



FACULTAD DE ENFERMERÍA
Y TERAPIA OCUPACIONAL

GRADO EN TERAPIA OCUPACIONAL

TRABAJO FIN DE GRADO

Curso académico 2013-2014

INTERVENCIÓN DESDE LA TERAPIA OCUPACIONAL MEDIANTE EL JUEGO COOPERATIVO EN NIÑOS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL EN PISOS TUTELADOS

AUTORA: CELIA HERNÁNDEZ CRISPÍN

TUTOR: CARLOS ALEXIS CHIMPÉN LÓPEZ

ÍNDICE

1. RESUMEN Y PALABRAS CLAVES.	4
2. INTRODUCCIÓN.	6
2.1. ANTECEDENTES.	7
2.1.1. LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL.	7
2.1.2. HABILIDADES SOCIALES Y DISCAPACIDAD INTELECTUAL.	10
2.1.3. TERAPIA OCUPACIONAL: VALOR TERAPÉUTICO DEL JUEGO.	13
2.1.4. JUEGO COOPERATIVO. CARACTERÍSTICAS.	16
2.1.5. NIÑOS CON TUTELA RETIRADA.	17
2.1.6. PISOS TUTELADOS EN ESPAÑA.	18
2.1.7. PISOS TUTELADOS EN EXTREMADURA.	19
2.2. OBJETIVOS.	22
2.3. HIPÓTESIS.	23
3. METODOLOGÍA.	23
3.1. MUESTRA.	24
3.1.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.	24
3.1.2. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA.	24
3.2. INSTRUMENTOS.	25
3.3. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN.	28
4. RESULTADOS.	30
4.1. DISCUSIÓN.	34
5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.	36

6. CONCLUSIONES.	37
7. BIBLIOGRAFÍA.	39
8. ANEXOS.	42
ANEXO I: ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA AL EDUCADOR SOCIAL DEL PISO TUTELADO.	43
ANEXO II: SISTEMA DE EVALUACIÓN CONDUCTUAL DE LA HABILIDAD SOCIAL (SECHS) (CABALLO, 1988).	44
ANEXO II: REGISTRO PROGRAMA DE 20 JUEGOS COOPERATIVOS.	48

1. RESUMEN Y PALABRAS CLAVES.

Resumen

El siguiente estudio tiene por objeto observar los efectos de una intervención basada en juegos cooperativos en las habilidades sociales de un grupo de tres sujetos de edades comprendidas de 9 a 14 años, todos con discapacidad intelectual de leve a moderada y problemas de socialización, cuyas tutelas han sido retiradas y conviven en pisos de acogida. Se utilizó un diseño pretest- intervención- posttest, utilizando como instrumento de evaluación el Sistema de Evaluación Conductual de la Habilidad Social (SECHS) de Caballo (1988) que fue cumplimentado por el educador social. El programa tuvo una duración de tres meses, en los que se realizaron 6 sesiones grupales con una frecuencia de una sesión semanal de 50 minutos de duración. En cada una de ellas se realizaron 3 o 4 actividades lúdicas, que se desarrollaron bajo el mismo procedimiento, en el mismo lugar, y estuvo dirigida siempre por la misma persona, la terapeuta ocupacional. Aunque no se encontraron diferencias significativas entre los grupos pre y post, al analizar ítem por ítem encontramos que podría existir un impacto positivo de la intervención, ya que los sujetos mejoraron ciertos aspectos conductuales de sus habilidades sociales, especialmente aquellos relacionados con los componentes verbales. A pesar de esto, es arriesgado asegurar la eficacia de este tipo de juegos en este colectivo y sería conveniente realizar futuros estudios que siguieran esta línea y nos permitiesen obtener unas conclusiones más exactas.

Palabras claves

Habilidades sociales, niños con discapacidad intelectual, juego cooperativo, pisos tutelados.

Abstract

The aim of the following study is to observe the effects of an intervention based on cooperative play in the social skills of a group of three subjects whose ages range is from 9 to 14 years. Children have intellectual disabilities from mild to moderate as well as socialization problems. Likewise their guardianship have been withdrawn and they are living in foster homes. It was performed a pretest-intervention-posttest design using as an assessment tool the Behavioral Assessment System of Social Skill (SECHS) Caballo (1988) which was completed by the social educator. The program lasted three months, in which 6 group sessions of 50 minutes were conducted at a frequency of once per week. In every session it was performed 3 or 4 play activities following the same procedure and make them in the same place directed by the same occupational therapist. Although it had not significant differences between the pre and post groups, we were found, analyzing item by item, that there could be possible a positive impact of the intervention because the subjects improved certain behavioral aspects in their social skills such as verbal components. Despite this, it is not possible to ensure the effectiveness of these kind of games in this specific collective. It would be useful that future studies will continue this research line in order to obtain more accurate conclusions.

Key words: Social skills, children with intellectual disabilities, cooperative plays, foster homes.

2. INTRODUCCIÓN.

La terapia ocupacional es aquella disciplina sociosanitaria que tiene como objetivo evaluar las capacidades personales para el desempeño de las áreas ocupacionales diarias (básicas, instrumentales, educación, trabajo, descanso y sueño, participación social y las de ocio y tiempo libre o juego) y se vale de las ocupaciones como propio instrumento terapéutico, con el fin último de que el individuo afectado por cualquier tipo de trastorno (físico, psíquico, sensorial,...) alcance el mayor grado de autonomía posible y de inclusión en la sociedad.

Dentro de sus muchas competencias se encuentra el entrenamiento en el uso de unas adecuadas habilidades sociales que faciliten al usuario una interacción ajustada con su medio, ya que una persona no va a lograr una apropiada Participación Social (Área Ocupacional), si no tiene unos niveles de habilidades sociales básicos previamente adquiridos.

Los niños con discapacidad intelectual suelen presentar grandes problemas de socialización debido a una falta de control y manejo adecuado de una conducta socialmente habilidosa. Esto les repercute gravemente en su vida diaria provocando conflictos con sus iguales e interfiriendo en sus relaciones, impidiendo una adecuación social.

Partiendo como base de que una intervención orientada a la población infantil debe desarrollarse utilizando el juego como vehículo intermedio para la consecución de los objetivos, se utilizarán los juegos cooperativos basándonos en que un ambiente cooperativo es el ambiente social más idóneo para el desarrollo de unas adecuadas habilidades sociales, ya que integran y fomentan la participación de todos.

Los niños con la tutela retirada, en ocasiones, pueden presentar problemas de socialización como consecuencia de ciertas vivencias pasadas, de sentimientos de abandono o bien porque presentan algún tipo de discapacidad, que les repercutirá a la hora de relacionarse. Cuando conviven en un mismo piso de acogida niños con problemas de comportamiento o con ciertas limitaciones, como discapacidad intelectual, a menudo se sentirán más aislados al no saber responder adecuadamente a las demandas del medio, afectando directamente en su convivencia y en los lazos que establecen dentro y fuera de la vivienda.

Teniendo en cuenta las dificultades y necesidades que pueden presentar este colectivo y los beneficios que demuestran la utilización de dichos juegos en la socialización infantil nos hemos planteado el siguiente trabajo.

2.1. ANTECEDENTES.

2.1.1. LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL.

A lo largo de la historia tres vertientes principales han determinado las diferentes concepciones acerca del término discapacidad. Se han ido desarrollando tres modelos cuya relevancia ha ido variando con el paso de los años: modelo tradicional, paradigma de rehabilitación y el paradigma de la autonomía personal.

En el *modelo tradicional* las personas con discapacidad asumen un papel de completa marginación, excluyéndolas de la sociedad y asociándolas a un puesto preestablecido permanente e imposibilidad de cambiar su situación. Se consideraban seres débiles con necesidad de protección, predominando un enfoque caritativo. Las deficiencias eran consecuencia de castigos divinos y se realizaban rituales para tratarlas. En el *paradigma de rehabilitación* la discapacidad es resultado directo de la deficiencia de la persona, considerada únicamente como un problema de salud. Toda la responsabilidad cae en el médico rehabilitador que es el encargado de decidir qué hacer en cada momento basándose en los diagnósticos. Se centra en tratar de curar la discapacidad. La persona pasa a asumir el papel de paciente, algo que le acompañará toda su vida. *Paradigma de la autonomía personal*, se asume un modelo inclusivo en el que se toma conciencia de que las personas con discapacidad deben formar parte de la sociedad y asumir sus derechos. Ocurre un cambio en la visión de la discapacidad pasando a verse como una consecuencia directa de la sociedad por falta de accesibilidad y equiparación de oportunidades. Las personas con discapacidad deben participar en el diseño de su propia intervención y el objetivo final es eliminar barreras físicas, sociales, culturales o económicas y ofrecer los apoyos necesarios e individualizados

En la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Organización Mundial de la Salud (2001), se describe la discapacidad como originada por una condición de salud que viene determinada por el trastorno o la enfermedad y que da lugar a déficit en las funciones y estructuras corporales, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación en el contexto de factores personales y ambientales.

Luckasson (2002) defiende la discapacidad como la expresión de limitaciones en el funcionamiento del individuo en un contexto social y que representa una desventaja substancial para el individuo.

Actualmente, el término discapacidad intelectual se desarrolla bajo una *perspectiva ecológica*, la cual centra su atención en la interacción que surge entre el sujeto y el ambiente y hace hincapié en la utilización de apoyos individualizados, siendo de vital importancia para conseguir un funcionamiento óptimo de la persona.

La definición oficial de discapacidad intelectual que se toma como referencia es la del Manual de la AAMR del 2002 (Luckansson et al., 2002) que aún permanece en vigor. "La Discapacidad Intelectual se caracteriza por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa, expresada en las habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas. La discapacidad se origina antes de los 18 años."

La evaluación del nivel de funcionamiento intelectual debe ser determinado por profesionales, siendo un criterio fundamental, pero no único, la obtención de una puntuación por debajo del promedio en una puntuación en un test de inteligencia, considerándose retraso un cociente intelectual por debajo de 70. El juicio clínico del profesional y otras pruebas de evaluación serán concluyentes ante el posible diagnóstico de discapacidad intelectual.

Además, las habilidades adaptativas tienen especial relevancia en el diagnóstico, evaluación e intervención del sujeto. Ford et al. (1989) destacan las siguientes: comunicación, autocuidado, habilidades de vida en el hogar, habilidades sociales, utilización en la comunidad, autodirección, salud y seguridad, académicas funcionales, ocio y tiempo libre y trabajo.

Es importante matizar que la discapacidad intelectual no se debe considerar un rasgo absoluto de la persona, sino una expresión de la interacción entre la persona con un funcionamiento intelectual limitado y su entorno (Alonso, M. Á. V. 1998).

Tomando como referencia a Luckasson et al. (2002) se resalta que es necesario tener en cuenta que dichas limitaciones deben considerarse en base a los contextos de ambientes comunitarios típicos de sus iguales en edad y cultura. Asimismo, las

limitaciones conviven junto con las capacidades personales. Es necesario describir las limitaciones para desarrollar un perfil al que adecuar determinados apoyos individualizados, ya que éstos fomentan una mejora en el funcionamiento de la persona con discapacidad intelectual, y si se ofrecen los apoyos personalizados apropiados durante un período prolongado, el funcionamiento vital de la persona con discapacidad intelectual generalmente mejorará.

Según Schalock et al.(1995):

"Los apoyos son recursos y estrategias destinados a promover el desarrollo, la educación, los intereses y el bienestar personal, y a incrementar el funcionamiento individual. El funcionamiento individual resulta de la interacción de los apoyos con las dimensiones de capacidades intelectuales; conducta adaptativa; participación, interacciones y roles sociales; salud; y el contexto. La evaluación de las necesidades de apoyo puede tener distinta relevancia, dependiendo de si se hace con propósito de clasificación o de planificación de apoyos".

Se deben tener en cuenta los siguientes aspectos en el paradigma de los apoyos:

- El funcionamiento individual nace de la interacción entre los apoyos con las dimensiones de capacidades intelectuales, conducta adaptativa, participación, interacción y roles sociales, salud y contextos.
- El objetivo principal de brindar los apoyos es mejorar en el sujeto aspectos relacionados con su independencia, bienestar personal o participación en la comunidad.
- Los servicios constituyen un tipo de apoyo proporcionado por profesionales.

Por último, destacar que a pesar de las numerosas variaciones del término discapacidad intelectual que ha habido durante estos últimos años, existen tres elementos que siempre se suelen encontrar invariables:

- Limitaciones en el funcionamiento intelectual.
- Limitaciones conductuales de adaptación y a las demandas del ambiente.
- Edad temprana de inicio, generalmente antes de los 18 años.

2.1.2. HABILIDADES SOCIALES Y DISCAPACIDAD INTELECTUAL.

Tomando como punto de partida que la habilidad social debe considerarse dentro de un marco cultural determinado, entendemos que los patrones de comunicación varían entre culturas e incluso, dentro de una misma cultura, según numerosos factores como sexo, educación, edad... Por tanto, una conducta que se considera apropiada en una situación, puede ser totalmente inapropiada en otra, ya que no existe una manera correcta de comportarse universal.

Según Caballo (1986) entendemos que:

La conducta socialmente habilidosa es ese conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas.

Además, este autor afirma que una adecuada conceptualización de la conducta socialmente habilidosa implica la especificación de tres componentes de la habilidad social:

1.A. Una dimensión conductual (tipo de habilidad).

Gran parte de la literatura científica ha evaluado a lo largo de estos años los elementos conductuales según la cantidad o frecuencia con que la persona los emite. Forman parte de éstos los componentes no verbales, paralingüísticos y verbales. Se pueden medir de forma cuantitativa pero este tipo de evaluaciones tienen la desventaja de ignorar la naturaleza recíproca de las interacciones.

