, padres de familia, que abarquen estrategias y actividades encaminadas a un buen desarrollo bio - psico – social y afectivo y que se desenvuelva positivamente dentro de su nivel educativo; por eso es fundamental partir de varios diagnósticos psicológicos, médicos y pedagógicos y con la aplicación de varias baterías para estar claros y precisos en la dificultad del niño en tratamiento. Por lo que, el tratamiento irá encaminado hacia su modificación conductual, en que, el plan de intervención de servicios especiales, irá en función al modelamiento con títeres para lograr una desensibilización de su conducta inadecuada.

CAPITULO 3

3. PLAN Y SUS APLICACIONES

INTRODUCCIÓN

Al tomar en cuenta cada vez más la necesidad de modificar los aspectos psíquicos sociales y afectivos negativos de la conducta de nuestro niño, referida como “problemas de conducta”, se ha visto la necesidad de estructurar un plan de intervención psicopedagógico con tratamientos que incidan directamente dentro del ambiente. Son importantes las intervenciones que prestan al servicio en consulta externa con un plan de servicios especiales, que incluyan tanto los instrumentos de diagnóstico, procedimientos de corrección basados en objetivos, métodos y estrategias precisos que apunten a la solución de los problemas con énfasis en la Terapia de Juego Cognoscitivo Conductual.

Los profesionales y no profesionales planificarán las actividades para el niño con tareas asignadas que proporcionen refuerzos contingentes para las actividades realizadas. Los métodos como las técnicas a utilizar, tendrán la finalidad de cumplir con los objetivos metas para

la solución de los problemas para obtener adelantos o cambios en la planificación.

3.1. PLANIFICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

Con el programa de modificación de conductas y atención en las áreas afectadas del desarrollo se procederá con la siguiente información:

- Descripción de la conducta meta.
- Meta que se pretende alcanzar
- Procedimiento de corrección.
- Descripción de una conducta positiva que el niño realice actualmente
- Descripción de los reforzadores que se dará ante su ocurrencia.
- Actividad de interacción familiar y escolar que se realizará durante la semana.
- El programa de intervención se integrará conforme se vayan realizando cada uno de los pasos específicos dentro del diagrama para el tratamiento en las sesiones individuales.

- En el plan de intervención se deberá tomar en cuenta que para ayudar a los niños a cambiar su conducta, lo primero que se debe hacer es identificar claramente aquella conducta que queremos que deje de realizar.
- Para cada plan se seleccionará el tipo de intervención adecuada para el caso y se trazan las estrategias de trabajo.

3.1.1. OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN

En toda programación se debe partir de los objetivos o metas en que los que intervienen en el tratamiento terapéutico, se propongan metas claras para ayudar al individuo a cumplir con sus objetivos llegando a solucionarlos mediante un programa estructurado que conlleven aspectos precisos a lo que se quiere conseguir.

En nuestro tratamiento debemos establecer en primer lugar la conducta meta a la que queremos llegar con el niño y la finalidad de alcanzar dicha meta mediante objetivos claros y precisos para cada sesión terapéutica. Y como segundo lugar enfocarnos en las diferentes áreas del desarrollo y los contenidos concurrentes en cada área tanto cognitiva- social- motor- lenguaje y autoayuda para ir cumpliendo con las etapas evolutivas de cada niño.

3.1.1.1. OBJETIVO GENERAL: Conocer y comparar el tipo de resolución y afrontamiento que tenga el niño ante la conflictiva mediante la manipulación del títere y los juguetes.

3.1.1.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS: Conocer si el niño de 2 y medio es capaz de brindar una solución a un conflicto de la vida cotidiana y como lo soluciona.

- Desarrollar la interrelación social.
- Realizar actividades y juegos que permitan la integración social del niño a su grupo.
- Desarrollar las habilidades visomotoras a través del juego.
- Trabajar en el garabateo, uso del crayón, pintura dactilar, perfeccionamiento y el uso de la pinza con diversas actividades.
- Desarrollar la creatividad y expresión corporal, utilizando las partes del cuerpo para iniciar las palabras a descubrir a través del juego.

- Registrar el tipo de respuestas que da el niño cuando no soluciona el conflicto.
- Realizar actividades que vayan encaminadas a las reglas dadas por el equipo multidisciplinario y que consecuencias se producen cuando no las cumple.
- Observar las conductas que el niño tiene frente a una situación de separación y reunión con los padres.
- Conocer quién es el personaje que más interactúa con el niño y la representación que el niño tiene con él.
- Hacer que el niño participe en actividades de pequeños grupos. que integren tres niños.

3.2. METODOS DE INTERVENCIÓN La metodología a tratar en este plan estará diseñada en sesiones psicoterapéuticas abordadas en los contenidos y destrezas de las seis áreas del desarrollo (cognitivo, lenguaje, socialización, autoayuda, desarrollo motor y estimulación al bebé) y en los procesos conductuales bajo el modelamiento conductual.

Nuestro estudio está fundamentado en las terapias cognitivas – conductuales capítulo 1 en donde hemos señalado los diversos métodos a seguir, nos enfocaremos en la Terapia de Juego Cognoscitivo - Conductual .

“Según Piaget (1975-1986) el niño a partir de los 2 años empieza con el juego simbólico, que al principio se caracteriza por la proyección de los deseos del niño en los objetos que tiene a sus alrededor, después utiliza su cuerpo para representar un objeto, un animal y a partir de los 5 a 6 años el proceso de simbolización evolutiva. Y con la ayuda de los diversos instrumentos que se utilizarán para la intervención provocaremos cambios radicales en el niño.”Pacurucu (2002, 49).

