

2019

Juegos y juguetes en discapacidad visual en la infancia

Waimann, Ana Clara

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/1106>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository



UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

.....

PLAN DE TESIS:

*“JUEGOS Y JUGUETES EN DISCAPACIDAD VISUAL EN LA
INFANCIA”*

Waimann, Ana Clara.

Mar del Plata – Buenos Aires – Argentina – Año 2019

DIRECTORA:

Lic. en Terapia Ocupacional Diana García

DNI: 14.588.088

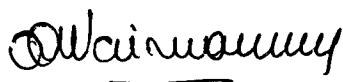
M.N: 671



AUTORA:

Waimann, Ana Clara

DNI 37.240.802



INDICE

Introducción	7
Estado actual de la cuestión	12
Referencias bibliográficas del estado actual de la cuestión	16
Marco teórico	
Capítulo 1: Discapacidad Visual	
Definición de Discapacidad visual	18
Alteraciones visuales	19
Impedimento visual y baja visión	24
Patologías de la alteración visual	25
Datos estadísticos mundiales	26
Datos estadísticos de Argentina	27
Referencias bibliográficas del capítulo 1	31
Capítulo 2: Terapia Ocupacional en Discapacidad Visual	
Definición de Terapia Ocupacional	34
Ámbitos de actuación e incumbencias de la Terapia Ocupacional	36

Terapia Ocupacional en Pediatría	38
Terapia Ocupacional en Discapacidad Visual	44
Terapia Ocupacional en Discapacidad Visual en el área pediátrica	46
Referencias bibliográficas del Capítulo 2	51

Capítulo 3: Recursos Lúdicos

Definición de Recursos Lúdicos	53
Clasificación de los Recursos Lúdicos	63
Juego	63
Teorías del juego.....	68
Teoría de juego de Piaget	69
Juego simbólico	70
Teoría del juego de Vigotsky	77
El juego y la Terapia Ocupacional	79
Juguetes	87
Adaptaciones de juguetes y juegos	92
Clasificación de los juguetes y juegos	98

Referencias bibliográficas del Capítulo 3 103

Aspectos metodológicos

Tema de investigación 106

Problema de investigación 106

Objetivo general 106

Objetivos específicos 106

Definición de la variable 107

Definición conceptual107

Definición operacional 110

Enfoque, diseño y tipo de estudio 112

Muestra 113

Muestreo 113

Criterios de inclusión114

Criterios de exclusión 114

Método de recolección de datos 114

Procedimiento 114

Instrumento	114
Técnica de procesamiento y análisis de datos	115
Referencias bibliográficas de los aspectos metodológicos	116
Anexos	
Anexo 1: Patologías de la alteración visual	118
Referencias bibliográficas del anexo 1	133
Anexo 2: Instrumento de recolección de datos	134
Anexo 3: Carta de presentación y consentimiento informado	141

INTRODUCCIÓN

La discapacidad visual hace referencia a los déficits sensoriales de la función visual y/o las patologías de las estructuras del ojo, y cómo impactan en el desempeño ocupacional óptimo e independiente de los sujetos. Esto sumado a un contexto y entorno que no se encuentra adaptado a estas necesidades, puede ser limitante y/o generar frustración en el sujeto, por no poder desempeñarse con independencia, propiciando el aislamiento social y conductas evitativas en ciertos lugares y actividades.

La ceguera o deficiencia visual se define como la ausencia total o grave de la visión que suele resultar un impedimento para que el sujeto pueda ejecutar las actividades de manera óptima y encontrar una ocupación que lo aloje. Por otro lado, la disminución visual se refiere a aquellas personas que tienen un resto visual, aunque sea mínimo, y por lo cual pueden utilizarlo para desempeñarse activamente en sus roles y actividades cotidianas.

La Terapia Ocupacional es una profesión que toma la ocupación del sujeto, la actividad con propósito y significado, como medio terapéutico para prevenir patologías, así como también para tratar las ya establecidas en pos de una vida independiente en cuanto a desempeño en habilidades cotidianas.

Tanto la ceguera como la disminución visual, pueden interferir en el desempeño funcional ocupacional de los sujetos en la medida en que no sean abordados en el tiempo y forma correctos. Por lo tanto, la Terapia Ocupacional, es una disciplina que puede abordar al sujeto con discapacidad visual de manera integral, y

colaborar en el desarrollo correcto de habilidades y estrategias para un manejo independiente.

En el área pediátrica, y especialmente en niños/as con algún grado de discapacidad visual, la Terapia Ocupacional aborda las implicancias que tiene la falta o disminución de la visión en el desempeño diario, las necesidades propias, los criterios para intervenir y el modo de atención que se brindara. Además, trabaja sobre los contextos en los que se desenvuelve el/la niño/a, así como también con su familia, pilar importantísimo en los primeros años y a lo largo de todo el desarrollo del/la niño/a con discapacidad visual.

En los casos de disminución visual, a diferencia de la ceguera, como parte del tratamiento desde Terapia Ocupacional, es primordial la estimulación visual temprana, para lograr rescatar el resto visual y permitirle al sujeto utilizarlo de manera eficiente en cada una de las actividades diarias. Luego, y como parte del tratamiento para ambos casos, se trabaja desde el juego como recurso, para ir logrando los objetivos que se van planteando y que son acordes a la etapa de desarrollo en la que se encuentra el/la niño/a y a sus necesidades específicas, ya sea en AVD, AVDi, actividades escolares, participación social, o el mismo juego y ocio como ocupación. Es gracias al trabajo y adiestramiento en las diferentes áreas de desempeño, que los infantes pueden llegar a lograr la total independencia en sus actividades.

A nivel mundial, son 253 millones las personas que padecen de algún tipo de discapacidad visual, 19 millones son niños/as, de los cuales 1.4 millones son

menores de 15 años con ceguera. En argentina, según estudios del Servicio Nacional de Rehabilitación del año 2016, el porcentaje de niños/as con discapacidad visual es de 4,8%.