1.B. Una dimensión personal (variables cognitivas).

Capacidad de la persona para transformar y emplear la información de forma activa y para crear pensamientos y acciones. En este apartado se incluyen el conocimiento de la conducta habilidosa apropiada, conocimiento de las costumbres sociales, saber ponerse en el lugar del otro, capacidad de resolución de problemas. También las estrategias de codificación y los constructos personales que hacen referencia a la capacidad que tienen las personas para realizar transformaciones cognitivas de los estímulos, las situaciones o el ambiente, centrándose en ciertos aspectos de éstos. Requiere de la atención, la interpretación y categorización selectivas que realice la

persona que cambiarán el impacto que ejerce ese estímulo sobre su conducta. El modo en el que codificamos y selectivamente atendemos a las secuencias conductuales observadas, también influye profundamente en lo que aprendemos y posteriormente realizamos.

1.C. Una dimensión situacional (el contexto ambiental).

Para que una conducta pueda considerarse como socialmente competente debe tenerse en cuenta el contexto que la rodea. La conducta variará dependiendo de factores situacionales, como la relación con la gente implicada, si son extraños, conocidos o íntimos (Gambrill y Richey, 1975; Kischner y Galassi, 1983; Warren y Gilner, 1978), del sexo y de la edad, entre otros factores.

Los factores culturales y situacionales determinan las normas sociales. El individuo socialmente habilidoso tiene que saber cuándo, dónde y en qué forma están justificadas las distintas conductas (Bellack y Morrison, 1982)

Otro autor, Monjas (1999) define las habilidades sociales como las conductas o destrezas sociales específicas requeridas para ejecutar competentemente una tarea de índole interpersonal. Es decir, las habilidades sociales son un conjunto de comportamientos interpersonales complejos que se ponen en juego en la interacción con otras personas.

En base a lo expuesto con anterioridad, un colectivo en el que suelen verse afectadas dichas competencias sociales son los individuos con discapacidad intelectual, por tanto, son susceptibles de beneficiarse de programas de habilidades sociales que fomenten una adecuada adquisición y manejo de éstas. Poseer unas habilidades sociales básicas es una condición necesaria para que las personas con discapacidad intelectual, o sin ella, puedan llevar una vida independiente en sociedad.

Miguel Ángel Verdugo y Belén Bermejo (1998) señalan que las dificultades adaptativas de las personas con retraso mental provienen de limitaciones en su inteligencia social y práctica. A su vez, se caracterizan por un retraso generalizado en el desarrollo y en el aprendizaje que acaba limitando el desempeño en todas las esferas de la vida. No obstante, estos autores hacen hincapié en que hay muy diferentes grados de independencia y de desempeño, producto de las distintas características de los individuos y de los ambientes en los que se han criado y crecido.

Es necesario hacer una distinción entre inteligencia práctica e inteligencia social. Las limitaciones en la "inteligencia práctica" hacen referencia a la capacidad de

mantenerse por uno mismo como persona independiente en la realización de actividades habituales de la vida cotidiana (Luckansson et al, 1992) y ésta es esencial para las habilidades adaptativas.

Al hablar de "inteligencia social" hacemos referencia a la capacidad para entender las expectativas sociales y la conducta de los otros, así como para juzgar adecuadamente cómo comportarse en situaciones sociales (Luckansson et al, 1992). Ésta juega un papel fundamental en las habilidades sociales.

Las personas con discapacidad intelectual muestran dificultades en el comportamiento social, siendo incapaces en numerosas ocasiones de adecuarlo a la situación, no entendiendo lo que la otra persona le quiere transmitir, o no identificando las demandas de una situación, lo cual le hace responder ineficazmente. Además, tienen problemas para comunicar sus propios sentimientos o preocupaciones y de igual forma, tienen dificultades para entender a los demás y ser capaz de empatizar con ellos. Según señalan Verdugo y Bermejo (1998), los criterios para identificar dificultades de adaptación y su gravedad se obtienen de la comparación del comportamiento de la persona con el comportamiento en los mismos contextos comunitarios de individuos de similar edad.

Adaptado de Arco y Fernández (2004), podemos encontrar las siguientes manifestaciones clínicas en los individuos que presentan discapacidad intelectual en el área social y emocional:

- Pueden presentar dificultades en su relación con sus compañeros, baja autoestima, falta de motivación, dificultades académicas, etc.
- Pueden presentar conductas desadaptativas, por ejemplo, conductas estimuladoras y agresivas.
- Se ve afectado su grado de aceptación por parte del grupo de referencia.
- Pueden aparecer conductas inmaduras (llorar fácilmente, actos socialmente inapropiados...) y falta de control emocional.

Por tanto, una correcta evaluación de las habilidades sociales es un paso necesario para detectar déficits que permitirá diseñar y poner en marcha un programa de entrenamiento adecuado a cada situación. Debe realizarse de forma individual, mediante técnicas de evaluación específicamente diseñadas y adaptadas al individuo al que va dirigido. No existe un único procedimiento para realizarla, de tal forma que lo más conveniente será combinar distintos procedimientos y distintos puntos de vista de

varios evaluadores para que dicha evaluación, previa a la intervención, sea lo más efectiva posible. Algunos métodos de evaluación puede ser la observación directa en ambientes naturales o artificiales, escalas estandarizadas, propuestas de situaciones sociales, etc.

Las habilidades sociales se pueden trabajar de forma individual (enseñándole a reconocer sentimientos de los demás, uso de la empatía, utilizando role playing, etc.) o grupal (utilizando el juego, por ejemplo, como medio). Una forma de trabajar las habilidades sociales sería realizando determinadas tareas "in situ" que requieran de la interacción con los demás en ambientes reales (realizar compras, pedir información, pedir en un restaurante...).

En definitiva, nunca debemos dar por supuesto qué capacidades tiene adquiridas la persona con discapacidad y cuáles no, debemos hacer un análisis exhaustivo de ellas y tener paciencia y ofrecer un entrenamiento en el uso de las habilidades sociales lo más completo posible, dándole nuevas oportunidades y brindando el tiempo necesario.

2.1.3. TERAPIA OCUPACIONAL: VALOR TERAPÉUTICO DEL JUEGO.

Es necesario hacer hincapié en que nuestra manera de intervenir diferirá según las características propias del usuario (edad, patología, gustos y preferencias...) al que vaya dirigida nuestra acción, por tanto, no adoptaremos las mismas medidas ante un anciano que ante un niño. Cuando va dirigida a niños, bien con discapacidad intelectual o con cualquier otro tipo de limitación o trastorno, ha de presentarse generalmente en forma de juegos atractivos que consigan llamar su atención e interés para conseguir una adecuada adherencia al tratamiento y conseguir los resultados adecuados. Además, debemos tener en cuenta que la principal área ocupacional que tiene un niño es el juego, el cual contribuye a su bienestar y desarrollo saludable, y debemos valernos de éste para conseguir avanzar y favorecer el desarrollo integral del niño.

Se puede utilizar el juego en el ámbito terapéutico como medio de evaluación, ya que se puede conocer la etapa de desarrollo madurativo a través de la actividad lúdica del niño, o como instrumento terapéutico que nos ayudará a conseguir los objetivos planteados.

De acuerdo a Moldes y Pellegrini (2008) los principales agentes socializadores en el niño son la familia, la escuela y los iguales. La familia es el principal agente socializador, ya que es en el contexto familiar donde se producen las primeras

interacciones del niño. A partir de las relaciones que establece con la familia el niño aprende a interactuar y más tarde lo deberá extrapolar fuera del núcleo familiar. Así, la función principal de la familia será de aportar un ambiente acogedor lleno de estímulos que ayude al desarrollo del niño. La escuela será el siguiente paso en el desarrollo social donde se aprenderá a ser uno más del grupo con las mismas oportunidades y necesidades que los demás, dejándole un poco menos protegido que en su familia. Será aquí donde descubra que existen normas que debe cumplir y que debe diferenciarlas de las familiares. A su vez, cabe tener en cuenta que en un niño que presenta discapacidad las relaciones con sus iguales no van a favorecer su interacción.

El juego adquiere un papel muy importante en la infancia ya que el niño se desarrolla a través de él. Bettelheim (1987) asegura que en la experiencia de jugar el niño obtiene placer inmediato, el cual contribuye al desarrollo de su capacidad para disfrutar de la vida. Basándonos en que el objetivo fundamental de la terapia ocupacional es la intervención a través de ocupaciones significativas para el usuario, no podemos dejar de lado la utilización del juego como medio y como fin en el niño. Según Moldes y Pellegrini (2008) a través del juego el niño tiene contacto con el mundo que le rodea y descubre el desarrollo de su naturaleza ocupacional.

Piaget es un referente teórico en la comprensión de la evolución del niño, y resaltó que en cada etapa evolutiva el niño desarrolla un tipo de juego específico.

Períodos	Tipos de juegos
Sensoriomotor (0 - 2 años)	Juegos sensoriomotores
Preoperatorio (2 - 7 años)	Juegos simbólicos
Operatorio concreto (7 - 12 años)	Juegos de reglas
Operatorio formal (12- 16 años)	Juegos de equipo: deportes,...

Tabla 1. Clasificación de los períodos evolutivos y tipos de juegos que les caracteriza, según Piaget (1959)

La terapeuta ocupacional Nancy Takata (1974) basándose en la anterior clasificación de Piaget estructuró su escala de evaluación del juego.

Etapas lúdicas	Tipos de juegos: características
Sensoriomotora (0 - 2 años)	Exploración sensorial y motora. Exploración propiedades de objetos. Actividad solitaria.

Simbólica y constructiva simple (2 - 4 años)	Inicio de la ficción. De la actividad en solitario hacia la actividad paralela. Realización de construcciones sencillas.
Simbólica y constructiva compleja (4 - 7 años)	Juego simbólico: guiones más complejos. De la actividad paralela a la asociativa. Mayor participación social. Construcciones más complejas.
Juego (7 - 12 años)	Juego de reglas. Manejo de reglas: primero, dominio e inmutabilidad de las mismas, y posteriormente, modificación e invención de nuevas reglas. De la actividad asociativa a la participación cooperativa. Importancia grupos de amigos. Inicio interés por los deportes, artes...
Ocio- esparcimiento (12- 16 años)	Pertenencia a grupos formales: trabajo en equipo y cooperativo. Juegos que desafían las capacidades y habilidades. Deportes competitivos. Proyectos constructivos realistas y habilidades manuales complejas.

Tabla 2. Organización de las etapas lúdicas y tipos de juegos según Nancy Takata (1974)

Según la etapa en la que se encuentre el niño nos podemos beneficiar de usar un tipo de juego u otro en base a los objetivos que nos hayamos marcado con anterioridad según las necesidades del niño.

Actualmente, la utilización del juego en terapia ocupacional está más que justificada. Ya en 1928 Anna Freud empezó a usar el juego como una forma de atraer a los niños a terapia y, hoy en día, los terapeutas ocupacionales se valen de él en sus sesiones terapéuticas.

Para que nuestra intervención sea efectiva el terapeuta ocupacional debe realizar una evaluación exhaustiva en la ocupación principal del niño y en el contexto en la que

ésta se desarrolla, que no es otra que el juego. A su vez, es importante que el terapeuta ocupacional participe en el juego ya que el niño se implicará al máximo permitiéndole alcanzar niveles de desarrollo óptimos.

2.1.4. JUEGO COOPERATIVO. CARACTERÍSTICAS.

Son muchos los autores que han estudiado los beneficios positivos del uso de los juegos cooperativos para producir cambios en determinadas aspectos de la población infantil. Maite Garaigordobil Landazabal, desde la década de los 90 realizó investigaciones que tuvieron como objetivo diseñar programas de intervención psicológica basada en el juego cooperativo y prosocial dirigido a niños de 6 hasta los 14 años, en un ambiente escolar y evaluar sus efectos en el desarrollo de la personalidad infantil y en sus conductas sociales. Las evaluaciones que realizó confirmaron que las experiencias cooperativas aumentan las conductas sociales positivas, la comunicación positiva intragrupo, la capacidad para analizar emociones y a su vez, disminuyen diversas conductas negativas.

Otros autores, como Saracho (1998) afirman que durante el juego los niños participan en situaciones sociales donde aprenden a cooperar y a resolver problemas sociales. En este contexto, el niño considera otros puntos de vista, hace juicios morales, desarrolla habilidades sociales y adquiere el concepto de amistad.

Además, se tienen en cuenta los positivos efectos de cooperar frente a competir, ya que constatan que la interacción cooperativa fomenta la cohesión grupal, ayuda a reducir conflictos intergrupos, disminuye conductas sociales negativas, incrementa la aceptación de los miembros del grupo, aumenta las habilidades sociales, la capacidad para resolver problemas y el desarrollo moral (Bertrand, Desbiens, Fortin, y Rogers, 2000; Gillies, 2000; Miller, 1998; Harvey, Hood, Whitey Sherif, 1961).

Basándonos en que un ambiente cooperativo es el ambiente social más idóneo para el desarrollo de unas adecuadas habilidades sociales, se puede pensar que el uso de los juegos cooperativos como instrumento de intervención es adecuado.

Según Giraldo (2005) los juegos cooperativos son:

Aquellos en los que la diversión prima por encima del resultado, en los que no suelen existir ganadores ni perdedores, los que no excluyen, sino que integran, los que fomentan la participación de todos y en los que la ayuda y la

cooperación de los participantes es necesaria para superar un objetivo o reto común.