Tenemos en claro que las características de los niños de 2 años normales presentan este principio; pero en el caso de nuestro pequeño será más difíciles por su incapacidad de representación simbólica, pero mediante la ayuda de nuestro “Amigo el Títere” y otros muñecos, procesaremos esta información, serán lentas, pero no imposible, ya que, lograremos que esta información vaya en rumbo al modelamiento de su comportamiento y el aprendizaje de las destrezas o contenidos de cada área del desarrollo.

3.3. TÉCNICAS ESTRATEGICAS

Las técnicas que utilizaremos para las intervenciones serán los registros de frecuencia y duración de cada conducta inadecuada, registros de tiempo fuera, fichas de observación, un sol de tolerancia, fichas de seguimiento

semanal. Mi amigo el Títere e incluiremos músico terapia, aromaterapia y reforzadores.

3.3.1. LOS TITERES

Es una modalidad teatral que se originó en los rituales religiosos primitivos. Debido que proporcionan una salida segura de los impulsos y fantasías, se han utilizado los títeres en diversos escenarios clínicos. Woltmann (1940, 1971), fue uno de los primeros en escribir sus experiencias clínicas utilizando títeres y marionetas con pacientes hospitalizados.

Los títeres se usan para el diagnóstico, ya que, el material producido proporciona información simbólica, por ello es importante disponer de algunos muñecos que representen personajes reales como los miembros de la familia, figuras de animales salvajes y domésticos y figuras que representen personajes fantásticos como fantasmas o brujas.

La elección del títere es importante, porque viene determinada por las motivaciones y otros contenidos internos y a su vez condicionar el desarrollo argumental."Pacurucu, (2002, 55-56)

Los títeres se han utilizado también como técnica proyectiva para jóvenes y niños en sesiones individuales y de grupo.

Dentro de nuestro tratamiento hemos visto la necesidad de implantar una técnica muy valiosa e importante que es la música encaminada a la terapia como mecanismo estratégico para lograr aspectos de relajación en el niño. Por datos muy valiosos obtenidos en la entrevista con los padres y maestras nos han dado la información de que el niño pasa relajado y le entusiasma la música: por eso que estará dentro de cada sesión como punto de partida la musicoterapia como base estratégica para conseguir un punto de inicio al tratamiento en psicoterapéutico.

3.3.2. TITO EL OSITO RELAJANTE: Este pequeño oso de felpa utilizaremos como herramienta de descarga para el niño, es decir, cuando el niño se encuentre ansioso, enojado, agresivo, le entregaremos al Osito Relajante con la única intención de que el niño delibere todas sus tensiones y angustias en este oso de felpa en donde le otorgara tranquilidad y bienestar y que él se sienta tranquilo para continuar trabajando dentro de los tratamientos planificados.

3.3.3. EL SOL DE TOLERANCIA: Esta técnica la utilizaremos como estrategia conductual, como un mecanismo de modificación de conducta en que se irán colocando dentro de ella sellos, caritas felices o colores tales como: el rojo (indicativo de conducta inadecuada), y el amarillo (conducta adecuada), desde el inicio de la terapia pondremos en aviso al niño, padres, y maestras sobre su comportamiento, con la finalidad de que el niño trate de tomar conciencia de su conducta.

3.4. RECURSOS: Nuestro plan contará con recursos tanto humanos como materiales.

3.4.1 RECURSOS HUMANOS Dentro de los recursos humanos estarán profesionales y no profesionales tales como:

- Psicólogos educativos- clínicos
- Fonoaudiólogos
- Educadores especiales
- Estimuladores
- Maestros de las salas.
- Kinesiólogo
- Administradores del centro educativo.
- Neurólogos
- Pediatras.
- Médico.

- Padres
- Logopedas.

Puesto que es importante trabajar con todo este equipo multidisciplinario para el tratamiento terapéutico propuesto por este plan.

3.4.2. RECURSOS MATERIALES

Entre los materiales que se usan para este tratamiento están:

- Los títeres o las familias de animales
- Caja de juguetes forrada de colores vivos.
- Los lápices de colores, cuentos, muñecos.
- También incluiremos actividades como es arte, la pintura, la música o la expresión corporal dependiendo de la creatividad del terapeuta, todo ello para el modelamiento de comportamientos adaptados o en el mantenimiento de conductas aceptadas.

3.5. PLANIFICACIÓN DE LAS SESIONES. El cronograma de actividades estará estructurado por sesiones en que incluirán tratamientos dirigidos hacia las áreas afectadas y fichas de seguimiento conductual que se registrarán semanalmente.

3.6. ESTRUCTURACION DE LAS SESIONES

La estructuración de las sesiones irá incluidos los siguientes aspectos:

- Datos informativos que incluirán (nombre y apellido, fecha de nacimiento, edad, escolaridad.
- Es estado actual del niño. (aspecto cognitivo, afectivo, social)
- Objetivos de tratamiento
- Orientación metodológica
- Ejercicios de aplicación y actividades
- Recursos materiales.
- evaluación

SESION # 1

NOMBRE Y APELLIDOS: Edwin X

EDAD: 2 años 7 meses.

FECHA DE LA SESION: 4 de Enero del 2007

HORA DE LA SESION: 10:30AM A 11:30AM

OBJETIVO GENERAL: Conocer y comparar el tipo de resolución y afrontamiento que tiene el niño ante la conflictiva, mediante la manipulación del títere y los juguetes.