Si bien el porcentaje de niños/as con discapacidad visual en Argentina es bajo en relación al total de la población y a otros tipos de discapacidad, es importante tener en consideración el abordaje interdisciplinario de este tipo de déficits desde etapas tempranas del desarrollo, ya que es en la primera infancia cuando él/la niño/a aprende y adquiere todos los conocimientos necesarios para desempeñarse de manera autónoma y eficiente. La detección precoz de la discapacidad visual y su tratamiento acorde, hacen que él/la niño/a logre un aprendizaje adaptado tanto a su condición y sus necesidades específicas, como al ambiente y contexto que lo rodea, que la mayoría de las veces puede ser incapacitante y aislante. Este contexto, ya sea físico (casa, colegio, club, etc.) como social (familia, comunidad, etc), es un aspecto más a consignar dentro de los objetivos en el trabajo con el/la niño/a con discapacidad visual, apuntando a que logre desenvolverse de manera independiente en los diferentes ámbitos, siempre teniendo como referencia el nivel de desarrollo y de experiencia previa que posee en los mismos.

En la primera infancia la ocupación principal es el juego, y es desde allí donde se plantea tanto la evaluación como el tratamiento desde el área de Terapia Ocupacional. Los objetivos de tratamiento planteados por el/la Terapeuta Ocupacional serán abordados desde lo lúdico, ya sea mediante juegos, juguetes y

actividades, acordes a la edad, desarrollo y necesidad específica, y apuntándose a la autonomía en las diversas áreas.

Para la siguiente investigación se toma como variable a investigar a los recursos lúdicos, entendiendo a estos como “Medios de características relativas al juego, ocio, entretenimiento o diversión, de los cuales puede disponer un sujeto y que pueden ser utilizados y aplicados para la concreción de objetivos particulares en un contexto apropiado”. Los mismos funcionan en el tratamiento de Terapia Ocupacional en la infancia como mediatizadores entre el/la niño/a y el/la Terapeuta Ocupacional, como elemento que favorece el aprendizaje de nuevas habilidades y que potencian el desarrollo global.

Desde Terapia Ocupacional son múltiples las herramientas con las que se cuenta para poder brindar un abordaje que sea holístico y que se base principalmente en los intereses, deseos y necesidades del sujeto a intervenir. Cuando la discapacidad visual se hace manifiesta en la infancia, además de ser precoz, el abordaje debe ser atinado, acorde para la edad y etapa de desarrollo y maduración en la que se encuentra el/la niño/a, y que sea disparador de una actitud tendiente a la independencia y autosuficiencia. Es en este sentido que los recursos lúdicos son una de las principales herramientas con la que cuenta el/la Terapeuta Ocupacional para brindar un abordaje en un ambiente distendido, que además sea divertido, disipe los temores y frustraciones, e impulse a él/la niño/a a una vida colmada de nuevas experiencias, sensaciones, aprendizajes y desafíos en su transición a la vida adulta.

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto es que se busca desde esta investigación conocer acerca de los recursos lúdicos empleados por los/as Terapistas Ocupacionales y Lic. en Terapia Ocupacional en el tratamiento de niños/as de 4 a 6 años con discapacidad visual.

ESTADO ACTUAL DE LA CUESTION

Para la presente investigación se realizó un rastreo bibliográfico en la Biblioteca Central del Centro Médico de la ciudad de Mar del Plata, en la Biblioteca Central de la UNMdP y de la Facultad de Psicología de la UNMdP, así como también en bases de datos de páginas de investigación tales como la Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe (REDALyC), Medline, SciELO, BASE (Bielefeld Academic Search Engine), Pubmed, OT seeker, entre otras, con la finalidad de poder identificar estudios relacionados con la temática estudiada.

Se encontró así, en REDALyC un artículo lo más cercano y pertinente al tema de investigación. El mismo se denominó "Características de los juegos y juguetes utilizados por Terapia Ocupacional en niños con discapacidad", realizado por Adriana Losada Gómez en el año 2006. El artículo está basado en los resultados del trabajo de grado realizado por María del Pilar García Barón, Hasmir Liseth Martínez Convers y Saida Rocío Roa Acosta, titulado "Características de los juegos y juguetes utilizados por Terapia Ocupacional para desarrollar el área del desempeño ocupacional de juego en niños con discapacidad".

El objetivo de investigación fue determinar las principales características que presentan los juegos y juguetes utilizados por los/as Terapeutas Ocupacionales en la atención de los/as niños/as con discapacidad. Las principales variables de investigación estaban relacionadas con las clases y funciones del juego; características, funciones y clases de juguetes; uso del juego en terapia ocupacional y juguetes para discapacidad visual, auditiva, motora y cognitiva.

La investigación fue realizada con una muestra de 30 Terapeutas Ocupacionales que trabajaban con niños/as que presentan algún tipo de discapacidad en la ciudad de Bogotá, Colombia. El instrumento utilizado para recabar la información necesaria fue una encuesta, mientras que la técnica empleada fue la entrevista, gracias a la cual se pudo indagar en profundidad cada uno de los ítems de la encuesta.

Los principales resultados arrojados por el estudio fueron: en cuanto al tipo de juego utilizado por los /as T.O para la intervención en niños/as con discapacidad, que el 33% utiliza juego asociativo, un 17% juego observador, otro 17% el juego paralelo; un 13% utiliza el juego organizado, otro 13% el juego espontaneo y el 7% restante utiliza el juego solitario. En cuanto a la importancia de las funciones que cumple el juego, se encontró que el 40% de los/as Terapeutas Ocupacionales consideran de mayor importancia las experiencias sensoriomotoras, un 20% las funciones sociales, otro 20% la función ocupacional y por último el 20% restante la función cognitiva.

Por otra parte, en cuanto a las características de los juguetes de mayor importancia para los/as profesionales, un 41% consideró que debe ser estimulante, un 23% que sea seguro y estimulante; el 13% que sea durable y seguro; el 17% que sea estimulante, durable y sencillo; un 3% de los/as profesionales consideraron que era de mayor importancia que sea seguro y el 3% restante que sea seguro, estimulante, higiénico, durable y sencillo.

Otro dato recabado fue la función que cumple el juguete, respondiendo un 43% de los/as profesionales que es de mayor importancia que brinde respuestas sensoriomotoras; un 20% destacó la importancia de que fomente la exploración del ambiente; el 17% de los/as terapeutas ocupacionales da mayor importancia al juguete estimulador de creatividad; un 10% aquel que facilita la interacción y el 10% restante destaca a los juguetes que promueven patrones manipulativos.

En cuanto a la clasificación de los juguetes, el 73% de los/as terapeutas ocupacionales utilizan juguetes psicomotores, mientras que un 13% prefiere utilizar juguetes de construcción. El 7% de los/as profesionales utiliza juguetes de fantasía y el 7% restante utiliza juguetes simbólicos.