Orlick (1990), destaca varias características de los juegos cooperativos:

- Libres de competición: Las personas se ven libres de la obligación de competir al no sentir la necesidad de superar a los demás en el juego, necesitando su ayuda.
- Libres para crear: Cuando las personas se sienten libres para crear, por lo que obtienen una gran satisfacción personal y mayores posibilidades para encontrar soluciones a sus problemas.
- Libres de exclusión: Los juegos cooperativos rompen con la eliminación como consecuencia del error o la falta de acierto.
- Libres para elegir: Con esto se demuestra respeto por ellos y se les confirma la creencia de que son capaces de ser autónomos. Además, esta libertad para aportar ideas, tomar decisiones y elegir por sí mismos, hace que mejore su motivación por la actividad lúdica.
- Libres de la agresión: La inexistencia de rivalidad con la otra persona facilita un clima social positivo donde no tienen cabida los comportamientos agresivos y destructivos.

2.1.5. NIÑOS CON TUTELA RETIRADA.

La familia constituye uno de los principales agentes socializadores en la infancia más idóneo para la formación y el desarrollo personal del niño. Bowlby (1969) establece que es en esta etapa cuando se forma las bases de las relaciones sociales y de los vínculos afectivos, todo ello desencadenado por el apego que se forma entre el niño y el cuidador de referencia, que suele ser generalmente la madre.

En ocasiones, por distintas circunstancias perturbadoras, existen casos en los que las entidades responsables de la protección de menores de las Comunidades Autónomas declaran en desamparo o en situación de riesgo a un cierto número de menores y asumen su tutela.

El acogimiento residencial es *"la medida alternativa de guarda, de carácter administrativo o judicial, cuya finalidad es ofrecer una atención integral en un entorno residencial a niños, niñas y adolescentes cuyas necesidades materiales, afectivas y educativas no pueden ser cubiertas, al menos temporalmente, en su propia familia"* (Decreto 131/2008).

Entre las medidas de protección alternativas a la familia biológica que dispone la Administración para ejercer estas funciones encontramos centros de acogida de menores o programas de pisos tutelados, entre otros.

Según el Art. 172.1 del Código Civil "*La entidad pública a la que, en el respectivo territorio, esté encomendada la protección de los menores, cuando constate que un menor se encuentra en situación de desamparo tiene por ministerio de la Ley la tutela del mismo y deberá adoptar las medidas de protección necesarias para su guarda (...). Se considera como situación de desamparo la que se produce de hecho a causa del incumplimiento, o del imposible o inadecuado ejercicio de los deberes de protección establecidos por las leyes para la guarda de los menores, cuando éstos queden privados de la necesaria asistencia moral o material*". La situación de desamparo de un menor implica una salida automática de su núcleo familiar.

Según los resultados de una investigación sobre la salud mental y el bienestar de los menores cuya tutela ha sido retirada y que conviven en régimen de acogimiento en instituciones que se ha llevado a cabo en la comunidad extremeña, refleja que más del 60% de los niños requieren atención psicológica. Jorge Fernández del Valle, catedrático de Intervención Psicosocial de la universidad de Oviedo, estima que acerca del 70% de los menores presentan algún trastorno psicológico que requiere intervención profesional, los más comunes suelen ser problemas de ansiedad, angustia o depresión. Además, pueden surgir problemas de atención o conductuales que entorpecen la convivencia y el desarrollo del propio niño.

Además, las experiencias vitales que han tenido sitúan a este colectivo en una situación de desventaja social, siendo muy susceptibles de caer en la marginación.

2.1.6. PISOS TUTELADOS EN ESPAÑA.

En la Normativa Internacional encontramos La Convención de los Derechos del Niño de Naciones Unidas, de 20 de noviembre de 1989, ratificada en España en 1990. Y la Carta Europea de Derechos del Niño, aprobada por la Resolución A3-0172/92, de 8 de julio de 1992, del Parlamento Europeo.

El marco normativo competencial y jurídico para la protección a la infancia en España está sustentado básica y fundamentalmente en el Texto Constitucional y las normas contenidas en el Código Civil, sin perjuicio de la protección penal, que reprime determinadas conductas antijurídicas de los adultos respecto a los derechos de los menores.

Respecto a la Normativa Estatal encontramos principalmente la siguiente normativa:

- La Constitución Española, aprobada por las Cortes el 31 de Octubre de 1978. En su artículo 39, menciona de forma explícita la protección de los menores y faculta a los poderes públicos para asumir plenitud de competencias en materia de asistencia social y desarrollar las correspondientes leyes referentes a la infancia.
- La Ley 21/ 1987, de 11 de noviembre, por la que semodifican determinados artículos del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil, en materia de adopción y acogimiento familiar.
- La Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. Pretende constituir un amplio marco jurídico de protección que vincule a todos los Poderes Públicos, a las Instituciones específicamente relacionadas con la infancia, y a todos los ciudadanos en general. En su Título II, recoge las actuaciones específicas en situaciones de desprotección social del menor.

Actualmente en España, en la comunidad autónoma de Extremadura, la figura del terapeuta ocupacional en los pisos de acogida no existe como tal, reflejándose principalmente la figura del educador social y dejando abierta la puerta a otros profesionales pero sin mencionarlos expresamente.

2.1.7. PISOS TUTELADOS EN EXTREMADURA.

En Extremadura existen muchos recursos destinados a cubrir las necesidades del menor en régimen de acogida, la mayoría de ellas suelen estar subvencionadas por parte de La Consejería de Salud y Política Social de Extremadura.

El Programa de Pisos Tutelados en Extremadura, surge con la finalidad de ofrecer un recurso residencial a menores en situación de riesgo o desamparo. Constituye un sistema de convivencia integrado por educadores que acompañan en su desarrollo integral a un grupo de menores (ocho máximo) sobre los que existe una medida de protección. Su funcionamiento es similar a la forma de organización de una familia. Los educadores desarrollan todas y cada una de las tareas que requiere la atención adecuada de un hogar y utilizan los recursos del entorno para la atención integral de los menores acogidos. Prestan una atención de 24 horas a lo largo de todo el año. Los objetivos principales que recogen son:

- Evitar largos períodos de institucionalización en centros de acogida.
- Potenciar la cohesión de grupos de hermanos.

- Atender a menores en situación de riesgo social y favorecer la adaptación social, y su autonomía a través de un sistema de convivencia más normalizador.

Los destinatarios a los que se dirige dicho programa son aquellos menores en situación de riesgo o desamparo que presenten alguna de las siguientes características:

- Menores que se prevea que van a tener un largo período de institucionalización y con los que previamente se haya descartado cualquier alternativa familiar.
- Grupos de hermanos, con el objetivo de favorecer y respetar su vinculación afectiva.
- Menores que proceden de una medida de protección que implique convivencia en un grupo familiar.
- Menores para los que se considere adecuado un recurso que les proporcione una cercanía afectiva.
- Menores con los que sea necesario realizar un trabajo más individualizado para llevar a cabo procesos de
 - Separación definitiva con respecto a la familia.
 - Reunificación familiar.
 - Integración social de menores con discapacidad, cuyo grado de autonomía así lo permita.
- Menores con los que resulte difícil iniciar un trabajo de autonomía para la vida diaria desde otro recurso residencial.
- Menores con edades comprendidas entre los 3 y 18 años.
- Aquellos casos que los Equipos Técnicos, orientados por el superior interés del menor, así lo propongan.

El equipo profesional está compuesto por Educadores, dos o tres en función del número de menores.

El Programa se lleva a cabo mediante la acción concertada con entidades sin ánimo de lucro, previamente habilitadas por la Administración para tales cometidos (Decreto 68/1998, de 5 de mayo, publicado en el D.O.E. del 14 de mayo, 1998).

Los pisos de acogida del gobierno extremeño que existen actualmente se desarrollan bajo las siguientes asociaciones:

- Asociación de Hogares Funcionales Asociados (HOGFA).
- Escuela de Animación Libre de Extremadura (EALEX).
- Asociación para la Integración Social de Menores de Extremadura (AISMEX).
- Asociación de Tiempo Libre de Extremadura (ATLEX).
- Asociación de Ayuda Integral a la Persona (DOMOS)
- Hijas de la Caridad.

Se trata de entidades que desde hace años gestionan estos recursos, con los que se garantiza la calidad de vida de los menores y se les ofrece un itinerario óptimo que les permita desarrollar todas sus capacidades, tanto personales como sociales.

La normativa autonómica legal del sistema de protección a la infancia en Extremadura se desarrolla bajo la Ley 4/1994, de 10 de noviembre, de Protección y Atención a Menores, que es el marco jurídico de referencia. Regula su relación con las administraciones extremeñas en materia de adopción y acogimiento familiar, tiene por finalidad adecuar la legislación a la realidad y a la función social que deben cumplir las instituciones y medidas de protección de menores, encomendando a las Entidades Públicas competentes en esta materia y dentro de su ámbito territorial, la aplicación y puesta en funcionamiento de los principales postulados. Esta Ley pretende hacer hincapié en que el interés del menor y el respeto de su libertad y dignidad deben prevalecer en todo momento sobre cualquier otro que concurra en el ámbito de las relaciones socio-familiares.

En ella se proclama el derecho del niño a una formación integral y a un entorno familiar no deteriorado sin que por ello se pretenda desconocer de una forma radical los derechos constitucionales y civiles de las familias biológicas, igualmente merecedores de tutela. Los principios rectores que conforman esta Ley son:

- Respeto a la libertad y dignidad de los menores de edad.
- Facilitar el mantenimiento del entorno familiar del niño.
- Fomento de la solidaridad y sensibilidad social.
- Acceso a recursos institucionales.
- Remover cualquier obstáculo que impida la formación integral del niño.
- Prevención de la marginación infantil. Desarrollo de programas educativos, culturales, recreativos, de ocio y tiempo libre, tendentes a evitar situaciones de riesgo.

El piso de acogida en el que se lleva a cabo el programa forma parte de la Asociación para la Integración Social de Menores en Extremadura "AISMEX". Es una asociación sin ánimo de lucro que cuenta con subvenciones de la Junta de Extremadura. Fue creada en el año 1998 por un grupo de profesionales entre los que se encuentran profesionales especializados en la protección de la infancia, como son psicólogos, trabajadores sociales, abogados, maestros, técnicos en educación infantil, etc. Actualmente dicha asociación cuenta con tres pisos de acogida de menores tutelados y dos para los menores y jóvenes que se encuentran cumpliendo una medida judicial en medio abierto, en los que conviven niños y adolescentes de edades comprendidas entre 3 y 18 años, repartidos por el territorio extremeño.

Los objetivos principales de dicha asociación son los siguientes:

- La protección de la infancia de acuerdo con las disposiciones y principios previstos en la Legislación Española y en la Convención de los Derechos del Niño.
- La integración social y laboral plena de menores desfavorecidos, ofreciendo recursos sustitutivos de la familia y alternativos a la institucionalización en Centros de Acogida de Menores.
- La organización y realización de cursos formativos para los menores acogidos.
- Realización de actividades orientadas a la juventud en general.
- La educación ambiental y la cooperación Internacional.

El piso en el que se realizó el programa alberga una capacidad de 6 plazas, todas cubiertas, en las que conviven tres niños con discapacidad con los demás niños que no la presentan. El equipo profesional está formado por tres educadores sociales. En un inicio comenzó siendo un piso de atención socioeducativa intensiva, en el que únicamente convivían niños con discapacidad pero a lo largo del tiempo se transformó y formó a ser un piso de acogida normal.

2.2. OBJETIVO.

Se marcará el siguiente objetivo a conseguir:

- ✚ Diseñar y aplicar un programa de Terapia Ocupacional basado en el juego cooperativo y evaluar sus efectos en la conducta social de tres niños con discapacidad intelectual que residen en un piso tutelado y presentan dificultades de socialización, en mayor o menor medida.

2.3. HIPÓTESIS.

En base al objetivo principal se planteó la siguiente hipótesis:

- ✚ La utilización de los juegos cooperativos en un ambiente adecuado producirá una mejora en la adquisición y el manejo de los componentes de las habilidades sociales.

3. METODOLOGÍA.

Se utilizó un diseño Pretest- Intervención- Postest con una muestra de tres sujetos de edades comprendidas entre los 13 y 14 años que conviven en un piso de acogida de la provincia de Cáceres de la asociación AISMEX. La “*Escala de evaluación conductual de la Habilidad Social (SECHS)*” (Caballo, 1988) se aplicó como instrumento de evaluación para medir las conductas sociales y evaluar el efecto del programa. Ésta fue cumplimentada por el educador social antes y después de la implementación del programa.

Previamente, se realizó una entrevista semiestructurada (ANEXO I) al educador y a los sujetos para recabar aquella información relevante con vistas a la futura implementación del programa. Ésta sirvió como primera toma de contacto con los sujetos para conocer sus gustos y preferencias respecto al juego y permitió realizar una observación directa acerca de las relaciones que establecían entre ellos, con el educador y con los demás integrantes de piso.

La entrevista realizada al educador nos permitió conocer el funcionamiento diario del piso de acogida y saber cuáles eran las características clínicas principales de cada sujeto y sus patrones conductuales habituales.

El programa de intervención consistió en sesiones de 50 minutos, con una frecuencia de una intervención semanal durante 6 semanas que tuvieron lugar durante los meses de abril, mayo y junio de 2014.

Todo lo anterior fue permitido mediante consentimiento informado por el presidente de la asociación.

3.1. MUESTRA.

3.1.1. CRITERIO INCLUSIÓN.

Como criterios de inclusión se tuvo en cuenta que fuesen niños en régimen de acogida que formen parte del mismo recurso, que convivan en pisos tutelados que perteneciesen a la misma asociación, en este caso fue la Asociación para la Integración Social de Menores de Extremadura (AISMEX). Conjuntamente la presencia de discapacidad intelectual, leve o moderada, de tal manera que presentasen problemas añadidos de socialización y conducta que interfiriese en el clima de residencia. Por último, se delimitó un rango de edad comprendido entre los 9 y 14 años.