OBJETIVOS ESPECIFICOS	ACTIVIDADES	METODOLOGIA	TÉCNICAS
<p>Conocer si el niño de 2 años y medio es capaz de brindar una solución a un conflicto de la vida cotidiana y como lo soluciona.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inicio de la sesión con musicoterapia , escuchar por lo menos 5 minutos de música relajante. • Presentación de la terapeuta mediante la utilización del títere. • Entregar al niño varios juguetes y colocarlos sobre la alfombra para que escoja libremente el que le guste. 	<ul style="list-style-type: none"> • Observar y apuntar las situaciones del niño en su juego. • Leer al niño el relato de ¿Quién soy? • Enseñarle fotografías de otros niños. • Explicarle que los niños tienen cada uno sus familias, sus amigos y sus juguetes. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Presentación del títere. 2. Caja de juguetes. 3. Trabajar en las áreas cognitiva y lenguaje. 	<ul style="list-style-type: none"> • Observación directa e indirecta. • Musicoterapia. • Reforzadores (caritas felices)

3.6.1.1. OBSERVACIÓN #1

Se le observó en esta primera sesión realizada el 31 de enero, un poco tenso e inquieto por salir de la sala, se le relajó primeramente haciéndole observar móviles de la sala

y otros materiales; luego que el niño se tranquilizó se procedió a la terapia de relajación, en donde el niño tomó interés por la música acostado movía su cabecita al ritmo de la melodía, su tiempo de relajación fue aproximadamente de 3 minutos; luego se sentó y siguió haciendo movimientos. En la sesión propiamente dicha aplaudió cuando vio al títere lo tocó y movía sus manitos tipo aleteo, tubo buena aceptación, siguió las órdenes dadas por la terapeuta con relación al títere; además se le entregó una caja de juguetes en donde se encontraba dos carritos un rojo y azul, escoge el rojo y el títere el azul, se le da la consigna “Vamos a jugar a que tu halas de la cuerda el carrito”, la terapeuta con ayuda del títere indica la acción y el niño la imita siguiendo el instructivo.

Después de haber jugado unos 2 minutos aproximadamente el niño cambió de actividad y cogió un títere de tigre, lo ayudé a colocarse y realizó movimientos con el muñeco diciendo: “te”, la terapeuta lo deja jugar con el títere no se observó ninguna reacción de agresividad.

Utilicé un espejo de cuerpo entero en donde llevé al niño a colocarse frente al espejo y le pregunté ¿Quién es él? Se sonrió viéndose en el espejo y emitía el sonido “ni” que es la sílaba inicial de su nombre verdadero, se le seguía estimulando que diga su nombre con la ayuda del títere. Se

trabajó en esta primera sesión con sonidos familiares de su hogar, sonidos onomatopéyicos para estimular su lenguaje expresivo.

Al final de la sesión se le dice que por su trabajo se ganará una carita feliz, se le entrega el reforzador por su colaboración.

3.6.2. SESION # 2

FECHA DE LA SESION #2: 5 de Febrero del 2007

HORA DE INICIO: 10: 30AM A 11:30AM

OBJETIVO GENERAL: Conocer y comparar el tipo de resolución y afrontamiento que tiene el niño ante la conflictiva, mediante la manipulación del títere y los juguetes.

OBJETIVOS ESPECIFICOS	ACTIVIDADES	METODOLOGIA	TECNICAS
1. Reforzar la noción de permanencia de objetos. 2. Trabajar con el niño en actividades que le permita mantener su atención alrededor de 5 minutos cada ejercicio.	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciar con la terapia de relajación de 5 minutos. • Entregar al niño la caja de juguetes; pero en esta ocasión tendrá cuatro toallas de diferentes colores y un carro pequeño, el títere y unas pelotas. • Jugar con el niño a rodar el carro desde donde él está, en dirección a la terapeuta. • Repetirlo varias veces hasta que el niño tome interés, logrando la atención del niño taparlo con una toalla de color amarillo y preguntarle ¿Dónde está el carro?. • Este procedimiento se lo hará con las pelotas y el títere. • Trabajar con juguetes de construcción, entre ellos se utilizarán (martillos, tablas, destornilladores, etc) 	1. Musicoterapia 2. Utilización de la caja de juguetes. 3. Utilización de Mi Amigo el Títere. 4. Utilización de Tito el Osito Relajante.	<ul style="list-style-type: none"> • Observación directa • Registro de frecuencia. • Reforzadores

3.6.2.1. OBSERVACIONES #2

En la segunda sesión realizada el 5 de febrero, Edwin, se mostraba alegre, se le lleva a la sala asignada y se le hace decir: “Vamos a acostarnos en la alfombra para escuchar música”, se le procede a la terapia de relajación, con un tiempo de 3 minutos no más, se levanta y mueve la cabecita y las manitos. Terminado la relajación se le entrega nuevamente la caja de juguetes y se le dice; “Edwin busca un carro igual al que tengo YO”, sacó los materiales en una forma inadecuada y un poco él agitado o

ansioso, se le dice: “Tranquilo yo te voy a ayudar y luego tú lo harás solo” imitó la acción de la terapeuta y lo hizo, inmediatamente comenzamos a jugar, él sentado frente a mí con las piernitas abiertas igualmente la terapeuta saca el Títere y le dice” Edwin Yo el Títere voy a rodar el carrito donde estás tú y luego tú me lo das”, esta actividad se la repitió tres veces hasta conseguir la atención de él, ya que, se distraía o quería levantarse, se le trabaja en reglas diciéndole “ que no puede levantarse hasta que el amigo Títere le ordene que puede levantarse”, se logra la consigna y se realiza el mismo ejercicio pero utilizando las toallas de colores (amarilla, rosada, roja, blanca).