Por último, en cuanto a las características de los juguetes utilizados en discapacidad visual, un 56% de los/as profesionales refirió que utilizan juguetes de diseño sencillo y fácil manipulación al tacto, que tenga incorporación de efectos sonoros y que en sus partes se involucren diferentes texturas, mientras que el 44% restante utiliza juguetes que en sus partes involucren diferentes texturas y características.

Gracias a todos estos datos se puede inferir que las características de los juegos y juguetes utilizados por los/as terapeutas ocupacionales varían de acuerdo a las necesidades que tenga el/la paciente, así como también a sus potencialidades y limitaciones, siempre buscando brindar la máxima estimulación posible a través de un medio placentero como es el juego.

Habiendo encontrado un artículo pertinente al tema de esta tesis, se continuará con la búsqueda de material de investigación acorde hasta la culminación del trabajo final.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS DEL ESTADO ACTUAL

- Losada Gómez, Adriana, Características de los juegos y juguetes utilizados por terapia ocupacional en niños con discapacidad. Umbral Científico [en línea] 2006, (Sin mes): [Fecha de consulta: 4 de octubre de 2018] Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30400903>> ISSN 1692-3375.

MARCO TEORICO

CAPITULO 1: DISCAPACIDAD VISUAL

Definición de Discapacidad visual

Según el Servicio Nacional de Rehabilitación dependiente del Ministerio de Salud de Argentina (2011), y tal como se cita en la disposición N° 2230/2012, la discapacidad visual puede ser definida como:

... un término global que hace referencia a las deficiencias en las funciones visuales y estructuras corporales del ojo y/o sistema nervioso (asociado o no a otras funciones y/o estructuras corporales deficientes), y las limitaciones que presente el individuo al realizar una tarea o acción en un contexto/entorno normalizado, tomado como parámetro su capacidad/habilidad real y las restricciones en su desempeño, considerando los dispositivos de ayudas ópticas adaptaciones personales y/o modificaciones del entorno.

Se puede destacar así, que la discapacidad visual no se basa únicamente en los impedimentos propios de la persona que la padece, sino que tiene una connotación social y cultural.

A continuación se detallaran conceptos básicos referidos a la discapacidad visual, haciendo un recorrido teórico por las alteraciones visuales y la concepción que tienen diferentes países acerca del término, la deficiencia visual y baja visión, así como también datos estadísticos a nivel mundial y nacional.

Alteraciones visuales

En la cotidianeidad, la información necesaria para el desempeño autónomo, implica la visión en un 80%. Por lo tanto, se puede decir que la mayoría de las habilidades, conocimientos y desarrollo de actividades cotidianas, son aprendidas o ejecutadas gracias a la información proveniente de la vista (ONCE, 2018).

En la infancia, durante la etapa de desarrollo, la visión posee un papel preponderante en la autonomía y desenvolvimiento de la/el niña/o en las diversas actividades cotidianas. Por lo tanto, cualquier patología o alteración a nivel ocular puede disminuir o anular el ingreso de información sensorial visual, completamente necesario para el desempeño y bienestar (ONCE, 2018).

Teniendo en cuenta lo antedicho, cuando se habla de ceguera o deficiencia visual, se hace referencia a toda condición caracterizada por limitaciones totales o serias de la visión (ONCE, 2018).

Esta pérdida grave de funcionalidad de la visión se va a manifestar, por un lado, en limitaciones muy severas de la persona para llevar a cabo de forma autónoma sus desplazamientos, las actividades de vida diaria, o el acceso a la información. Por otro, en restricciones para el acceso y la participación de la persona en sus diferentes entornos vitales: educación, trabajo, ocio, etc., y que adoptan la forma, no sólo de barreras físicas y arquitectónicas, sino también sociales y actitudinales. (ONCE, 2018)

Diversos autores utilizan una terminología diferente para clasificar las alteraciones visuales, entre las que se pueden mencionar: vista parcial, baja visión, legalmente ciego y totalmente ciego; visión normal, discapacidad visual moderada, discapacidad visual grave, ceguera; dificultad visual severa, deficiencia visual grave, visión subnormal, visión parcial, visión residual; Ceguera, Discapacidad visual profunda, Discapacidad visual severa, Discapacidad visual moderada, etc. Estas terminologías no solo varían según el autor, sino también según el País o región. Algunos de estos conceptos son sinónimos de otros, pueden ser agrupados debido a que tratan sobre la misma patología; otros son totalmente diferentes.

La OMS, toma la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10, actualización y revisión de 2006), para clasificar la función visual en cuatro categorías principales:

- visión normal;
- discapacidad visual moderada;
- discapacidad visual grave;
- ceguera.

Los conceptos de discapacidad visual moderada y grave son agrupados dentro del concepto “baja visión”. Los casos de discapacidad visual están compuestos por la sumatoria de ceguera y baja visión (OMS, 2017).

Esta, define que la ceguera se da cuando la agudeza visual de ambos ojos, una vez corregidos, es igual o inferior a 0,3 (6/18 en la Escala de Wecker) o cuando se

sobrepasa esa agudeza visual pero el campo visual es inferior a 20 grados (Koestler,1976–Crespo,1980) (DOCE, 2018).

Distintos países tienen su propia concepción sobre la discapacidad visual y por lo tanto la definen de diferente manera, siempre teniendo como base el puntaje obtenido en la Escala de Wecker.

En España, por ejemplo, es considerado ciego todo sujeto cuyo índice de agudeza visual es de 0,1 (1/10 en la Escala de Wecker) o su campo visual inferior a 10 grados. (DOCE, 2018). Por lo tanto, una persona con nacionalidad española, que posee agudeza visual de lejos con corrección con un puntaje de 0,1 (1/10 en la Escala de Wecker), en el ojo de mejor visión, o campo visual reducido a 10° o menos, tiene la posibilidad de ser afiliado a la Organización Nacional de Ciegos Españoles, conocida como ONCE. (DOCE, 2018).

Por otra parte, en EE.UU y en la mayoría de los países occidentales, es frecuentemente utilizado el término “ceguera legal”, el cual es definido como “Agudeza visual de distancia de 20/200 o menos en el mejor ojo con la mejor corrección o campo visual no mayor de 20°” (National Society for Prevention of Blindness, 1966) (Barraga,1997, p.4).