3.1.2. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA.

La muestra está constituida por 3 sujetos de 13 y 14 años de edad, que conviven en pisos tutelados y presentan discapacidad intelectual leve o moderada.

A continuación se exponen las características clínicas y los patrones conductuales más destacables que presentan los sujetos que componen la muestra, facilitados por el educador. Debido al tamaño reducido de la muestra se hará una descripción detallada de cada uno de los componentes:

- **Sujeto AA.** Niño de 13 años de edad que presenta retraso mental leve, retraso madurativo del desarrollo y trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). En ocasiones muestra cierto rechazo al contacto físico y en momentos en las que no sabe asumir el control de la situación muestra rabietas. Posee ciertos rasgos de trastorno obsesivo compulsivo, lo que produce que adopte una postura inflexible ante ciertos acontecimientos, mostrándose muy tajante en su conducta.
- **Sujeto AN.** Niño de 14 años de edad, presenta retraso mental moderado junto con graves alteraciones de comunicación con mejor capacidad comprensiva que expresiva. Falta de adquisición del habla, se comunica a base de señales y monosílabos. Suele tener un contenido de comunicación muy repetitivo, realiza las mismas preguntas de forma automática utilizando los mismos gestos, siendo éstos bastante pobres y con poca claridad en su intención comunicativa, en muchas ocasiones resulta imposible saber qué pregunta. Adopta una actitud muy dependiente, tiende a estar con adultos

en vez de con los demás niños, agarrándolos e intentando ser el centro de atención de éstos. Por otro lado, cuando está con los demás niños se aísla y no se relaciona demasiado. En ocasiones cuando se enfada, rechaza el contacto físico, y suele presentar rabietas de oposición negativista ante la posición de autoridad.

Sujeto AL. Niño de 13 años de edad con retraso mental leve adquirido (debido a una falta de estimulación adecuada en edades tempranas), presenta trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), lo que hace que tenga un comportamiento muy nervioso e impaciente, adelantándose a los acontecimientos y con muchos problemas para controlar los impulsos. En situaciones frustrantes muestra una conducta agresiva golpeándose a sí mismo, a los objetos de su alrededor o agrediendo a los demás, siendo muy comunes las fuertes rabietas. Tiene un patrón recurrente de comportamiento negativista, desafiante, desobediente que suele ir dirigido a la figura de autoridad, no respetando y saltándose las normas, sin asumir las culpas. Presenta locus de control externo, de tal manera que escusa su conducta realizando atribuciones externas. Además, muestra ciertos rasgos del trastorno del espectro autista, siendo especialmente sensible a los cambios del entorno y en ocasiones parece estar enfrascado en su mundo haciendo caso omiso a lo que sucede a su alrededor.

3.2. INSTRUMENTOS.

Se utilizó una entrevista semiestructurada al educador social como primer punto de partida para recabar información, y otra a los niños

Como instrumento de evaluación se utilizó el "Sistema de evaluación conductual de la habilidad social (SECHS)" del autor Vicente E. Caballo (1988) (ANEXO II), para evaluar el efecto del programa. Éste agrupa la mayor parte de los parámetros en los que debe obtenerse información mediante la observación, describiendo un formato de evaluación de conductas manifestadas por un sujeto durante una interacción social simulada o real. Entre dichos parámetros se encuentran los componentes no verbales, los componentes paralingüísticos y los componentes verbales. Tiene la peculiaridad de que pueden llevarla a cabo tanto personas expertas en el campo de las habilidades sociales, como personas sin ninguna clase de conocimiento de éstas pero representativas en el entorno social. La función del evaluador es observar el

comportamiento del sujeto puntuando del 1 al 5 la adecuación de cada uno de los ítems. Así, una puntuación de 3 o superior en una conducta indica que ésta es adecuada (en mayor o menor grado) y por otra parte una puntuación inferior a 3 indica que dicha conducta no es adecuada y es susceptible de intervención. La escala en total posee 21 ítems con una puntuación asignada del 1 al 5 cada uno.

Los elementos que evalúa son los siguientes:

a) Componentes de la comunicación no verbal:

- 1. Expresión facial.** La cara es el principal sistema de señales para mostrar emociones, además de ser el área más importante y compleja de la comunicación no verbal y la parte del cuerpo que más de cerca se observa durante la interacción.
- 2. La mirada.** Fundamental en la evaluación de la conducta de la habilidad social. Se utiliza para abrir y cerrar canales de comunicación y es especialmente importante para regular y manejar los turnos de palabra (Argyle y Cook, 1976; Kendon, 1967).
- 3. Sonrisas.** Poco estudiado en el campo de la comunicación no verbal y en las habilidades sociales a pesar de aparecer en numerosos estudios que emplean dichos componentes.
- 4. Postura corporal.** La posición del cuerpo y de los miembros, la forma como se sienta una persona, como está de pie y como pasea, refleja sus actitudes y sentimientos sobre sí misma y su relación con los otros (Mehrabian, 1972).
- 5. Orientación corporal.** Se refiere al grado en que los hombros y las piernas de un sujeto se dirigen hacia, o se desvían de, la persona con quien se está comunicando. Una orientación más directa se encuentra asociada con una actitud más positiva.
- 6. Distancia/ proximidad y contacto físico.** Si la distancia entre dos personas que hablan excede o es menor que estos límites, entonces se infieren o provocan conductas negativas. El contacto físico constituye la forma más básica de expresar actitudes interpersonales.
- 7. Gestos.** Son básicamente culturales. La actividad verbal y la gestual pueden relacionarse de diversas maneras, pudiendo apoyar y amplificar a lo que se dice o, por el contrario, pueden contradecirlo.
- 8. Apariencia personal.** Aspecto exterior de una persona. "El principal fin de la manipulación de la apariencia es la autopresentación, que indica cómo se ve a sí mismo el que así se presenta y cómo le gustaría ser tratado" (Argyle, 1978).

9. Oportunidad de los reforzamientos. Dirigidos del ambiente o de la propia persona, el autorrefuerzo. Éste es la capacidad del ser humano de ejercer influencia sobre sí mismo, de autorregularse, en base a lo que quiera conseguir, consiguiendo realizar un comportamiento coherente adecuado a sus necesidades y deseos.

b) Componentes paralingüísticos. Hace referencia a "cómo" se dice en oposición a "qué" se dice. Los elementos paralingüísticos rara vez se emplean aislados. El significado transmitido es normalmente el resultado de una combinación de señales vocales y conducta verbal y es evaluado dentro de un contexto o una situación determinados.

10. Volumen de la voz. Cuya función más básica es hacer que un mensaje llegue hasta un potencial oyente. Un volumen de voz bajo puede indicar sumisión o tristeza, mientras que un alto volumen puede indicarnos seguridad, dominio, extraversión y/o persuasión. Los cambios en el volumen de la voz pueden emplearse en una conversación para enfatizar puntos. Así, una voz que varía poco en volumen no será muy interesante de escuchar.

11. Entonación. Sirve para comunicar sentimientos y emociones. Se puede dar múltiples significados distintos a una misma frase según la entonación que se haga. Poca entonación, indica aburrimiento, mientras que la gente que va cambiando la entonación se la percibe como más dinámica y extravertida.

12. Timbre. Es la calidad vocal o resonancia de la voz producida principalmente como resultado de la forma de las cavidades orales. Oswald (1963) describe cuatro clases de voz que se han encontrado normalmente en pacientes y otras personas:

- Voz aguda, descrita a menudo como de queja, de indefensión o infantil, encontrada principalmente en pacientes con problemas afectivos.
- Voz plana, interpretada como floja, enfermiza o de desamparo, hallada en pacientes deprimidos o dependientes.
- Voz hueca, interpretada como vacía o sin vida, encontrada en pacientes con daño cerebral y en aquellos con fatiga y debilidad generalizada.
- Voz robusta, que causa impresión y tiene éxito, hallada en gente sana, segura y extrovertida.

13. Fluidez. Las vacilaciones, falsos comienzos y repeticiones son bastante normales en las conversaciones diarias. Sin embargo, las perturbaciones

excesivas del habla pueden causar una impresión de inseguridad, incompetencia, poco interés o ansiedad.

14. Velocidad. La velocidad normal del habla es de 125 a 190 palabras por minuto y la comprensión comienza a disminuir cuando la velocidad se encuentra entre 275 y 300 palabras por minuto. La velocidad del habla también conlleva señales psicológicas.

15. Claridad. La forma en la que nombramos las palabras produce en la persona oyente distintos significados. Así, hablar arrastrando palabras puede indicar aburrimiento o tristeza y puede ser difícil de entender, mientras que el chapurreo puede indicar ira o impaciencia.

16. Tiempo de habla. La duración del habla se refiere al tiempo que se mantiene hablando el individuo. Lo más adecuado es un intercambio recíproco de información entre emisor y receptor.

c) Componentes verbales. Las palabras que empleamos dependen de la situación en que nos encontremos, de su papel en esa situación y de lo que esté intentando lograr.

17. Contenido. El contenido de nuestra conversación juega un papel muy importante en la relación social. Es lo que se dice, lo que se transmite, lo que forma parte del mensaje que queremos transmitir.

18. Humor. La disposición que tiene una persona para hacer algo. El concepto del humor está relacionado con diversos aspectos de la personalidad humana.

19. Atención personal. Las expresiones de atención personas favorecen la relación entre los comunicadores, de tal forma que según la atención que se muestre hacia lo que dice la otra persona va a favorecer el intercambio de información y afianzar la relación.

20. Preguntas y 21 Respuesta a preguntas. Son esenciales para conseguir mantener una conversación, obtener información, mostrar interés en los demás e influir en la conducta de los otros.

3.3. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

El programa tuvo una duración de tres meses, en los que se realizaron 6 sesiones grupales en total. La aplicación del programa consistió en la realización de una sesión de juego cooperativo semanal de 50 minutos de duración, en las que se realizaron 3 o 4 actividades lúdicas. Dichas sesiones se realizaron en el mismo lugar, el piso

tutelado, y estuvo dirigida siempre por la misma persona, la terapeuta ocupacional, y en ocasiones se contó con el apoyo de un educador u otro niño del piso.

El programa mantuvo una misma estructura para todas las sesiones, distinguiéndose tres fases.

DESARROLLO DE LAS SESIONES	
FASE INICIAL	<p>Miembros del grupo colocados en círculo, viéndose todos las caras.</p> <p>Breve explicación por parte de la terapeuta ocupacional de las instrucciones para desarrollar las actividades de ese día.</p> <p>Cerciorarse muy bien de que todos los participantes han comprendido todo.</p>
FASE DE DESARROLLO	<p>Realización de los juegos cooperativos anteriormente planteados.</p> <p>Con o sin apoyo de la terapeuta ocupacional, educador y/o integrantes del piso.</p>
FASE DE CIERRE	<p>Colocación de nuevo en círculo.</p> <p>Guiado por la terapeuta ocupacional se exponen conclusiones de lo que les han parecido los juegos realizados.</p> <p>Aporte de ideas para futuras sesiones.</p>

Dicho programa está formado por lo siguientes 20 juegos cooperativos realizados bajo el mismo procedimiento anteriormente explicado (VER ANEXO III): Los oficios, abrazos a ciegas, la araña abrazada, la botella borracha, la búsqueda del tesoro, el escondite cooperativo, el espejo, las estatuas, Tangram cooperativo, adivina lo que es,

la cacería extraña, el nudo humano, mete el lápiz en la botella, los complementos, puntería ciega, la historia interminable, el juego de las sillas cooperativo, la danza congelada, el stop y el teléfono escacharrado. Todos ellos tienen la singularidad de promover la interrelación de los participantes, fomentando una actitud de trabajo en equipo, estimulando conductas creativas, cooperativas, divertidas y comunicativas.

4. RESULTADOS.

En primer lugar, analizamos las puntuaciones en el Sistema de Evaluación Conductual de la Habilidad Social mediante el programa Statistical Package for the Social Science (SPSS versión 19.0). Los resultados obtenidos en la prueba T de Wilcoxon para muestras relacionadas nos indican que no existen diferencias significativas ($t = -589$, $p = .615$), es decir, los grupos tienen unos niveles en habilidades sociales similares antes y después de la intervención. Si observamos la tabla 3, el grupo pretest obtiene una media de 2,24 y una desviación típica de 0.31, mientras en el grupo posttest la media era de 2.32 y la desviación típica de 0.23.