Busca el carrito según la orden dada.

Se le deja jugar unos 15 minutos para la observación indirecta, se le entrega material de construcción legos, madera, martillos, destornilladores, y se observa golpear con mucha intensidad los legos queriendo armarlos, se pone frustrado sin poderlo armar, lo vota y coge el matillo y comienza a martillar sobre la mesa fuertemente, *ahí se le observa su agresividad en cada golpe*. Terminado los 15 minutos programados para la observación indirecta se le hace abrazar un Oso de felpa “Tito” para que descargue su agresión y se tranquilice.

Mediante los registros tomados en esta sesión se parte a la reflexión de esta sesión en que el niño muestra: frustración *al no poder realizar ciertas actividades y descarga su ansiedad con otros materiales golpeándolos*, en esta ocasión no se le entregó la carita porque se le dijo que” a los juguetes les dolió mucho porque les golpeó y que se ponían tristes, por eso no le daba su carita feliz que tiene que abrazar al Osito Tito para que se tranquilice”.

3.6.3. SESION # 3

FECHA DE LA SESION # 3: 23 de Febrero del 2007

HORA DE LA SESION: 11:00 AM A 12:00AM

OBJETIVO GENERAL: Conocer y comparar el tipo de resolución y afrontamiento que tiene el niño ante la conflictiva, mediante la utilización dl títere y los juguetes.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.	ACTIVIDADES	METODOLO GÍA	TÉCNICAS
-----------------------------------	--------------------	-------------------------	-----------------

<p>Desarrollar las habilidades visomotoras a través del juego.</p> <p>2 Construir pequeñas torres de madera 2.5 cm x 2.5 cm.</p>	<p>* En una hoja grande, enseñarle a rasgar papel especialmente de seda para ayudar a trabajar su motricidad fina comenzando por materiales de textura suave.</p>	<p>1. Trabajar en el área cognitiva.</p> <p>2. Ejercicios de plegado, rasgado, trozado y pegado.</p> <p>3. Construcción de torres.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Observación directa. ● Registro de frecuencia ● Osito Tito ● Sol de la Tolerancia ● Reforzadores.
<p>3 Armar puzzles adecuados a su madurez mental este puede ser de 3 figuras.</p>	<p>* Enseñarle al niño a construir torres, primeramente se le da una muestra y luego que imite.</p> <p>* Entregarle un diseño de un rompecabezas de dos piezas se comenzará trabajando con la muestra e inmediatamente lo realizará el niño.</p>	<p>4. Armado de unos puzzles de dos piezas, distintivo de animales.</p>	

3.6.3.1. OBSERVACIÓN # 3

En la ejecución de esta tercera sesión el esquema de trabajo es diferente, ya que, nos dirigimos a la recuperación de destrezas del área cognitiva que no lograba, según el Test de Madurez. Primeramente se habla con Edwin que” hoy vamos a trabajar con muchos papeles de colores en donde tendrás que romperlos, vas a ver como lo hago YO, y tú lo haces después”, dado la consigna, se inicia el trabajo, se le observa impaciente por coger los papeles, se le dice “ *Que debe esperar*”, se molesta y se encapricha queriéndome alzar la mano, se le advierte de su conducta y que el sol de la tolerancia se va a poner triste y no le va dar su carita, se le entrega el Osito para que lo abrace y se tranquilice. En esta sesión el trabaja se vio un poco dificultoso, ya que el niño se le observa tenso, ansioso, poco participativo, se opto por dejarlo 2 minutos utilizamos el Tiempo Fuera para que se tranquilice.

Se le retoma al niño y se le trata de explicar que debe esperar cuando la terapeuta le permita tomar el material, la situación del niño fue difícil, pero tratamos de conllevar la terapia.

Le entregamos el papel con la intención de que delibere su impulsividad, al principio fue dificultoso, le brindamos la

ayuda y dejábamos que lo intente y descargue toda la energía negativa.

Otro de los materiales que utilizamos fue los cubos, en esta actividad el niño se encuentra más tranquilo, sigue las órdenes y trata de imitar la torre y por último el armado del rompecabezas de dos piezas puede ser de gatitos, vaquitas, osos, algo llamativo para el niño que sea estimulante, intentó pero no lo logró hay que trabajar más afondo en el armado de puzzles.

3.6.4. SESION # 4

FECHA DE LA SESION # 4: 27 de Febrero del 2007

HORA DE LA SESION: 9:30 AM A 10AM

OBJETIVO GENERAL: Conocer y comparar el tipo de resolución y afrontamiento que tiene el niño ante la conflictiva, mediante la manipulación del títere y los juguetes.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES	METODOLOGÍA	TÉCNICAS
-----------------------	-------------	-------------	----------