El término ceguera legal es un concepto que gira en torno a otros dos, los cuales además, son considerados parámetros de valoración y evaluación de la visión. Se trata de la agudeza y campo visual, los cuales son definidos como:

- **AGUDEZA VISUAL:** Función visual cuyo valor nos informa cuál es el objeto más pequeño que una persona puede identificar a una distancia

determinada de sus ojos. La agudeza visual en forma aislada da idea de la visión en una situación de máximo contraste (letras negras sobre fondo blanco). Se evalúa mediante optotipos (figuras, letras, números) dispuestos en un orden de tamaño decreciente y ubicados a una distancia determinada (DOCE, 2015, p. web).

- CAMPO VISUAL: Área en donde el estímulo adecuado es detectado mientras el ojo mantiene la mirada en un punto de fijación. Este campo puede ser monocular o binocular. Puede representarse como un contorno tridimensional caracterizado por un pico en el punto de fijación, una depresión absoluta que corresponde a la mancha ciega (cabeza del nervio óptico) y un declive del resto hacia las zonas periféricas del campo.

Los instrumentos utilizados para medir ese campo visual son los perímetros o campímetros, que pueden usar estímulos cinéticos o estáticos controlados automáticamente o manualmente. En clínica, es importante realizar una evaluación con Rejilla de Amsler. (DOCE, 2015, p. web)

En Argentina, las personas ciegas son consideradas personas con discapacidad según la Ley N° 22.431, Art. 2 (Marzo de 1981), la cual define como “discapacitada a toda persona que padezca una alteración funcional permanente o prolongada, física o mental, que en relación a su edad y medio social implique

desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral”.

En nuestro país, una persona con cualquier tipo de discapacidad tiene derecho a acceder al Certificado Único de Discapacidad (CUD). Este es un documento público de validez nacional, que permite acceder a los derechos estipulados en las leyes nacionales 22.431¹ y 24.901². El mismo es realizado por una junta evaluadora

interdisciplinaria que certifica la discapacidad de la persona. El trámite es gratuito y voluntario (Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación Argentina, Servicio nacional de rehabilitación, 2016).

Toda persona con discapacidad que posea el CUD en Argentina tendrá acceso a una cobertura del 100% en las prestaciones que requiera en relación a su discapacidad, incluyendo medicamentos, equipamiento, tratamientos y rehabilitación, traslados gratuitos en el transporte público, eximición de pago de peajes y libre estacionamiento, en los lugares permitidos, independientemente del vehículo en el que te traslades, ayuda escolar anual por hijo con discapacidad, asignación familiar por hijo con discapacidad, asignación por cónyuge con discapacidad, así como también eximición de impuestos (municipales, patentes, entre otros) (Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación Argentina, Servicio nacional de rehabilitación, 2016).

¹ Ley Nacional N° 22.431. “Sistema de protección integral de los discapacitados”. Promulgada el 16 de Marzo de 1981.

² Ley Nacional N° 24.901. “Sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad”. Promulgada el 2 de Diciembre de 1997.

Impedimento visual y baja visión

En el primer año de vida, la ausencia de visión puede provocar anomalías en el desarrollo tanto a nivel funcional como también a nivel estructural, de la retina y la vía visual. Asimismo, el área visual a nivel cerebral posee un desarrollo incorrecto y en ocasiones inexistente, dado que la madurez del sistema visual depende expresamente de las experiencias visuales que posee en infante (Barraga, 1997). La inmadurez o falta de desarrollo del sistema visual puede derivar en una disminución de la información visual factible de ser utilizada por la persona que posee baja visión. De este modo, este sujeto puede ser receptor de múltiples impresiones visuales aunque sin oportunidad de poder compararlas con un sujeto con visión normal. Las percepciones visuales no son factibles de ser organizadas ni recordadas (Barraga, 1997).

Barraga (1997), al hablar de sujetos con baja visión y su percepción visual, sostiene que:

Los aspectos visuales más difíciles de percibir por personas con baja visión de cualquier edad son los que se relacionan con profundidad, movimiento, objetos en contraste con fondo semejante a éste, objetos con poca luz, detalles distintivos en formas y dentro de figuras, movimientos corporales de los otros y detalles específicos en un amplio campo (p. 9).

Las personas con baja visión, si bien tienen algunas dificultades, pueden ser capaces de utilizar su resto visual para realizar actividades, si son estimuladas correctamente.

Tanto la ceguera como la disminución visual pueden ser altamente incapacitantes para los sujetos si no son tratados a tiempo. Las personas con cualquiera de estos impedimentos pueden ser totalmente independientes y competentes en sus actividades cotidianas, si son abordadas de manera holística, interdisciplinaria y con un tratamiento acorde a sus necesidades, potencialidades y limitaciones.

Patologías de la alteración visual³

Según la OMS (2017) las principales causas mundiales de baja visión son: encabezando la lista con un 53% los errores de refracción no corregidos, seguido en un 25% por cataratas no operadas. El 4% corresponde a la degeneración macular relacionada con la edad, y muy por debajo, con un 1%, la retinopatía diabética.

En cuanto a las principales causas de ceguera, el 35% corresponde a cataratas no operadas, mientras que el 21% se debe a errores de refracción no corregidos. Por último, el 8%, está representado por el glaucoma (OMS, 2017).

Los problemas en el sistema visual pueden aparecer en cualquier momento de la vida de una persona. Se denominan “anomalías de desarrollo o condiciones congénitas” a aquellas que con frecuencia son de origen desconocido y están presentes desde el nacimiento, y, “anomalías hereditarias”, a aquellas condiciones existentes al momento del nacimiento, pero cuyos efectos aparecen en años

³ Para una mayor organización serán detalladas las patologías en el apartado Anexo 1.

posteriores. Los “impedimentos adquiridos”, son aquellos contraídos en accidentes padecidos en cualquier momento de la vida (Barraga, 1997).

Datos estadísticos mundiales

Según datos obtenidos en la nota descriptiva del 11 de Agosto del año 2017, perteneciente al centro de prensa de la OMS, se puede relevar que a nivel mundial, la cifra aproximada de personas con discapacidad visual es de 253 millones, de los cuales 36 millones poseen ceguera y 217 millones discapacidad visual moderada a grave. El 81% de las personas con ceguera o discapacidad visual moderada a grave son mayores de 50 años.

En la infancia, 19 millones de niños poseen discapacidad visual, de los cuales 12 millones son debido a errores de refracción. En cuanto a los niños menores de 15 años, 1.4 millones padece ceguera irreversible y requiere del acceso a servicios de rehabilitación para lograr una optimización de sus funciones y una reducción de su discapacidad.