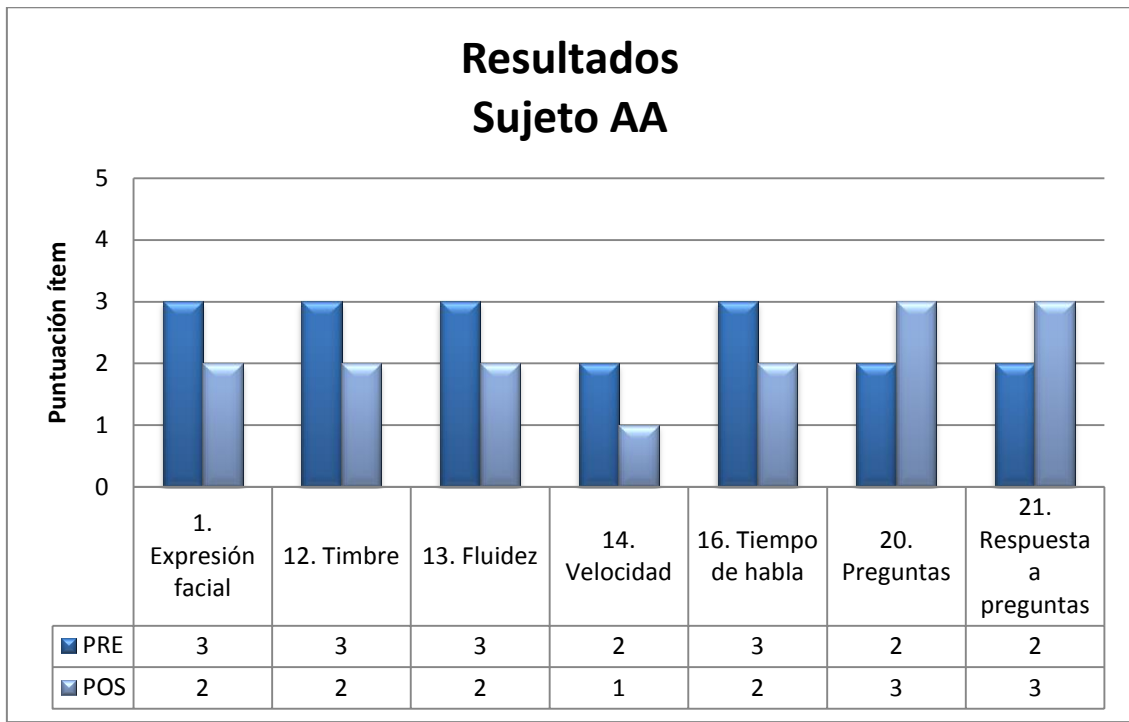
	Media	N	Desviación típ.
Par 1 Pre	2,2367	3	,31262
Post	2,3100	3	,23516

Tabla 3. Prueba T de Wilcoxon para muestras relacionadas

Al encontrar los resultados anteriormente mencionados, nos propusimos analizar ítem por ítem, haciendo hincapié únicamente en los ítems en los que existía alguna variación. Es conveniente puntualizar que se toma como punto de referencia una puntuación de 3 que equivale a la "normalidad" en cada ítem de la escala, por tanto se debe atender principalmente a aquellas puntuaciones que se encuentran por debajo.

Cabe recordar que los ítems correspondientes a **componentes no verbales** van del nº 1 al nº 9, los **componentes paralingüísticos** del nº 10 al nº 16 y los **componentes verbales** del nº 17 al nº 21.

▪ **SUJETO AA.**

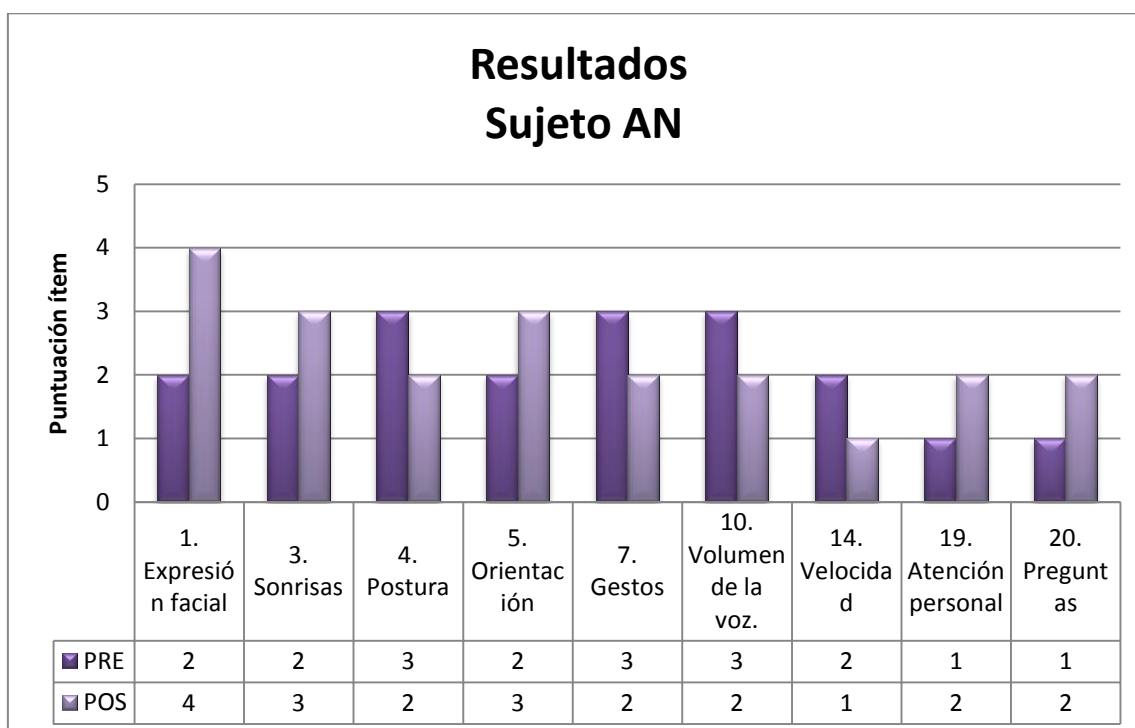


Se pueden observar en este sujeto una mejoría únicamente en los **Componentes Verbales**, pasando de una puntuación de 2 a 3 en los ítems nº 20 (preguntas) y nº 21 (respuesta a preguntas), en ambos se ha conseguido estabilizar la puntuación al 3, lo que se considera un patrón de preguntas y respuestas adecuado y correcto.

Por otro lado, existen también resultados negativos en los **Componentes No Verbales** y **Paralingüísticos**, pasando de una puntuación inicial de referencia, 3, a un 2 en los ítems nº 1 (expresión facial), nº 12 (timbre), nº 13 (fluidez) y nº 16 (tiempo de habla). Y una puntuación de 2 a 1 en el nº 14 (velocidad).

Se han obtenido más resultados negativos que positivos en este sujeto, por lo que se estudiarán más adelante las posibles causas.

▪ **SUJETO AN.**



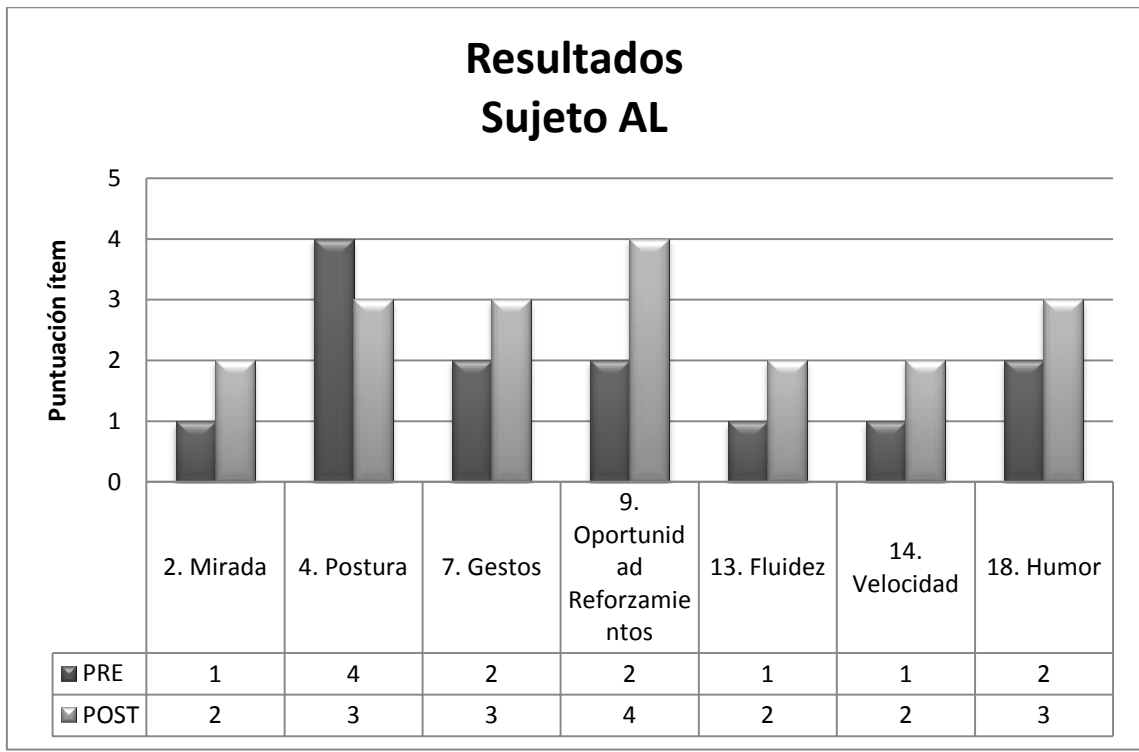
Se pueden observar mayores resultados positivos que negativos en este sujeto.

Por un lado, dos **Componentes Paralingüísticos** han empeorado, los ítem nº 10 (volumen de la voz) y nº 14 (velocidad del habla) han pasado a una puntuación por debajo del 3.

Además, en los **Componentes No Verbales** se pueden observar cambios positivos y negativos. En los ítem nº 4 (postura) y nº 7 (gestos) ha pasado de una puntuación inicial de 3 a un 2. Pero han mejorado los ítem nº 1 (expresión facial), nº 3 (sonrisas) y nº 5 (orientación), alcanzando todos al menos una puntuación de 3, normal.

A su vez, en los **Componentes Verbales** de los ítem nº 19 (atención personal) y nº 20 (preguntas) también han mejorado parcialmente, con una puntuación de 2 en ambos, pero aún se consideran que se pueden mejorar ya que realiza pocas preguntas y su nivel de interés por los demás es escaso.

▪ SUJETO AL.



En este sujeto se han observado una mejoría en la mayoría de los aspectos, salvo en el **Componente No Verbal** del ítem nº 4 (postura) pero aún se encuentra en niveles normales de 3.

En general, han variado positivamente aspectos de todos los componentes, tanto verbales, paralingüísticos y no verbales, es el único sujeto en el que se puede observar mejoría en las tres esferas.

En los **Componentes No Verbales** de los ítems nº 2 (mirada), nº 7 (gestos) y nº 9 (oportunidad de los reforzamientos) se observan mejorías pero aún se considera que no tiene un patrón y una frecuencia de miradas normales puesto que no llegan a la puntuación de 3.

En los **Componentes Paralingüísticos** de los ítems nº 13 (fluidez) y nº 14 (velocidad) también se observan cambios positivos pasando de una puntuación de 1 a 2.

Por último, en los **Componentes Verbales** el ítem nº 18 (humor) pasa de una puntuación de 2 a 3.

Se puede observar que el único componente en el que se observan cambios favorables en los que coinciden los tres sujetos son los **Componentes verbales**, siendo los ítem más característicos nº 18 (humor), nº 19 (atención personal), nº 20 (las preguntas) y nº21 (respuesta a preguntas).

Además, en los sujetos AA y AN se han obtenido en los **Componentes Paralingüísticos** únicamente resultados negativos, coincidiendo en el ítem nº 14 (velocidad) con una puntuación inicial de 2 y final de 1.

4.1.DISCUSIÓN.

Haciendo referencia a anteriores estudios que han puesto de relieve la contribución de los juegos cooperativos en la socialización infantil y a pesar de las limitaciones de nuestro estudio, se ha podido observar que, efectivamente, este tipo de juegos estimulan la comunicación y la cooperación con sus iguales, permitiendo un correcto desarrollo global del niño.

Desde la década de los 70 varios estudios han comprobado la eficacia de los juegos cooperativos en la estimulación de una conducta cooperativa espontánea. Orlick (1981) evaluó los efectos de un programa de juego estructurado cooperativamente en las conductas de compartir y de alegría o felicidad. Las mediciones pretest- posttest ratificaron que los niños expuestos al programa de juego cooperativo incrementaron significativamente las conductas de compartir en relación a los de control.

Los resultados que se han obtenido tras la aplicación del programa de intervención a través del juego cooperativo en niños con discapacidad intelectual en pisos tutelados, muestran una posible modificación en las puntuaciones de la escala de evaluación conductual de la habilidad social, siendo los componentes conductuales verbales los que nos ofrecen unos resultados favorables para todos los individuos. Esto puede ser debido a que este tipo de juegos favorecen el sentimiento de cohesión grupal, incrementando el interés personal por el compañero y favoreciendo una actitud más abierta y con mayores niveles de atención, de tal manera que realizan más preguntas y se involucran más en la relación con los demás. Estos resultados son coincidentes con estudios como el de Grineski (1991), el cual observó en qué medida estos juegos promovían la conducta social, poniendo de manifiesto que los niños que participaron en su programa tuvieron una disminución de los contactos físicos negativos y de las interacciones verbales negativas, incrementándose el contacto físico positivo y las interacciones verbales positivas.

En relación con lo anterior, la autora Maite Garaigordobil desarrolló una línea de investigación que continúa en la actualidad, en la que llevó a cabo varios programas de intervención que tenían por finalidad promover el desarrollo de la personalidad infantil en aspectos de socialización a través del uso del juego cooperativo, simbólico, creativo y prosocial. En su estudio titulado "Intervención psicológica en la conducta agresiva y antisocial con niños" (Garaigordobil,2004), las evaluaciones realizadas confirmaron que estas experiencias cooperativas aumentan las conductas sociales positivas, la comunicación positiva intragrupo y la capacidad para analizar emociones, favoreciendo la disminución de diversas conductas sociales negativas y promoviendo estrategias de resolución de conflictos.