<ol style="list-style-type: none"> 1. Desarrollar la capacidad de saber esperar el turno y el jugo social. 2. Interactuar con un amiguito en el juego social. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lo primero que se hará es notificar al niño que va a ingresar un compañerito para jugar con él. 2. Utilizar una caja de cartón, en donde se introducirá primeramente el compañerito en donde Edwin con la terapeuta halaran la caja. 3. Trabajar con el niño en hábitos de esperar el turno y compartir. 4. Relatar una historia con el títere llamada ¿Eres tú mi amiguito el Osito Tito?, En donde un osito bebé le pregunta a muchos animalitos de otras especies, si ellos son sus amiguitos, recibiendo unas respuestas negativas. 5. Tomar al títere que pregunte a una vaquita, si ella era su amigo el Osito Tito. 6. Repetir la versión con 2 o 3 animalitos. 7. Luego entregar a su compañerito el Osito Tito para que interactúe con el títere abrazándole. Dándole besitos y diciendo “tú eres mi amiguito”. 8. Entregar a Edwin otro títere que imite lo que la terapeuta realizó para observar si el niño ejecuta la orden y ¿Cuáles son sus expresiones ante las muestras de afecto a su compañerito por medio de la utilización del títere? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Observación directa. 2. Registro de frecuencia y duración de conductas. 3. Contar la historia ¿eres tú mi amiguito el Osito Tito? 4. Trabajar en el área socio- 5. Afectiva. 	<ul style="list-style-type: none"> • Utilización del Osito Tito • utilización del Títere
---	---	---	--

3.6.4.1. OBSERVACION 4

Durante la cuarta sesión se le avisa oportunamente al niño que va ingresar un compañerito y que va a jugar con nosotros, ingresa el niño un poco tímido se hace el *rappor* con el pequeño y se le explica que el viene a jugar con Edwin y dos amiguitos muy buenos que son Mi Amigo el Títere y el Osito Tito.

La terapeuta mediante la ayuda del títere muestra una caja grande de cartón y dice “ Hoy nos vamos en nuestro carrito a pasear por el Mall, se sube primeramente el Osito Tito y conjuntamente con el títere y los dos niños halamos el cajón simulando un coche, después el títere dice “ que suba Jorgito para que vaya con el Osito a pasear”, en este aspecto vemos a Edwin impacientarse por lo que el títere le dice “ vamos a esperar que el Osito Y Jorgito se paseen, después es tu turno”, ayúdame a llevarlos cantando la canción “en el auto de papá nos iremos a pasear”.

El títere le habla a Edwin y dice “ahora le toca el turno a Edwin pasearse con el Osito Tito, y Jorgito me va a ayudar a llevarlos. Se le observa tranquilo y feliz por el paseo.

El segundo objetivo para este juego es integrar a los dos niños al juego, el títere da nuevamente la consigna “ahora le toca ir en el carrito a Jorgito y a Edwin”, en un momento

no le agradó la idea de que Jorgito suba con él; pero se le dice a Edwin “tienes que compartir con tu amiguito el carrito para que vayan los dos juntos al Mall.” Una vez colocados a los dos niños dentro de la caja la terapeuta prosigue a llevarlos.

En otra de las actividades programadas es contar la historieta “Tú eres mi amigo el Osito”, en un ruedo Jorgito y Edwin se procedió a contar la historieta, se les mostraron ilustraciones de animalitos para trabajar el orden lógico de la historia, se consiguió una atención por parte de Edwin 1 minuto y medio, que era un tiempo considerable de su atención, partimos con la misma temática ahora utilizando títeres de animalitos se cuenta otra vez el cuento, su atención fue de más tiempo unos 2 minutos aproximadamente.

La siguiente actividad son las interacciones de los niños con los títeres, se les da la consigna “observen o miren ¿este será mi amigo el osito?”. Los niños con sus títeres imitarán el movimiento del Amigo Títere, hasta conseguir en Edwin un tiempo considerable de atención. Se trabajó en esta modalidad en un tiempo de 30 minutos en intervalos de 5 minutos.

Juego libre para la observación indirecta entre los dos compañeritos, se les dijo la única consigna “vamos a jugar con los títeres de animalitos”. Se le observa a Edwin aletear

por lo que esta emocionado y trató de jugar y compartir con Jorgito.

3.6.5. SESION # 5

FECHA DE LA SESION # 5: 2 de Marzo del 2007

HORA DE LA SESION: 10:30 AM A 11.30AM

OBJETIVO GENERAL: Conocer y comparar el tipo de resolución y afrontamiento que tiene el niño ante la conflictiva, mediante la manipulación del títere y los juguetes.

OBJETIVOS ESPECIFICOS	ACTIVIDADES	METODOLOGIA	TECNICAS
1. Hacer que el niño participe en actividades de pequeños grupos. 2. Comunicarse por medio del títere. 3. Ofrecerles juguetes que les permitan representar la vida cotidiana para la interacción entre sí. 4. Desarrollar la capacidad de compartir	* Anunciar al niño que van a ingresar tres amigos a jugar con él. * Colocar suficientes juguetes, (cocinita, platos, cubiertos, carritos, teléfonos, muñecas) permitirles compartir el mismo espacio lúdico.	1 Registrar la frecuencia y duración de las conductas inadecuadas. 2. Juego libre. 3. Trabajar en el área socio-afectiva.	5. Observación directa e indirecta. 6. Registro de frecuencia 7. Utilización del títere. 8. Utilización del Osito Tito 9. Reforzadores.

3.6.5.1. OBSERVACION 5

En la última etapa de la sesión programada el objetivo es la interacción social del niño con tres amiguitos, en donde se quiere lograr el respeto de turnos, el compartir, y evitar la agresión hacia sus compañeros.

En esta sesión se preparan al niño primeramente en la comunicación de que van a ingresar tres amiguitos a jugar con él y así como compartió y respeto turnos con Jorgito lo deberá hacer con estos compañeritos.

Los niños ingresan a la sala se les da la bienvenida y se les observa más independientes y no temerosos como Jorgito en la primera vez. Se realiza el *rappor* con los niños y se procede a la sesión. Se les dice a los niños que están aquí para jugar con Edwin y Yo (la terapeuta) le voy a dar algunos juguetes y ustedes van a compartir entre los cuatro.