Según datos de la OMS, más del 80% del total mundial de casos de discapacidad visual se pueden evitar o curar. Se calcula que el número de personas con discapacidad visual en el futuro podría triplicarse, dado el gran crecimiento poblacional y su envejecimiento. Se estima que para el año 2050, podría haber 115 millones de personas ciegas, en comparación con los 38,5 millones de 2020 (OMS, 2017).

Datos estadísticos de Argentina

En Argentina, desde el año 2009, el Registro Nacional de Personas con Discapacidad, es la fuente de información que permite la caracterización de la realidad de las personas con discapacidad con Certificado Único de Discapacidad en la Argentina (Servicio Nacional de Rehabilitación (SNR), Datos estadísticos sobre discapacidad 2016, 2016).

Para realizar dicha caracterización, son utilizadas diferentes fuentes: censos (2001 y 2010), encuestas (Encuesta Nacional de Personas con discapacidad) y registros administrativos (Registro Nacional de personas con Discapacidad). Argentina, es uno de los países latinoamericanos que posee los tres tipos de fuentes (Servicio Nacional de Rehabilitación (SNR), Datos estadísticos sobre discapacidad 2016, 2016).

El Registro Nacional de Personas con Discapacidad es una base de datos de representatividad nacional, constituida en ocasión de la solicitud en forma espontánea de la evaluación para la posterior certificación de la discapacidad. Si bien nos da una información acotada, debido a que la información solamente es obtenida de aquellos sujetos que aspiran a la obtención del CUD, es una aproximación estadística sobre la discapacidad a nivel nacional (Servicio Nacional de Rehabilitación (SNR), Datos estadísticos sobre discapacidad 2016, 2016).

Si se tienen en cuenta los datos comparativos de 2010-2016 en cuanto a la distribución de la población según tipo de discapacidad, la discapacidad visual tuvo un mínimo descenso. En 2010 era del 5,2%, descendiendo en 2016 al 4,8%. Comparado con otras discapacidades, la discapacidad visual es la de porcentajes más bajos.

Analizando la información por grupo etario, poniendo el foco en las edades pertinentes a la investigación, se puede observar que en relación al grupo de 3-4 años, el menor porcentaje de personas que aún no se han incorporado al sistema educativo formal corresponde a las/os niñas/os con discapacidad visual (34,4%), mientras que los niveles más altos sin instrucción corresponden a los niños con discapacidad múltiple (55,6%), discapacidad visceral (59,4%) y motora (54,5%) (Servicio Nacional de Rehabilitación (SNR), Datos estadísticos sobre discapacidad 2016, 2016).

Entre las/os niñas/os de 5 años de edad, el porcentaje de niñas/os fuera de la educación formal es ostensiblemente menor en comparación a 2015. El mayor porcentaje corresponde a los niños con discapacidad múltiple (28,9%) frente al 18,8% del total. Las/os niñas/os de 5 años con discapacidad mental (15,8%) e intelectual (14,5%) presentan los mejores indicadores en relación a la falta de instrucción (Servicio Nacional de Rehabilitación (SNR), Datos estadísticos sobre discapacidad 2016, 2016).

Por último, en el caso de las/os niñas/os de 6 a 11 años, correspondiente al ciclo primario de educación formal, se puede observar que un 15,1% del total de

personas con discapacidad en este grupo etario no tienen instrucción, destacándose los niños con discapacidad múltiple alcanzando casi doble del porcentaje total (28,7%). En segundo y tercer lugar, se ubican las/os niñas/os con discapacidad visual y motora, que superan el 80% entre nivel primario completo e incompleto y un porcentaje menor al 8% sin instrucción, en ambos casos (Servicio Nacional de Rehabilitación (SNR), Datos estadísticos sobre discapacidad 2016, 2016).

Teniendo en cuenta la distribución por tipo de discapacidad de las personas que asistieron a establecimientos de Educación especial, la proporción se mantiene igual que otros años: el 44% de quienes pasaron por esta modalidad tienen discapacidad mental y en segundo lugar se ubican quienes poseen discapacidad múltiple (20%). En tercer lugar, este año se suma la discapacidad intelectual, que representa un 18%. Quienes poseen discapacidad auditiva representan un 8% y motora un 6%, mientras que quienes tienen discapacidad visceral y visual sólo alcanzan el 2%.

Según datos aportados por el INDEC recabados en el Censo Nacional del año 2010, la prevalencia de personas con dificultad o limitación permanente obtenida para el total del país a nivel población es de 12,9%, lo que representa 5.114.190 de personas que declaran tener alguna dificultad o limitación permanente. Con respecto a la prevalencia según grupos etarios, se puede observar que va en aumento a medida que envejece la población. La menor prevalencia se registra en

el grupo de 0 a 4 años, mientras que la mayor se encuentra en el grupo de 80 años y más para ambos sexos, 53,1% para los varones y 58% para las mujeres.

Según los datos aportados por el INDEC, la mayor parte de la población tiene dificultad visual, un total de 2.069.151 personas que representan casi el 60% del total de población con sólo una dificultad o limitación permanente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DEL CAPITULO 1

- Barraga, N.C. (1997). *Textos reunidos de la doctora Barraga*. Madrid, España:Anormi, S.L.
- Discapacitados Otros Ciegos de España (DOCE). (2018). *Que es la ceguera legal*. Recuperado de (<https://asociaciondoce.com/que-es-la-ceguera-legal/>).
- Discapacitados Otros Ciegos de España (DOCE). (2018). *Clasificaciones en torno a la discapacidad visual*. Recuperado de <https://asociaciondoce.com/clasificaciones-en-torno-a-la-discapacidad-visual/>
- Discapacitados Otros Ciegos de España (DOCE). (2015). *¿Qué es la agudeza visual? ¿Y el campo visual?*. Recuperado de <https://asociaciondoce.com/2015/12/02/que-es-la-agudeza-visual-y-el-campo-visual/>