Por otro lado, se han obtenido en dos sujetos resultados negativos en los componentes paralingüísticos, lo que puede significar que éste tipo de juegos fomentan las conductas sociales favorables pero no profundiza en aspectos como el volumen de la voz, velocidad del habla, el timbre o la entonación (entre otros). Quizá, debido a las peculiaridades de la muestra, tratar éstos aspectos únicamente de forma lúdica no es suficiente y es necesario compaginar esto con otro tipo de intervenciones más específicas bajo personal cualificado. En esta línea, las terapeutas ocupacionales australianas Chloe O'Connor y Karen Stagnitti (2011), hicieron hincapié en que los niños con retraso y discapacidad del desarrollo a menudo carecen de la capacidad para comprender y producir acciones y juegos de simulación. Remarcaban que el uso del juego para facilitar el desarrollo y el aprendizaje de un niño está bien apoyado pero existe poca investigación relacionada con las intervenciones de jugar para los niños con retraso en el desarrollo y discapacidad en el entorno escolar especialista. Este estudio abordaba este tema de investigación tan limitado, apoyando el uso de una intervención de mejora de juego para favorecer aspectos como la conducta, el lenguaje de un niño y las habilidades sociales. Observaron que los niños que participaron en la intervención de juego simbólico mejoraron significativamente en su interacción social, convirtiéndose en menos perjudicial y desconectado. También encontraron un avance en el comportamiento, el lenguaje y las habilidades sociales de los niños que participan en la intervención en comparación con que otro grupo que no participó. Esta investigación ha contribuido a aportar conocimiento sobre la eficacia de una intervención basada en el juego dentro del entorno de la educación especial.

En nuestro trabajo, al no haber obtenido resultados significativos, no podemos afirmar que el programa de intervención a través del juego cooperativo sea eficaz en esta muestra concreta. A pesar de que los resultados sugieren cierto impacto positivo del

programa, éstos son escasos e insuficientes para poder realizar esta afirmación con certeza. Sería conveniente, por tanto, seguir con el estudio aplicado a estos niños con discapacidad intelectual cuya tutela ha sido retirada y presentan problemas de socialización, para poder obtener unas conclusiones más exactas.

Un dato importante a destacar es que, mediante la observación, hemos podido analizar que aunque en muchos momentos los integrantes del grupo pudiesen tener algún tipo de enfrentamiento, comprendieron que si no colaboraban con su compañero no podrían conseguir el objetivo del juego, finalidad principal que se intentó inculcar a través del programa. A pesar de que en todas las sesiones realizadas los niños se mostraban participativos y con interés, hubo algunos juegos que atrajeron más su atención que otros: El juego de las sillas cooperativo, la cacería extraña, el escondite cooperativo y la búsqueda del tesoro. Además, aquellos juegos en los se utilizó la música como vía o simplemente de complemento también fueron los más inspiradores para los chicos.

En resumen, con todo lo mencionado con anterioridad se podría suponer que la aplicación de un programa de juegos en los que se tienen en cuenta los intereses lúdicos de los niños, correctamente dirigido por un terapeuta ocupacional y en un ambiente cooperativo, podrían producir ciertas mejoras en aspectos que componen la conducta socialmente habilidosa del sujeto con discapacidad intelectual, favoreciendo su normalización e integración en la sociedad y preparándose para su futura vida adulta. Sin embargo, es necesario una investigación que supere todas las limitaciones del presente estudio.

5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.

A continuación presentamos brevemente las limitaciones que hemos observado en nuestro trabajo.

Uno de los principales inconvenientes fue la imposibilidad de dedicar un mayor tiempo a la investigación. Sería conveniente disponer de mayor tiempo para su desarrollo, debido a que el entrenamiento de las habilidades sociales es una tarea que requiere de mucho tiempo debido a su gran complejidad.

A su vez, los horarios del piso de acogida también han supuesto una limitación muy significativa. Los tres niños únicamente coincidían en el mismo piso tutelado tres días a la semana (viernes por la tarde, sábados y domingos) lo cual impedía poder realizar

las sesiones fuera de este horario. A su vez, se realizan actividades o salidas con sus familiares los fines de semana, por lo que poder juntar al grupo entero y desempeñar las actividades era complicado. Debido a esto no se han podido realizar las sesiones de una forma continua todas las semanas.

También el reducido tamaño de la muestra dificulta observar cambios trascendentales que se puedan extrapolar a otra población, pero permite ser parte de un posible estudio piloto para analizar cambios producidos a través de la intervención del terapeuta ocupacional valiéndose de la principal ocupación del niño en la infancia, el juego.

Además sería conveniente utilizar más de un instrumento de evaluación ya que el "Sistema de evaluación conductual de la habilidad social" (SECHS) de Caballo realiza una medida cuantitativa de los elementos conductuales de la habilidad social pero este tipo de evaluaciones tienen la desventaja de ignorar la naturaleza recíproca de las interacciones, siendo conveniente complementarla con otras medidas de evaluación.

Por último, destacar que la presencia de un segundo evaluador ofrecería una mayor objetividad a la hora de evaluar los resultados obtenidos y hacer observaciones más ajustadas.

Para todo lo anterior, se considera necesario destacar que en futuras líneas de investigación se tuviesen en cuenta los siguientes aspectos para favorecer la eficacia del programa:

- Realizar el mismo diseño del programa pero con una muestra mayor y más a largo plazo, para permitir obtener resultados más significativos.
- Utilizar varios instrumentos de evaluación y un segundo evaluador.
- Evaluar de nuevo pasados varios meses ya que esto permitirá averiguar si los cambios que se obtienen durante la investigación son consistentes y así poder afirmar con seguridad la eficacia del uso del juego cooperativo en la mejora de la habilidad social de los niños con discapacidad intelectual.

6. CONCLUSIONES.

- 1) El grupo de niños muestran unos niveles en habilidades sociales similares antes y después de la intervención.

- 2) A pesar de la complejidad del tema que se aborda y la dificultad de observar cambios a corto plazo, al analizar ítems concretos se han obtenido ciertas mejorías, especialmente en los componentes conductuales verbales.
- 3) En los componentes paralingüísticos se han obtenido, en dos sujetos, resultados negativos tras la intervención, lo que podría ser debido a que es necesario realizar otro tipo de abordaje más específico para estos aspectos, siendo insuficiente tratarlos lúdicamente.
- 4) Los resultados obtenidos parecen poner de manifiesto los beneficios que aportan los juegos cooperativos en el desarrollo social infantil en niños con discapacidad intelectual y problemas de socialización que conviven en pisos tutelados.
- 5) Es conveniente replicar el estudio sin las limitaciones presentes para poder llegar a unos resultados más concluyentes y generalizables.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Boletín Oficial del Estado, núm. 313, (31-12-1990). Instrumento de Ratificación de la Convención sobre los derechos del niño, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989.
2. Caballo, V. E. (1997). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo Veintiuno.
3. Caballo, V. E. y Verdugo, M. Á. (2005). Habilidades sociales. Programa para mejorar las relaciones sociales entre niños y jóvenes con deficiencia visual y sus iguales sin discapacidad. *ONCE*, 246.
4. Domingo, J. O. (2005). Un análisis comparativo de las medidas alternativas de protección de menores en Andalucía y España. *Cuadernos de Trabajo Social*, 17, 63-81.
5. Fernández, P. E. (2013). Más del 60% de los niños en centros de acogida requieren intervención psicológica. La Nueva España. Recuperado el 30 de mayo de 2014, de <http://www.lne.es/oviedo/2013/02/02/60-ninos-centros-acogida-requieren-atencion-psicologica/1362592.html>
6. Garaigordobil, M. (1995). Evaluación de una intervención psicológica en indicadores del desarrollo moral. *Boletín de Psicología*, 49, 69-86.
7. Garaigordobil, M. (2004). Intervención psicológica en la conducta agresiva y antisocial con niños. *Psicothema*, 16(3), 429-435.
8. Garaigordobil, M. y Berruecos, L. (2007). Efectos de un programa de intervención en niños de 5 a 6 años: evaluación del cambio proactivo en factores conductuales y cognitivos del desarrollo. *SUMA psicológica*, 4(2), 2-22.
9. García, M. (2011). Habilidades sociales en niños y niñas con discapacidad intelectual. Recuperado el 15 de mayo de 2014, de <http://www.eduinnova.es/monografias2011/ene2011/habilidades.pdf>,

10. Gobierno de Extremadura. Salud y Política Social destina 3,72 millones a los 19 hogares de acogida de menores, en los que el año pasado residieron 116 niños y jóvenes (2013). Recuperado el 15 de junio de 2014, de http://www.gobex.es/comunicacion/noticia?idPub=7150#.U58RRfl_uDM
11. González, G. L. Recursos docentes. Recuperado el 15 de junio de 2014 de <https://www.uclm.es/profesorado/mcgonzalez/pdf/DerechoCivilIV/Tema5.pdf>
12. López, P., Ortega, C.y Moldes, V. (2008). *Terapia Ocupacional en la infancia*. Madrid: Médica Panamericana.
13. Moreda, P. B. (2011). Riesgo, desamparo y acogimiento de menores: Actuación de la Administración e intereses en juego. *Anuario de la Facultad de derecho de la Universidad Autónoma de Madrid*, 15, 15-62.
14. O'Connor, C. y Stagnitti, K. (2011). Play, behaviour, language and social skills: The comparison of a playand a non-play intervention within a specialist school setting. *Research in Developmental Disabilities*, 32, 1205-1211.
15. Orlick, T. (1981). Positive socialization via cooperative games. *Developmental Psychology*, 17, 426-429.
16. Picornell, L. A. (2004). Modelo definitorio de desamparo infanto-juvenil: un instrumento para la planificación estratégica. *Portularia*, 4, 56.
17. Por el buen trato a la infancia. Guía básica de maltrato infantil en el ámbito sanitario. Junta de Extremadura (2006). Recuperado el 8 de junio de 2014, de http://www.gobex.es/filescms/ddgg005/uploaded_files/Guia_Maltrato_Infantil/Ambito_Sanitario.pdf
18. Programa marco de acogimiento residencial de la Diputación de Gipuzkoa (2012). Recuperado el 12 de mayo de 2014, de <http://www5.gipuzkoa.net/convocatorias/contratos/apuntes/cp010643-20140430121743.pdf>

19. Russ, S. W. (1998). Play, creativity and adaptive functioning: Implications for play interventions. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27(4), 469-480.
20. Schaefer, C. E. y O' Connor, K. J. (1988). *Manual de terapia de juego*. México: El Manual Moderno.
21. Schalock, R. L., Robert, L., y Verdugo, M. Á. (2007). El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual. *Siglo Cero*, 38(4), 21-36.
22. Schalock, R. L., Robert, L. et al. (2007). El nuevo concepto de retraso mental: Comprendiendo el cambio al término discapacidad intelectual. *Siglo cero*, 38(4), 5-20.
23. Verdugo, M. Á. (2003). Análisis de la definición de discapacidad intelectual de la asociación americana sobre retraso mental de 2002. *Siglo cero*, 34(1), 1-17.
24. Verdugo, M. Á. (1998). *Personas con discapacidad. Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras*. Madrid: Siglo veintiuno de España editores.
25. Verdugo, M. Á. y Bermejo, B.G. (1998). *Retraso Mental. Adaptación social y problemas de comportamiento*. Madrid: Ediciones Pirámide.
26. Verdugo, M. Á. y Jenaro, C. (2004). *Retraso mental: Definición, clasificación y sistemas de apoyo*. Madrid: Alianza.

8. ANEXOS

ANEXO I: ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA AL EDUCADOR SOCIAL DEL PISO TUTELADO.

Primera toma de contacto con el recurso, el educador social fue el que nos recibió y aportó información valiosa sobre la asociación AISMEX, el piso tutelado y las características de los chicos. Fue el que cumplimentó, antes y después de la intervención el Sistema de Evaluación Conductual de la Habilidad Social (SECHS). Se realizó en una habitación de la casa, donde no hubo interrupciones. Se le realizaron las siguientes preguntas:

1. A qué asociación pertenece este recurso, qué objetivos se marcan y cuáles sus características principales.
2. Cuántos profesionales trabajan en el piso. Qué funciones desempeñan.
3. Cuántos niños hay en este piso actualmente. Y cuántos educadores.
- 4.Cuál es el funcionamiento diario del piso. Hábitos y rutinas de los niños, horarios escolares y de tiempo libre que tienen...
5. ¿Se realizan viajes, salidas o excursiones en grupo fuera del piso?.
6. Características clínicas principales presentan los tres chicos.
7. Otros datos sobre sus conductas, dentro el piso y cuando salen. Cómo son sus relaciones con los educadores y compañeros.
8. Qué días coinciden los tres chicos en el mismo piso.
9. Días y horarios disponibles en los que podamos acudir a realizar la intervención.
10. Gustos y preferencias lúdicos de los chicos.
11. Espacio y materiales de los que disponemos para realizar el programa de juegos.

ANEXO II: SISTEMA DE EVALUACIÓN CONDUCTUAL DE LA HABILIDAD SOCIAL (SECHS) (CABALLO, 1988).

• COMPONENTES NO VERBALES

1. EXPRESIÓN FACIAL

1. Cara muy desagradable. Expresiones negativas muy frecuentes.
2. Cara desagradable. Algunas expresiones negativas.
3. Cara normal. Apenas si se observan expresiones negativas.
4. Cara agradable. Algunas expresiones positivas.
5. Cara muy agradable. Frecuentes expresiones positivas.

2. MIRADA

1. Mira muy poco. Impresión negativa. Mira continuamente. Muy desagradable.
2. Mira poco. Impresión algo negativa. Mira en exceso. Desagradable.
3. Frecuencia y patrón de mirada normales.
4. Frecuencia y patrón de mirada buenos. Agradable.
5. Frecuencia y patrón de mirada muy buenos. Muy agradable.