La modalidad de trabajo será, primeramente se les dejará jugar sin una actividad dirigida para observar el juego de los tres niños con Edwin, y la segunda obteniendo toda la información de la primera, se hará actividades dirigidas.

Los materiales que utilizarán serán: cocinas, ollas, platitos, teléfonos, todo lo que represente objetos de su vida diaria.

Los niños comienzan a jugar únicamente con la consigna “pueden jugar”, en donde se observa que Edwin se apodera del material en la mayoría y cuando uno de los niños se le acercaba Edwin le alzaba la mano, el niño

reaccionó y comunicó la acción, no interviene la terapeuta en la acción de Edwin, únicamente le retiramos al niño del juego sin decirle nada. Se toma un descanso de un minuto y regresa al grupo, juega con un teléfono diciendo “a, a,” y extiende su mano y le da otro compañerito, se observó un pequeño cambio de actitud.

Pasado unos treinta minutos de juego se verbaliza con los niños sobre el comportamiento inadecuado de Edwin, primeramente que se adueñó de todo el material, mostró intenciones de golpear; la terapeuta dice “tendremos que llamar a nuestro amigo el Títere para que converse con Edwin de sus acciones”. Después de conversar con él, el títere dice “vamos a jugar a compartir los juguetes”, en donde se procede a un juego con observación directa, el niño trató nuevamente de apoderarse del material, pero el Títere le iba diciendo “tenemos que compartir “los resultados fueron adecuados y se les premia a los niños y a Edwin.

4. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE LAS SESIONES PSICOPEDAGÓGICAS

A. ESTRUCTURA

Los resultados obtenidos en las 5 sesiones psicopedagógicas, realizadas en el Centro Educativo en un

tiempo de 45 minutos cada sesión se ponen en consideración el siguiente análisis:

B. Según lo manifestado en el segundo capítulo, el motivo de consulta, es la excesiva agresividad del niño en el Centro educativo, y que esta agresividad se fundamenta en aspectos bio-psico-sociales.

C. ANÁLISIS DE LAS PRIMERAS SESIONES

Desde un comienzo, el niño ingresa acompañado de la educadora a la sala y le deja con la terapeuta, permanece en un cierto tiempo con signos evidentes de ansiedad y angustia. *Aquí se analiza que el niño tiene un contacto muy cercano a su educadora y que el despego le ocasionó ansiedad, ya que, no me conocía, y podríamos pensar que ante la ansiedad que despierta toda situación nueva, se defiende fundamentalmente mediante el manoteo y la frustración*

Edwin durante este tiempo de evaluación constante en cada sesión se le ha indicado todos los materiales y su función.

Se ha podido observar en las tres primeras sesiones su impulsividad, su utilización inadecuada el material, su agresividad hacia los juguetes y la frustración de no lograr el armado de los legos y en la construcción de torres únicamente llega a 4 cubos. Además se ha podido observar que no utiliza el dedo índice para señalar, no dice más de 5

palabras, aunque intenta emitir por imitación, aun no asocia dos palabras.

Dentro del esquema corporal su reflejo de paracaídas es débil, fija su mirada en la terapeuta y objetos; pero por poco tiempo, es caprichoso. *Se puede constatar que al niño no muestra un uso adecuado del material.* Siguiendo con el rumbo de las sesiones terapéuticas se trabaja con Edwin en el área cognitiva se van observando pequeños adelantos dentro del aspecto cognitivo, ya que, hemos trabajado frecuentemente que cumpla con órdenes sencillas de sacar, poner, guardar, voltear páginas de un cuento, tapar destapar toallas, garabatear donde muestra interés por lo que hace. Hay que recordar que dentro de la entrevista realizada a los padres nos decían que el niño hacía rabietas y que le ignoraban la conducta; pero eran muy suaves con él y no ponían ni reglas ni límites ante su acción, por lo que hemos pasado en la tercera sesión en que el niño se puso caprichoso queriendo alzar la mano a la terapeuta porque no le dejaba coger otros materiales, que no era el momento preciso y que teníamos que trabajar con el Amigo Títere, y que si se ponía enojado, el sol de la tolerancia le ponía una carita triste y que debe escuchar. *Ante esta situación nos permitimos decir que el niño es manipulador y que quiere conseguir las cosas como sea, por la razón que en su casa no le ponen reglas ni límites y*

que le permiten que haga lo que quiera; por eso que en la escuelita han tenido esta misma dificultad, ellos trabajan en la técnica del tiempo fuera cuando su comportamiento es inadecuado, y además trabajan en él en reglas y límites a la cual Edwin no se ha podido adaptar a este sistema.

Por eso es importante este análisis para conseguir con el tratamiento este cambio, y lograr implantar en niño límites y que se rija a las reglas implantadas por el terapeuta.

D. SESIONES GRUPALES

En las sesiones # 4 y 5 se ha interactuado en una secuencia de uno a tres amiguitos para el juego socializado, hay que tomar en cuenta que estos niños son afines a Edwin en donde él se siente cómodo al jugar sin dificultad con ellos presentando interés al jugar; pero en ciertos momentos se ponía en evidencia su egoísmo y agresión a los amiguitos. Sin embargo durante las sesiones se mostraba entusiasta y colaborador en las dos últimas sesiones. *En este aspecto no se ha trabajado con otros compañeritos con la única finalidad de observar como es su relación con los compañeritos que él se siente tranquilo de jugar, se le observa relajado y se verbaliza mediante el títere diciéndole a él “que comparta el material de la caja de juguetes con los amiguitos”*

Dentro de los objetivos planteados es la integración gradual de tres compañeritos a la terapia de juego, en donde se le incorpora al primer compañerito de su misma edad y sala se da la respectiva consigna a los dos niños y se da inicio al juego.