- Ministerio de Salud de la Republica Argentina. Servicio Nacional de Rehabilitación. (2011). *Disposición N° 2210/2012*. Recuperado de: <https://www.boletinoficial.gob.ar/#!DetalleNorma/10135725/null>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Ronda de prensa: Notas descriptivas del 11 de Octubre de 2017*. Recuperado de (<http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/blindness-and-visual-impairment>)
- Organización Nacional de Ciegos Españoles. (2018). *ONCE: Déjanos ayudarte*. Madrid, España. Recuperado de <https://www.once.es/dejanos-ayudarte/la-discapacidad-visual/la-discapacidad-visual-caracteristicas-principales>
- Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Presidencia de la Nación Argentina. (1981). *Ley N° 22.431*. Buenos Aires, Argentina: InfoLEG. Recuperado de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/20000-24999/20620/norma.htm>

- Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación Argentina, Servicio Nacional de rehabilitación. (2016). *CUD, Información general*. Buenos Aires, Argentina. Recuperado de <https://www.snr.gob.ar/cud/>.
- Servicio Nacional de Rehabilitación. (2016). *Datos estadísticos sobre discapacidad 2016*. Buenos Aires, Argentina. Recuperado de <https://www.snr.gob.ar/wp-content/uploads/2017/08/Anuario-2016-FINALRE.pdf>
- INDEC. (2014). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Censo del Bicentenario. Serie C. Población con dificultad o limitación permanente. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina*. Recuperado de https://www.indec.gov.ar/ftp/cuadros/sociedad/PDLP_10_14.pdf

CAPITULO 2: TERAPIA OCUPACIONAL EN DISCAPACIDAD VISUAL

Definición de Terapia Ocupacional

La Terapia Ocupacional puede ser considerada una profesión ubicada dentro de las ciencias de la salud y la sociedad, que utiliza la actividad significativa o propositiva (ocupación) dirigida y programada con un fin preventivo o terapéutico, como medio terapéutico, para facilitar la adaptación ecológica y funcional de cada persona, la cual puede ser considerada como paciente, usuario/cliente; y conforma una doctrina específica centrada en la Ciencia Ocupacional. (Santos del Riego, 2005)

Beaudry para elaborar una definición sobre la Terapia Ocupacional, cita a la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual la define como "el conjunto de técnicas, métodos y actuaciones que, a través de actividades aplicadas con fines terapéuticos, previene y mantiene la salud, favorece la restauración de la función, suple los déficit invalidantes y valora los supuestos comportamentales y su significación profunda para conseguir las mayores independencia y reinserción posibles del individuo en todos sus aspectos: laboral, mental, físico y social" (Beaudry, 2013, p. web).

Para la autora, "la Terapia Ocupacional lejos está de tener como finalidad entretener o tener ocupado al paciente, por el contrario, todo aquello que se realiza es en un marco terapéutico, con una finalidad también terapéutica,

rehabilitadora, que promueva el desarrollo, la comunicación, la socialización, etc.”

(Beaudry, p. web)

La Terapia Ocupacional es una profesión sanitaria, del ámbito de la rehabilitación, cuyo fin es prevenir y/o disminuir las discapacidades que aparecen como consecuencia de diferentes trastornos para favorecer que la persona se desenvuelva con autonomía en su medio. (Beaudry, p. web)

Beaudry, al hablar de las funciones del terapeuta ocupacional, resalta las siguientes características:

- Valoración de las capacidades y limitaciones de la persona.
- Elaboración y evaluación de programas de tratamiento de rehabilitación con sus correspondientes objetivos individualizados.
- Entrenamiento y reeducación de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.
- Confección y prescripción de órtesis, prótesis y ayudas técnicas, así como entrenamiento del individuo en su utilización.
- Adaptación del entorno, elaboración de programas de eliminación de barreras arquitectónicas.
- Asesoramiento a familias, usuarios y profesionales de otras especialidades.
- Capacitación del individuo para lograr el mayor grado de reinserción socio-laboral posible como miembro activo dentro de su comunidad.

- Reinserción del discapacitado en su vida cotidiana y en su medio en las mejores condiciones posibles.
- Colaboración con instituciones públicas y/o privadas para la promoción y desarrollo de programas de intervención en población con discapacidad. (p. Web)

Por su parte, la Asociación Argentina de Terapia Ocupacional (AATO) (2013), la define como “una profesión que interviene en los ámbitos sanitario, educativo, laboral, judicial y social-comunitario” (p. web).

Los profesionales brindan servicios a personas de diferentes grupos etarios que al presentar situaciones de estrés, enfermedad, discapacidad y/o disfunciones ven afectado su desempeño ocupacional, su calidad de vida, y por consiguiente su salud integral. Esas personas requieren de la atención especializada a fin de desarrollar destrezas, habilidades y capacidades que les posibiliten reposicionarse ante nuevas situaciones, mejorar su capacidad funcional, la calidad de vida y alcanzar el máximo grado de autonomía personal. (AATO, 2013, p. web)

Ámbitos de actuación e incumbencias de la Terapia Ocupacional

Los ámbitos en los que un Terapeuta Ocupacional puede desempeñarse son muy variados. Beaudry menciona algunos de ellos: Hospitales y clínicas (departamentos de rehabilitación física y de rehabilitación mental), Asociaciones de afectados por diversas patologías, físicas y sensoriales; Centros ocupacionales

y pre laborales; mutuas de accidentes laborales; Centros de educación especial; Residencias geriátricas; Centros ortopédicos y de diseño de material ergonómico; Unidades psiquiátricas; Programas de atención a la marginación social; Atención domiciliaria, etc. (Beaudry, 2013)

También cabe resaltar, como ya se mencionó, que se trabaja con diferentes grupos etarios, abarcando desde la infancia hasta la gerontología.

La función principal de un Terapeuta Ocupacional se basa en la rehabilitación del individuo, para lograr la ejecución independiente de las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales, tiempo libre, juego, productividad y ocio, educación, participación social, a partir de la utilización de la actividad como medio terapéutico, convirtiéndose esta en la principal herramienta del terapeuta ocupacional (Beaudry, 2013).

Las prestaciones de los/as Terapistas Ocupacionales incluyen: consultas, evaluación, educación, promoción de la salud, intervención directa, adaptación del entorno en el que se mueve habitualmente el sujeto (hogar, trabajo, etc.) , prescripción de equipamiento de ayuda y/o ortésico en caso de ser necesarios, y el acompañamiento de la familia y los cuidadores en el sistema sanitario y social (AATO, 2013).

Para la presente investigación, de todos los ámbitos en los que puede desempeñarse la/el Lic. en Terapia Ocupacional o Terapeuta Ocupacional, se ha

seleccionado el área pediátrica, dado que la infancia es una etapa crucial para la rehabilitación y entrenamiento de las/os niñas/os con discapacidad visual, donde se pueden lograr múltiples objetivos en pos de una vida independiente con un desempeño eficaz.