3. SONRISAS

1. Sonrisas totalmente ausentes. Impresión muy negativa. Sonrisas continuas. Muy desagradable.
2. Sonrisas poco frecuentes. Impresión algo desagradable. Sonrisas excesivamente frecuentes. Desagradable.
3. Patrón y frecuencia de sonrisas normales.
4. Patrón y frecuencia de sonrisas buenos. Agradable.
5. Patrón y frecuencia de sonrisas muy buenos. Muy agradable.

4. POSTURAS

1. Postura muy cerrada. Da la impresión de un rechazo total.
2. Postura algo cerrada. Da la impresión de un rechazo parcial.
3. Postura normal. No produce impresión de rechazo.
4. Postura abierta. Da la impresión de aceptación.
5. Postura bastante abierta. Da la impresión de una gran aceptación.

5. ORIENTACIÓN

1. Orientado completamente hacia otro lado. Impresión muy negativa.
2. Orientado parcialmente hacia otro lado. Impresión algo negativa.
3. Orientación normal. No produce una impresión desagradable.
4. Buena orientación. Impresión agradable.
5. Muy buena orientación. Impresión muy agradable.

6. DISTANCIA / CONTACTO FÍSICO

1. Distancia excesiva. Impresión de distanciamiento total. Distancia extremadamente próxima e íntima. Muy desagradable.
2. Distancia algo exagerada. Impresión de cierto distanciamiento. Distancia demasiado próxima para una interacción casual. Desagradable.
3. Distancia normal. Ni agradable ni desagradable.
4. Distancia oportuna. Impresión de acercamiento. Agradable.
5. Distancia excelente. Buena impresión de acercamiento. Muy agradable.

7. GESTOS

1. No hace ningún gesto, manos inmóviles. Impresión muy negativa.
2. Algunos gestos pero escasos. Impresión negativa.
3. Frecuencia y patrón de gestos normales.
4. Buena frecuencia y distribución de los gestos. Impresión positiva.
5. Muy buena frecuencia y distribución de los gestos. Impresión muy positiva.

8. APARIENCIA PERSONAL

1. Muy desaliñado. Apariencia muy desagradable y sin ningún atractivo.
2. Algo desaliñado. Apariencia algo desagradable y poco atractiva.
3. Apariencia normal.
4. Buena apariencia. Agradable y atractiva.
5. Muy buena apariencia. Muy agradable y atractiva.

9. OPORTUNIDAD DE LOS REFORZAMIENTOS

1. No refuerza nunca, o bien sus reforzamientos están siempre fuera de lugar.
2. Refuerza poco, o bien sus reforzamientos están frecuentemente fuera de lugar.
3. Reforzamiento normal.
4. Reforzamiento bueno, o bien sus reforzamientos encuentran. frecuentemente el momento oportuno.
5. Reforzamiento muy bueno, o bien sus reforzamientos encuentran. siempre el momento oportuno.

• COMPONENTES PARALINGÜÍSTICOS

10. VOLUMEN DE LA VOZ

1. No se le oye. Volumen excesivamente bajo. Impresión muy negativa. Volumen extremadamente alto (casi llega al grito). Muy desagradable.
2. Se le oye ligeramente. Voz baja. Impresión algo negativa. Volumen demasiado alto. Desagradable.
3. Voz normal, pasable.
4. Volumen de voz bastante adecuado. Impresión positiva.
5. Volumen de voz muy adecuado. Impresión muy positiva.

11. ENTONACIÓN

1. Nada expresiva, monótona, aburrida. Muy desagradable.
2. Poco expresiva, ligeramente monótona. Desagradable.
3. Entonación normal, pasable.
4. Buena entonación, voz interesante, viva. Agradable.
5. Muy buena entonación, muy animada y expresiva. Muy agradable.

12. TIMBRE

1. Muy desagradable, muy agudo o muy grave. Impresión muy negativa.
2. Algo desagradable, agudo o grave de forma negativa.
3. Timbre normal, ni agradable ni desagradable.
4. Timbre agradable. Impresión positiva.
5. Timbre muy agradable. Impresión muy positiva.

13. FLUIDEZ

1. Muchas perturbaciones o muchas pausas embarazosas. Muy desagradable.
2. Frecuentes perturbaciones o pausas embarazosas. Desagradable.
3. Pausas y perturbaciones normales. No da impresión negativa.
4. Sin apenas perturbaciones y pausas embarazosas. Agradable.
5. Sin perturbaciones ni pausas embarazosas. Muy agradable.

14. VELOCIDAD

1. Habla extremadamente deprisa. No se le entiende nada. Habla extremadamente despacio. Muy desagradable.
2. Habla bastante deprisa. A veces no se le entiende. Habla bastante despacio. Desagradable.
3. Velocidad normal. Se le entiende generalmente.
4. Velocidad de habla bastante apropiada. Agradable.
5. Velocidad de habla muy apropiada. Muy agradable.

15. CLARIDAD

1. No pronuncia ninguna palabra o frase con claridad. Muy negativo. Articulación excesiva de las palabras. Muy desagradable.
2. Pronuncia con claridad sólo algunas palabras o frases. Negativo. Demasiada articulación de las palabras. Desagradable.
3. Claridad de pronunciación normal.
4. Pronuncia las palabras claramente. Agradable.
5. Pronuncia las palabras muy claramente. Muy agradable.

16. TIEMPO DE HABLA

1. Apenas habla. Grandes períodos de silencio. Impresión muy negativa. Habla continuamente, sin darle ninguna oportunidad a la otra persona. Muy desagradable.
2. Habla poco frecuentemente. Impresión negativa. Habla en exceso. Desagradable.
3. Tiempo de habla normal. Ni agradable ni desagradable.
4. Buena duración del habla. Agradable.
5. Muy buena duración del habla. Muy agradable.

• COMPONENTES VERBALES

17. CONTENIDO

1. Muy poco interesante, aburrido, muy poco variado. Impresión muy negativa.
2. Poco interesante, ligeramente aburrido, poco variado. Impresión algo negativa.
3. Contenido normal, cierta variación.
4. Contenido interesante, animado, variado. Agradable.
5. Contenido muy interesante, muy animado, variado. Muy agradable.

18. HUMOR

1. Contenido muy serio y sin humor. Impresión muy negativa
2. Contenido serio y con muy poco humor. Impresión negativa.
3. Contenido de humor normal.
4. Contenido de humor bueno. Agradable.
5. Contenido de humor muy bueno. Muy agradable.

19. ATENCIÓN PERSONAL

1. Nunca se interesa por la otra persona, ni le hace preguntas sobre ella. Impresión muy negativa.
2. Apenas se interesa por la otra persona, con pocas preguntas. Impresión negativa.
3. Interés normal por la otra persona.
4. Buen interés por la otra persona, con un número adecuado de preguntas sobre ella. Impresión positiva.
5. Muy buen interés por la otra persona, con un número muy adecuado de preguntas. Impresión muy positiva.

20. PREGUNTAS

1. Nunca hace preguntas. Impresión muy negativa. Hace preguntas continuamente. Muy desagradable.
2. Hace pocas preguntas. Impresión negativa. Hace preguntas en exceso. Desagradable.
3. Patrón de preguntas normal. Ni agradable ni desagradable.
4. Preguntas variadas y adecuadas. Agradable.
5. Preguntas variadas y muy adecuadas. Impresión muy agradable.

21. RESPUESTAS A PREGUNTAS

1. Respuestas monosilábicas o muy poco adecuadas. Impresión muy desagradable.
2. Respuestas breves o poco adecuadas. Impresión negativa.
3. Respuestas normales. Impresión ni positiva ni negativa.
4. Respuestas adecuadas y de duración correcta. Impresión positiva.
5. Respuestas muy adecuadas y de duración correcta. Impresión muy positiva.

ANEXO III: REGISTRO PROGRAMA DE 20 JUEGOS COOPERATIVOS

Los juegos se realizaron bajo las instrucciones del terapeuta ocupacional, siguieron el mismo procedimiento:

1. Explicación del procedimiento del juego y cerciorarse de que lo hubiesen comprendido.
2. Realización de la actividad con supervisión visual y física, cuando fuese necesario.
3. Breve debate final. Aportación de ideas.

1ª SESIÓN

Duración 50 minutos.

Al ser la primera sesión, se tomó como una primera prueba de contacto, principalmente para conocer a los tres chicos, observar cómo se relacionan y conocer sus aficiones. Se realizaron los siguientes 4 juegos cooperativos:

1. LOS OFICIOS	
Lugar	Interior.
Materiales	Tarjetas.
Tiempo	15 minutos.
Objetivos Específicos	<ul style="list-style-type: none">• Fomentar la creatividad.• Potenciar una adecuada expresión corporal.• Mejorar la atención.• Fomentar una adecuada capacidad de espera.• Potenciar la cooperación grupal.
Desarrollo	<p>Se colocan sentados en el sofá y se les reparte tarjetas. En cada una está escrito un oficio que irán representando por parejas de forma inicial y en trío al final, mediante mímica. Se les dará un minuto aproximadamente antes de hacer la representación en el que saldrán fuera de la habitación con el terapeuta ocupacional para asegurarnos que ha entendido lo que debe hacer y se planifiquen. Después debe representar el oficio sólo con mímica y ruidos y el otro compañero del grupo deberá adivinar qué oficio es.</p> <p>Ejemplos: Carpintero, médico, peluquero, pintor, dibujante, domador de leones, payaso, profesor, conductor de autobús, panadero, policía, cantante, jugador de fútbol, torero,...</p>
Apoyos	Sí. Se utilizó como apoyo a otro chico del piso para apoyar a uno de los chicos que lo necesitaba.

2. ABRAZOS A CIEGAS

Lugar	Interior.
Materiales	1 Pañuelo.
Tiempo	15 minutos.
Objetivos Específicos	<ul style="list-style-type: none">• Potenciar una adecuada orientación espacial.• Aumentar el nivel de confianza en el compañero.
Desarrollo	A uno se le tapan los ojos con un pañuelo y sus otros dos compañeros se colocan en una punta de la sala. El juego consiste en que cada chico que está en un extremo de la sala debe darle las indicaciones correctas al compañero que está con los ojos vendados, utilizando las palabras caliente o frío, para que éste se acerque al otro compañero y cuando lo encuentre se abracen. Supervisando por mí siempre y con cuidado de que el que está con los ojos vendados no se choque con nada.
Apoyos	Sí. De la terapeuta ocupacional.

3. LA ARAÑA ABRAZADA

Lugar	Interior.
Materiales	Peluche de distintos tamaños.
Tiempo	10 minutos.
Objetivos Específicos	<ul style="list-style-type: none">• Reforzar una adecuada organización grupal.• Incrementar el apego.
Desarrollo	Los tres chicos deben pegar sus espaldas y entrelazar los brazos. En medio se coloca un peluche pequeño que deben transportar pasando una serie de obstáculos, hasta llegar a la meta.
Apoyos	Sí, de la terapeuta ocupacional

4. LA BOTELLA BORRACHA

Lugar	Interior.
Materiales	Ninguno.
Tiempo	10 minutos.
Objetivos Específicos	<ul style="list-style-type: none">• Aumentar la confianza en el compañero.• Afianzar un sentimiento de seguridad.
Desarrollo	Se forma un círculo de 5 personas. Uno del grupo se colocará en el centro y, sin separar los pies del suelo, se deja caer hacia atrás, adelante, derecha e izquierda, mientras que los compañeros le empujan ligeramente para que llegue a la posición del otro.
Apoyos	Sí, del educador y la terapeuta ocupacional.

2ª SESIÓN

Duración 50 minutos.

Se realizó una única actividad lúdica que ocupó todo el tiempo.

BÚSQUEDA DEL TESORO	
Lugar	Interior y partes exteriores del piso (jardín, terraza...)
Materiales	Papeles pequeño, bolígrafos y gomas de colores. El tesoro: bolsa de chucherías.
Tiempo	50 minutos.
Objetivos Específicos	<ul style="list-style-type: none">• Aumentar la confianza en el compañero.• Interiorizar el sentimiento de pertenencia.• Fomentar una adecuada organización grupal.• Potenciar el trabajo en equipo.• Desarrollar un nivel adecuado de cooperación grupal.
Desarrollo	El grupo de niños deben seguir unas pistas que les llevará a encontrar un tesoro que se encuentra oculto en algún lugar de la casa. De vez en cuando deberán pasar pruebas de habilidad para poder conseguir la siguiente pista.
Apoyos	Sí, verbal. Pequeñas pistas facilitadas por la terapeuta ocupacional.

10PISTAS

- **1ª PISTA: Se les da en mano.**

*"Estáis en el lugar correcto,
dirigíros hacia la puerta,
dar 2 pasos hacia delante,
y mirar a vuestra izquierda.
Hay muchos colores,
pero el rojo es el que os interesa"*

- **2ª PISTA: Colocada en los Círculos de colores del salón.**

⇒ PRUEBA. Se coloca un globo entre los tres niños (lo pueden aguantar con sus barrigas, las cabezas...). Tendrán que correr hasta dónde se les diga sin que se les caiga el globo ni se les explote.

- **3ª PISTA: Se les da en mano tras la prueba.**

" Contiene buena comida
y aquí se guarda con gran esmero.
Apiladas con mucho celo
esperan para llenaros bien las tripas"

- **4ª PISTA: Escondida en la Nevera de la cocina.**

"Muy bien, otra pista habéis encontrado.
La siguiente se encuentra reposando
bajo un manto muy mullido. Aquí se
halla bien escondida la nota que estáis
buscando".

- **5º Salón, colocada debajo de un cojín del sofá.**

"Váis por muy buen camino,
pero este tesoro aún sigue bien escondido.
Si la siguiente prueba queréis tener
una prueba antes deberéis hacer".