Dentro del juego con sus amiguitos se observa que Edwin tiene un juego solitario, no está con ellos al momento de jugar, él toma sus juguetes y se separa del grupo. La estrategia que se opta para conseguir que Edwin se integre es incluirle al Osito Tito y A Mi amigo Títere en el juego socializado. En esta última sesión realizada al niño se observa con mayor fuerza el grado de socialización que hemos ido trabajando con Edwin, pues ha sido importante, ya que, constatamos su falta de integración, por lo que tenemos entendido, el niño ha sido alejado de su grupo por el grado de agresividad, aunque sea controlado con medicación se muestra ante sus compañeritos egoísta, no social.

E. FINALIZACION DE LAS SESIONES.

Luego de compartir el tiempo de juego con nuestro amiguito Edwin, se han visto de cierta manera cambios en su área cognitiva y lenguaje; pero es preciso continuar trabajando en estas áreas; pero dentro de la socialización se ha dado pequeños cambios de comportamiento, va

tomando en cuenta el valor primordial de compartir, de no pegar, de esperar turnos, por eso nuestro trabajo no termina ahí, nuestra finalidad con el niño es ayudarlo de cierta manera a ver la vida desde otro punto de vista, no cerramos las sesiones continuaremos trabajando, ya que, el niño puede lograr un cambio en su vida.

F. SEGUIMIENTO.

Es de suma importancia dar un valor especial al gran esfuerzo que está realizando nuestro niño, pues le estamos como equipo brindando el apoyo necesario para conseguir cambios en su comportamiento, sabemos que esta excesiva agresión e impulsividad e hiperactividad son características de su lesión; pero está en nosotros lograr modelar estas conductas de una manera fácil y divertida, para que el niño lo interiorice poco a poco y sea una base motivante con estímulos para conseguir cambios en sus pensamientos.

En el camino hacia la recuperación de nuestro pequeño hay mucho por trabajar, esto nos da una pauta a donde vamos con estos planes en el Centro y como podemos ayudar a trabajar, pues es necesario ir utilizando un material adecuado para estimularlo, y siempre ayudados de métodos estratégicos como lo hemos hecho con el títere, el

sol de la tolerancia y el Osito Tito; material de gran valor conductual creado para nuestro tratamiento psicopedagógico. Es decir, consideramos que el niño puede dar más y que si no le vemos como un niño especial lo ayudaremos mejor, sus problemas pueden ser que las maestras recomienden una escuela especial, pero nosotros creemos y pensamos que para lograr una interacción social y un apoyo pedagógico en las áreas afectadas, el niño puede cumplir con esa meta, ya que, le estamos dando la oportunidad de mejorar en cierta manera su calidad de vida.

- **FICHAS DE SEGUIMIENTO** El seguimiento del plan incumben a todos los especialistas que asistan al niño, con su intervención directa hasta el fin del ciclo escolar. En el plan de intervención se realizarán fichas de seguimiento con la finalidad de tener una continuidad del proceso de avance del niño, o los retrocesos en la que se tomarán en cuenta para ir modificando los aspectos que se están estancando los procesos evaluativos. La intervención de otros terapeutas es fundamental, ya que, comparten su tratamiento con el proyecto de la escuela, y pueden favorecer notablemente en forma individual y paralela a la escuela normal.

- Se diseña un registro de frecuencia y duración de todas las conductas, y sobre de esto ir trabajando. Además las fichas de seguimiento nos permitirá observar adelantos o retrasos del niño.

G. EVALUACIÓN.

Nos interesa acotar la finalidad de la evaluación en nuestro proyecto desde una óptica clara y precisa que contenga una apertura y flexibilidad; puesto que todos los planes, estrategias y actividades aplicadas con el niño son evaluadas obteniendo resultados finales, ya que, mediante la evaluación iremos obteniendo información de los avances o retrocesos en la intervención y nos darán las pautas necesarias para saber si requiere de nuevos procesos evaluativos que permitirán reajustar los programas de trabajo elevando o descendiendo el nivel de aplicación. Cuando un niño participa de un plan psicopedagógico especial, con una adaptación curricular lo que implica acomodación de los contenidos, métodos, estrategias y ritmo de trabajo por lo que no debe usarse una evaluación tradicional; pues la evaluación debe adaptarse a las necesidades del plan de intervención.

Esta evaluación será de reflexión, creándose como un ajuste interno que continúe aportando y orientando al plan y en donde no-solo se evaluará al niño, sino el funcionamiento en general del plan psicopedagógico, y los resultados de la evaluación serán sinónimo de ajuste o avance en la dinámica de intervención psicopedagógica.