Terapia Ocupacional en Pediatría

La intervención de Terapia Ocupacional en el área pediátrica tiene como objetivo principal que la/el niña/o pueda desempeñarse adecuadamente en las áreas ocupacionales. En lo relacionado a las AVD, el principal objetivo es lograr que la/el niña/o pueda realizar las tareas necesarias relacionadas con el autocuidado (Bañarse/ ducharse, cuidado del intestino y vejiga, vestido, alimentación, movilidad funcional, cuidado de los dispositivos de atención personal, higiene y arreglo personal, aseo e higiene en el inodoro). En cuanto a las actividades instrumentales y educativas, el terapeuta procura facilitar que la/el niña/o se involucre y realice tareas tales como el cuidado de la habitación, la limpieza del vestido, rutinas escolares, realización de los deberes, realización de las actividades extraescolares, etc.

Las actividades de juego y ocio incluyen, tanto la exploración como la participación. Hablamos de exploración del juego, cuando el objetivo es identificar los intereses, habilidades y oportunidades de intervención; y de participación cuando las actividades y situaciones físicas y sociales proporcionadas a la/el niña/o, son gratificantes para ella/el (Polonio López, 2008).

Las habilidades de desempeño (motoras, de procesamiento y de comunicación e interacción) deben ser examinadas en detalle para comprobar cuáles de ellas están deterioradas, en qué grado, y cómo afectan el funcionamiento ocupacional infantil. A partir del conocimiento profundo de los déficit en las habilidades, el terapeuta puede desarrollar una intervención adecuada, considerando el potencial biológico y el nivel de desarrollo del niño (Polonio López, 2008, p. 90)

La terapia ocupacional también tiene injerencia en los entornos y contextos en los que se desarrolla el sujeto. Cuando se trabaja en el área pediátrica, el objetivo principal es que las/os niñas/os sean capaces de desenvolverse adecuada y efectivamente en diferentes contextos (familia, colegio, comunidad, etc.). Para ello, resulta imprescindible conocer la situación vital de la/el niña/o, su nivel de desarrollo y de experiencia y los entornos en los que se desempeña, ya sea físico, personal, cultural, social, espiritual, temporal y virtual; ya que estos van a afectar a las rutinas, así como también las expectativas de su familia y comunidad (Polonio López, 2008).

Los terapeutas ocupacionales pediátricos pueden trabajar en muy diversos lugares y elegir diferentes modelos conceptuales para enmarcar su práctica profesional, de modo que sus servicios sean efectivos para la/el

niña/o y su familia, y estén coordinados con las intervenciones de otros profesionales. (Polonio López, 2008, p. 99)

Según Polonio López (2008), el/la terapeuta ocupacional puede basar su intervención en: la recuperación de las funciones, la compensación de las capacidades perdidas o en la prevención - intervención.

El abordaje recuperador, es empleado en casos en los que el objetivo es el mejoramiento de las capacidades funcionales del niño. En cambio, el abordaje compensatorio es aplicado en casos en los cuales los problemas de desempeño ocupacional no pueden mejorarse o cambiarse, por lo que el tratamiento está basado principalmente en la minimización de los efectos de la discapacidad, a partir de simplificación de tareas, modificaciones en el entorno, uso de técnicas y equipos adaptativos, etc.

El abordaje preventivo-terapéutico es aplicado, principalmente, en los casos en que se torna necesaria la prevención o reducción de los efectos negativos de factores tanto biológicos como ambientales durante el desarrollo del niño. Este último enfoque, puede ser utilizado en servicios de atención temprana o primaria de la salud, mientras que los enfoques recuperador y compensatorio, suelen emplearse frecuentemente con niños de edad escolar.

Por último, resulta imprescindible resaltar las áreas en las que los/as terapeutas ocupacionales, que se desempeñan en el área pediátrica, realizan las

evaluaciones y tratamientos pertinentes, de acuerdo a la clasificación realizada por la Licenciada en Terapia Ocupacional Isabelle Beaudry(2013):

1) Aspectos de la motricidad global:

- tono muscular
- disociación de las distintas partes del cuerpo
- equilibrio
- cambios de posición

2) Función del miembro superior:

- alcance de objetos en diferentes posturas
- desarrollo de la prensión
- desarrollo de la preferencia manual.
- desarrollo de la coordinación óculo-manual
- desarrollo de la destreza manual
- utilización de los miembros superiores en actividades bilaterales

3) Función sensorial:

- reacción a los estímulos táctiles, propioceptivos, vestibulares, gustativos, olfativos auditivos y visuales
- integración de los estímulos sensoriales (pre-requisito al desarrollo sensorio-motor y perceptivo-cognitivo)

4) Comportamiento en las actividades lúdicas:

- sociabilidad
- reacción ante situaciones nuevas
- actividad orientada hacia un objetivo específico
- capacidad de atención
- comprensión de las reglas de juego

5) Aspectos perceptivos:

- interés por el juego
- exploración sensoriomotora y planificación motriz
- permanencia del objeto
- imitación
- causalidad
- habilidades visuo-perceptivas
- juego imaginativo

6) Alimentación

- función oro-motora
- deglución
- transición de alimentación no-oral hacia alimentación oral

7) Posicionamiento y actividades de la vida cotidiana:

- ayudas técnicas

-férulas

-métodos específicos

8) Apoyo a la familia y a los distintos ambientes del niño (en colaboración con el psicólogo y el trabajador social):

-identificar los límites y las capacidades del niño en sus distintos ambientes (casa, guardería, etc.)

-conocer los deseos de la familia y el nivel de colaboración

-Informar sobre las consecuencias de los problemas identificados.

El abordaje temprano en niñas/os con discapacidad visual es de suma importancia. A medida que la/el niña/o es estimulada/o y/o entrenada/o en sus quehaceres diarios tempranamente, más independiente será su desempeño en la cotidianidad.

Es sabido que en la infancia una de las áreas de desempeño que más se desarrolla es el juego. La/el niña/o vive su niñez a través del juego, aprende de manera lúdica. Por lo tanto, cabe resaltar que todas las intervenciones, entrenamientos y rehabilitaciones que se realicen van a ser a través del juego y los juguetes, utilizados como recursos y medios para lograr los objetivos deseados.