⇒ **PRUEBA.** Se colocan en círculo y deben conseguir dar 3 vueltas, hacia la derecha y hacia la izquierda, con un globo dándole toque con cualquier parte del cuerpo menos las manos. El globo no debe tocar el suelo, si no se empieza de nuevo.

- **6º Pista en mano.**

"Veo que nada se os resiste
ya que todo lo conseguisteis.
Para hallar la siguiente pista
buscaréis bien en aquel lugar donde el
agua y el jabón nunca ha de faltar".

- **7º Baño: escondida dentro de la ducha.**

"Piratas os falta muy poco, pero para seguir
buscando debéis salir del hogar y poner os a
buscar cerca de donde entras cuando llegas
de pasear"

- **8º Jardín, en la barandilla de la entrada.**

"Siempre se puede enviar un mensaje con
una botella en el mar. Si deseas enviarlo
con el marinero de agua dulce, a mí me lo
puedes dar. Cartas y tarjetas postales
siempre te proveeré.
Hoy en día, ¡incluso un tesoro te
regalaré!"

- **9º Buzón.**

" En este sitio y lugar, donde al final hemos llegado. Nuestro juego ha terminado, y no nos debe pesar.

Para continuar, si queréis el tesoro encontrar, al salón has de llegar y ponerte a buscar detrás de algo muy grande y de cristal".

- **10ª PISTA: mueble de cristal del salón.**

"FELICIDADES PIRATAS! AQUÍ ESTÁ VUESTRO TESORO, AHORA A DISFRUTARLO Y A PONEROS BIEN GORDOS!"

3ª SESIÓN

1. EL ESCONDITE COOPERATIVO.	
Lugar	Interior.
Materiales	Ninguno.
Tiempo	15 minutos.
Objetivos Específicos	<ul style="list-style-type: none">• Potenciar el trabajo en equipo.• Fomentar una adecuada organización grupal.• Aumentar la cohesión grupal.
Desarrollo	Un integrante del grupo debe esconderse en algún lugar de la casa, mientras sus dos compañeros esperan en el salón y cuentan en alto hasta 30 para darle tiempo al compañero a esconderse. Una vez finalizada la cuenta avisan de que van en su búsqueda, deben organizarse para buscar bien por toda la casa. Por último se esconde un cuarto participante (la terapeuta ocupacional u otro chico del piso, por ejemplo) y los tres niños deben buscarla de forma organizada por toda la casa.
Apoyos	Sí, de un chico del piso.

2. EL ESPEJO.	
Lugar	Interior.
Materiales	Ninguno.
Tiempo	10 minutos.
Objetivos Específicos	<ul style="list-style-type: none">• Mantener la atención.• Favorecer una adecuada expresión corporal.
Desarrollo	Los chicos se colocan en parejas. Uno tendrá el rol activo y otro el rol pasivo, los cuales se cambiarán al terminar la tarea. El chico del rol activo deberá realizar una serie de movimientos (podemos darle pautas como por ejemplo haz acciones de cuando te levantas por las mañanas, desayunas, te vistas, te lavas los dientes...) y el otro deberá imitarlos pero en modo espejo, es decir, al contrario.
Apoyos	Sí, de la terapeuta ocupacional.

3. LAS ESTATUAS	
Lugar	Interior.
Materiales	Un pañuelo.
Tiempo	10 minutos.
Objetivos Específicos	<ul style="list-style-type: none"> • Incrementar la capacidad de expresión. • Fomentar una adecuada interacción corporal. • Aumentar el sentimiento de apego y confianza.
Desarrollo	<p>Se colocan por parejas. Uno de ellos realiza una postura extraña y la mantiene como si fuese una estatua, mientras el compañero está con los ojos tapados con un pañuelo. El jugador que no ve deberá, mediante el tacto, reconocer la posición de su compañero, la estatua, para luego colocarse en su misma posición.</p> <p>Una vez que crea que está colocado igual que su compañero se le destapan los ojos para ver si ha acertado.</p>
Apoyos	Sí, de la terapeuta ocupacional.

4. TANGRAM COOPERATIVO	
Lugar	Interior.
Materiales	Tangram.
Tiempo	15 minutos.
Objetivos Específicos	<ul style="list-style-type: none"> • Potenciar el nivel de cooperación grupal. • Aumentar la comunicación grupal. • Favorecer la organización grupal.
Desarrollo	<p>El juego consta de 7 piezas que hay que organizar para formar una figura propuesta por el terapeuta ocupacional, no deben sobrar ninguna pieza y lo realizarán en equipo, colocando las piezas entre todos.</p>
Apoyos	Si, de la terapeuta ocupacional.

4ª SESIÓN

1. ADIVINA LO QUE ES

Lugar	Interior.
Materiales	Cartulinas, papel en blanco y lápices de colores.
Tiempo	10 minutos.
Objetivos Específicos	<ul style="list-style-type: none">• Fomentar la expresión plástica.• Mantener el nivel de atención.• Potenciar la creatividad.
Desarrollo	Se le enseña una cartulina en la que se nombra un objeto un integrante del grupo y éste debe dibujarlo para que sus dos compañeros adivinen qué es.
Apoyos	Sí, de la terapeuta ocupacional.

2. CACERÍA EXTRAÑA

Lugar	Interior y exterior de la casa.
Materiales	Hoja de papel, un bolígrafo y cronómetro.
Tiempo	20 minutos.
Objetivos Específicos	<ul style="list-style-type: none">• Favorecer la organización grupal.• Incrementar el nivel energía.• Potenciar la cooperación grupal.
Desarrollo	Antes de comenzar el juego el terapeuta ocupacional deberá haber pensado una lista de objetos a conseguir y los anotarán en una hoja que luego será entregada al grupo. Se le entrega al grupo la lista de los objetos que deben conseguir dentro de un tiempo limitado (20 minutos) de forma que el grupo debe organizarse para conseguir todo lo que les solicita.
Apoyos	No.

3. EL NUDO HUMANO

Lugar	Interior.
Materiales	Ninguno.
Tiempo	10 minutos.
Objetivos Específicos	<ul style="list-style-type: none">• Aumentar la colaboración grupal.• Fomentar el apego.
Desarrollo	Los chicos deben tirarse al suelo y agarrarse entre ellos lo mejor que puedan, formando un nudo humano muy grande. Una vez agarrados todos, le terapeuta ocupacional debe intentar separarles mientras que ellos siguen abrazados.
Apoyos	Sí, de la terapeuta ocupacional.

4. METE EL LÁPIZ EN LA BOTELLA

Lugar	Interior.
Materiales	Lápiz atado a una cuerda y una botella.
Tiempo	10 minutos.
Objetivos Específicos	<ul style="list-style-type: none">• Potenciar la cooperación grupal.• Fortalecer la motricidad gruesa y fina.
Desarrollo	Se coloca una botella en medio y los tres participantes alrededor de ella. Cada uno tendrá cogido un extremo de una cuerda que en el medio tiene un lápiz anudado. Los participantes deben coordinarse para conseguir meter el lápiz en la botella. Lo harán varias veces y la botella se irá colocando en varias alturas.
Apoyos	Sí, de la terapeuta ocupacional.

5ª SESIÓN

1. LOS COMPLEMENTOS	
Lugar	Interior.
Materiales	Cartulinas y bolígrafos.
Tiempo	10 minutos.
Objetivos Específicos	<ul style="list-style-type: none">• Aumentar la confianza en el compañero.• Incrementar el sentimiento de seguridad.
Desarrollo	<p>Los jugadores se colocan fila. Uno de la fila recibe un papel que llevan escrito el nombre de un personaje y su representación gráfica o dibujo y deberepresentarlo. Los demás serán los complementos y reciben papeles con los nombres de los complementos de estos personajes y sus imágenes gráficas.</p> <p>El jugador representará con mímica y onomatopéyicamente la acción correspondiente a su personaje (motorista = arrancar y conducir la moto...), hasta que uno de los dos jugadores se dé cuenta de que es su complemento (la moto).</p> <p>Cuando un complemento identifica a su personaje dice en alto, por ejemplo: “Tú eres el motorista y yo soy la moto”, sale al centro con su personaje y durante un minuto ambos dramatizan una acción conjuntamente.</p>
Apoyos	Sí, de la terapeuta ocupacional.

2. PUNTERÍA CIEGA.	
Lugar	Interior.
Materiales	Tizas de colores, fichas planas, un pañuelo.
Tiempo	10 minutos.
Objetivos Específicos	<ul style="list-style-type: none">• Afianzar la confianza en el compañero.• Potenciar la comunicación verbal.• Fomentar una adecuada expresión corporal.• Potenciar una adecuada orientación espacial.

Desarrollo	Dibujamos cuatro o cinco círculos en el suelo con tizas de colores. Un participante se coloca frente a los círculos a un metro de distancia y con los ojos tapados. En la mano lleva unas fichas planas que no reboten. El terapeuta ocupacional dice el color de un círculo y sus compañeros deben indicarle al que está con los ojos tapados qué debe hacer para llegar al círculo y colocar la ficha dentro, indicando si debe dirigirse más a la derecha, a la izquierda, adelante, atrás, lejos o cerca. Irán rotando.
Apoyos	Sí, de la terapeuta ocupacional.

3. LA HISTORIA INTERMINABLE.	
Lugar	Interior.
Materiales	Hoja en blanco y bolígrafo.
Tiempo	10 minutos.
Objetivos Específicos	<ul style="list-style-type: none"> • Potenciar la creatividad verbal. • Mantener niveles adecuados de atención a sus compañeros. • Incrementar capacidad de comunicación verbal. • Mantener la memoria.
Desarrollo	El juego consiste en inventar cooperativamente una historia creativa, espontánea, evitando contar un cuento conocido por todos. Sentados en círculo, el terapeuta lee el comienzo de una historia y deben ir inventándose entre todos lo que irá sucediendo. El primer jugador comienza a inventar una historia, tres o cuatro frase, y luego se detiene. El segundo, conectándose con lo expresado por el anterior, añade nuevas secuencias a la historia y así sucesivamente van construyendo un cuento o relato entre todos los miembros del grupo. Los jugadores deben intentar que el relato tenga continuidad como si hubiera sido contado por una sola persona. De este modo, y en el transcurso de dos o tres rondas, van construyendo una historia con principio, desarrollo y fin. Un secretario del grupo la escribe en un papel, que será el terapeuta ocupacional. Por último la leerán entre todos.
Apoyos	Sí, de la terapeuta ocupacional.

6ª SESIÓN

1. JUEGO DE LAS SILLAS COOPERATIVO.	
Lugar	Interior.
Materiales	Sillas, equipo de música y CD.
Tiempo	15 minutos.
Objetivos Específicos	<ul style="list-style-type: none">• Fomentar una adecuada organización grupal.• Potenciar el sentimiento de confianza.• Fomentar una adecuada comunicación verbal y no verbal.
Desarrollo	Es el clásico juego de las sillas, solo que en lugar de quedar sólo una persona (que gana), nadie pierde y gana el equipo. Se baila alrededor de las sillas mientras suena la música, bailando, al parar la música hay que sentarse rápidamente en la silla que tengamos más cerca. En la siguiente ronda, quitamos una silla, así habrá que conseguir que nadie se quede sin sentarse: nadie puede quedar fuera, así que tendrán que subirse en la misma silla varias personas. Vamos quitando una silla cada vez, de manera que al final tendremos que caber un montón en la misma silla. Al final cuando van quedando pocas sillas hay que tener cuidado para no caerse.
Apoyos	Sí, de la terapeuta ocupacional.

2. LA DANZA CONGELADA.	
Lugar	Interior.
Materiales	Equipo de música y CD.
Tiempo	15 minutos.
Objetivos Específicos	<ul style="list-style-type: none">• Afianzar la confianza en el compañero.• Incrementar el sentimiento de seguridad.
Desarrollo	Se pondrá música y los chicos mientras deberán bailar y moverse por la sala. Una vez que se pare la música deben detenerse quedándose como si estuviesen congelados mientras que la música no suena. Una vez que se renueve la música volverán a moverse.
Apoyos	Sí, de la terapeuta ocupacional.

3. EL STOP.	
Lugar	Interior o exterior.
Materiales	Ninguno.
Tiempo	10 minutos.
Objetivos Específicos	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar la comunicación grupal. • Potenciar la coordinación grupal. • Incrementar nivel de atención al compañero.
Desarrollo	<p>Es parecido al clásico juego del "pilla pilla", con la variación de que cuando un jugador va a ser pillado puede pararse y decir STOP, quedándose quieto en el sitio con los brazos y piernas abiertos, esperando a que un compañero suyo le salve pasando entre sus piernas y así poder seguir jugando.</p> <p>Deben colaborar entre todos para que ninguno está colocado en la posición de STOP.</p>
Apoyos	Sí, de otros chicos integrantes del piso.

4. TELÉFONO ESCACHARRADO.	
Lugar	Interior.
Materiales	Ninguno.
Tiempo	10 minutos.
Objetivos Específicos	<ul style="list-style-type: none"> • Potenciación de la estereognosis. • Mantener la atención.
Desarrollo	<p>Los chicos se sientan en el suelo en fila muy pegados los unos a los otros. El terapeuta ocupacional se colocará atrás del todo y empezará la cadena. El juego consiste en que el compañero de atrás dibujará en la espalda de su compañero de delante un número con el dedo y éste deberá averiguar cuál es y realizar lo mismo con el compañero de delante. Se pueden repetir 3 veces el dibujo en la espalda del compañero. El primero de la fila dirá qué número es y si es el que había elegido el terapeuta todos ganan. Irán cambiando de posición los chicos a medida que avance el juego.</p>
Apoyos	Sí, de la terapeuta ocupacional.