H. RECOMENDACIONES:

- Tratamiento psicológico a los padres, con la finalidad de que acepten la realidad de su niño y aprendan a afrontar la problemática.
- Terapia familiar que abarquen padres, e hijos.
- Tratamiento continuo del niño a las sesiones.
- Participación en pequeñas actividades grupales con tres niños aproximadamente.
- Recomendar a los padres una asistencia diaria del niño para evitar que el tratamiento no se descontinúe.
- Realización de un PEI de todo el equipo multidisciplinario

5. CONCLUSIONES:

- En este capítulo se aborda el plan individualizado, y lo que se pretende en la intervención psicopedagógica, es trabajar con mucha ética y

profesionalismos dentro de la terapia proponiéndose objetivos tanto generales y específicos que deseamos obtener en nuestros niños. La metodología basada en los contenidos de las áreas del desarrollo, los recursos o materiales que se van a utilizar en este caso especialmente los títeres, el sol de la tolerancia, el Osito Tito son personajes que los incorporaremos en la Terapia de Juego Cognoscitivo- Conductual, como herramientas indispensables para interiorizar en el niño su problemática y que saque al exterior mediante el juego terapéutico.

- Presentamos los planes programados con la descripción de la meta y los respectivos objetivos a corto plazo para el cumplimiento del plan.
- Además es importante el tipo de evaluación y el seguimiento por parte de los diferentes intervinientes en este tratamiento, ya que, mediante la programación se trabajará en beneficios para la salud mental del niño y lograr una calidad de vida adecuado del infante.

CONCLUSIONES GENERALES

1. La Terapia Cognitiva- Conductual, es importante, ya que, se dirige al tratamiento de los niños dentro de su entorno natural, social y familiar, en donde el terapeuta tendrá la posibilidad de manejar los conflictos del niño de un modo directo y además le permitirá un análisis empírico del tratamiento. El utilizar esta terapia, nos ha permitido modelar distintos comportamientos eliminando poco a poco conductas inadecuadas y cómo el niño logra palpar el modelo para encontrar las soluciones al problema. A pesar de las dificultades encontradas a lo largo del desarrollo de este trabajo terapéutico, los resultados han sido favorables como lo podemos ver en las sesiones terapéuticas.
2. La Terapia de Juego Cognitiva-Conductual dentro del campo educativo, ha sido de utilidad, por que ha permitido mediante los diversos métodos y técnicas y resolver diversos tipos de conflicto en niños pequeños.

3. Mediante la aplicación de tests realizados al niño, hemos llegado a un diagnóstico claro y preciso de donde se origina la fuente de su problemática, y a la vez indagar los posibles retrasos que se dan en el desarrollo evolutivo del niño.

4. El plan individualizado, ha permitido trabajar con mucha ética y profesionalismo dentro de la terapia de juego, ya que, es importante el planteamiento de objetivos, para conseguir los logros positivos para el niño y que de lugar a beneficios de cambio dentro de su desarrollo bio-psico-social.

5. Los resultados obtenidos luego de las sesiones terapéuticas, han sido positivos, por que han manifestados cambios dentro del comportamiento del niño y un avance en el aprendizaje de las áreas en dificultad.

RECOMENDACIONES GENERALES

Para un mayor logro en la recuperación de Edwin, proponemos las siguientes recomendaciones con la finalidad de alcanzar cambios en el niño, estos son:

1. Continuar con una participación constante entre padres, el centro infantil y los terapeutas (equipo multidisciplinario) que lo asisten actualmente.
2. El niño requiere la asistencia de todo un equipo multidisciplinario para lograr los avances en su desarrollo.
3. Los padres deben utilizar las actividades de la vida diaria para estimular el Lenguaje comprensivo y expresivo en el niño.
4. Dentro de las recomendaciones serán las tareas para la casa, en donde los padres seguirán la planificación realizada por el equipo multidisciplinario, en que ellos deben comprometerse al apoyo psicopedagógico del niño para un mejoramiento en su comportamiento y en sus avances en las áreas bajas.
5. Análisis Psicológico del avance que tienen los padres en cuanto a la aceptación de la situación de Edwin.
6. Integrar al niño en más actividades grupales.
7. partir de las conductas no logradas en los test valorados para planear un PEI

8. Informar a los padres del estado real del niño, comprometiéndolos a participar en el PEI, y eliminar el exceso de sobreprotección y permisividad.
9. Seguimiento bimensual o trimestral del avance del niño.

BIBILOGRAFIA

1. CANDA, Fernando, *“Diccionario de Pedagogía y Psicología”* Moreno, 2002, Madrid-España.
2. CONNOR O´, Kevin, & SCHAEFER, Charles E *“Manual de terapia de juego”* 1997, Ed, Manual, Moderno, México.
3. CHATEAU, Jean, *“Psicología de los Juegos Infantiles”*, 1973, Ed, Kapelux. Argentina.
4. FRIEDBERG, Roberto & Mc CLURE, Jessica *“Práctica Clínica de terapia cognitive con niños y adolescentes”*, Spain, 2005
5. NAVARTE, Mariana E,” *Integración Escolar”*, 2002, Colombia.
6. NAVARTE, Mariana E,” *Diversidad en el Aula”*, 2003, Colombia.
7. PACURUCU, Ana Lucia, *“El Juego y la resolución de conflictos a través del Mearthur Story stem Batter”*, 2002
8. RAMOS, Feliciano *“Manual para Familias y Profesionales”* (2002), Universidad de Zaragoza, Spain.

9. ROBINSON Roberto, & EDGERTON, Jane E,”
Diccionario, de la Terminología Psiquiátrica y de la
Clínica Psicológica”, 1976, México.
10. SARASON, Irwin G, & Bárbara R “*Psicología
Anormal, el problema de la conducta
inadaptada*”1996, México.
11. TENNUTO, Martha & Colaboradores “*Escuela
para Maestros, enciclopedia de pedagogía práctica*”
Colombia, 2004-2005
12. WEST,Janet “*Terapia de Juego Centrada en el
Niño*” Ed, Kapelux, Argentina.(2000)