Terapia Ocupacional en Discapacidad Visual

Para definir a la Terapia Ocupacional en Discapacidad visual, se tomó la definición realizada por la T.O y psicomotricista Hernández Torres María de los Ángeles (2000): "Especialidad de la Terapia Ocupacional, cuyo campo de acción se define dentro de programas individualizados de Rehabilitación Funcional y Profesional para individuos discapacitados visuales, basándose en los resultados obtenidos al estudiar las características bio-psico-sociales de la población, desarrollando un plan de tratamiento óptimo y coordinado en las áreas de estimulación sensoperceptual, motoras, cognitivas, personales, sociales y laborales, proporcionando al individuo invidente o deficiente visual, la independencia y seguridad necesaria para desenvolverse dentro de los ámbitos social, económico y cultural al cual pertenece". (p. 10)

Un/a Terapeuta Ocupacional que trabaja con individuos con discapacidad visual, utiliza como método de tratamiento la estimulación sensorial, la cual se lleva a cabo a través del empleo de actividades terapéuticas, que son previamente seleccionadas y analizadas por el profesional, enmarcadas dentro de un programa de rehabilitación que incluya áreas de estimulación sensoperceptual, destrezas básicas, actividades de la vida diaria y destrezas específicas, con una visión holística del individuo, promoviendo en éste, una expresión motora práctica acorde a sus características (Hernández Torres, 2000).

Esta expresión motriz es el resultado de los procesos cognitivos que se ponen en juego (ideación y formación de conceptos), los cuales también exigen integración de estímulos sensoriales y planificación (Hernández Torres, 2000).

El/la Terapeuta Ocupacional que trabaja con individuos con discapacidad visual, debe poseer la versatilidad necesaria para seleccionar, emplear y graduar los estímulos y situaciones terapéuticas empleadas en cada sesión, con el fin de lograr los objetivos deseados.

Al esbozar los objetivos que se persiguen con el tratamiento, y planificar las actividades a realizar, es de suma importancia que el/la Terapeuta Ocupacional respete los intereses del sujeto, las capacidades y limitaciones propias del mismo, así como también cumplir con las nueve características que debe poseer una actividad para resultar terapéutica. Estas características, según Hernández Torres (2000) son:

1. Tener un fin y un objetivo determinado.
2. Referir los intereses del paciente.
3. Requiere que el individuo se involucre tanto física como mentalmente.
4. Tener significado de igual nivel para el paciente.
5. La actividad va a ser utilizada para adquirir o desarrollar habilidades esenciales que abarcan todos los roles de la vida.
6. Puede preparar para prevenir un mal funcionamiento y/o mantener o mejorar el funcionamiento en la calidad de vida.
7. Debe ser adaptable, graduable, proveer más acción que oposición.
8. El aspecto psicosocial: tipo de dirección, control y predicción en los resultados, toma de decisiones, interacción, motivación e interés.
9. Ser aplicada por un Terapeuta Ocupacional.

Terapia Ocupacional en discapacidad visual en el área pediátrica

Al hablar de población infantil, es sabido que en los primeros años de vida es fundamental la adquisición e incorporación de hábitos, ya que es en esta etapa cuando se efectúan la mayor parte de los aprendizajes necesarios para desempeñarse de manera independiente en la adultez. En la niñez, se habla de habilitaciones más que de rehabilitación ya que aún no hay experiencias previas en la realización de actividades. Desde Terapia Ocupacional se abordan exhaustivamente las implicaciones que la falta de visión tiene en la autonomía de los niños, sus necesidades concretas, los criterios de intervención y las modalidades de atención (Reyes Pérez Rus, 2011).

Tanto los niños como adolescentes con discapacidad visual, adquieren progresivamente habilidades que al ser integradas en las actividades cotidianas, les posibilitan conseguir un nivel adecuado de autonomía, ajustado a su edad (Reyes Pérez Rus, 2011). Es de suma importancia evaluar el nivel de desarrollo y maduración, aspectos cognitivos, motores, sensoriales, etc.; tener en cuenta la etapa escolar en la que se encuentra y su edad, para posteriormente considerarlos a la hora de elaborar un plan de tratamiento ajustado a la/el niña/o a tratar.

Según Fazzi y Naimy (2010) “no se puede enseñar una habilidad sin haber alcanzado el nivel de desarrollo para aprenderla, y citan como ejemplo la imposibilidad de comprender los puntos cardinales si no se ha integrado la lateralidad (izquierda-derecha)” (Reyes Pérez Rus, 2011, p. 633). Por lo tanto, todos los aspectos anteriormente mencionados deben ser considerados por la/el

Terapeuta Ocupacional tratante, para no plantear objetivos de tratamiento que sean imposibles de lograr, que frustren al niño y que lo lleven a un descenso de su autoestima y creencia en sí mismo, así como también a un descenso de la tolerancia a la frustración. Debe considerarse que las actividades planteadas deben representar un desafío justo para la/el niña/o, que no sean muy fáciles de resolver para ella/el, pero que tampoco sean difíciles de ejecutar y la/o frustren.

Las habilidades son aprehendidas con el transcurso del tiempo y requieren de una práctica sostenida. Cada etapa presenta nuevas necesidades e intereses a los que atender, acordes a la maduración propia de cada sujeto. Como todo aprendizaje que involucra al niño, tanto la familia como la escuela representan pilares fundamentales para la incorporación de hábitos de autonomía, sobre todo en los primeros años de desarrollo del niño. Resulta imprescindible la coordinación y el andamiaje con los referentes y personas significativas, principalmente los padres y el tutor de aula (Reyes Pérez Rus, 2011).

La intervención de el/la Terapeuta Ocupacional que trabaja con niñas/os con discapacidad visual se da de comienzo a fin del tratamiento, comenzando con la implementación de una evaluación inicial y evaluaciones sucesivas a lo largo del tiempo, de las capacidades senso-perceptivas, motoras funcionales y de independencia personal, las cuales le dan a la/el profesional la oportunidad de analizar, diseñar, seleccionar y evaluar el programa de atención necesaria, adecuada y ajustada a las necesidades particulares de cada niña/o. Otra de las tareas primordiales de el/la Terapeuta Ocupacional es la de emplear actividades

terapéuticas que posean una complejidad en aumento, desarrollando las capacidades senso-perceptivas y motoras funcionales de cada niña/o en particular. Estas, deben permitir además el desarrollo de procesos cognitivos, así como su utilización en actividades terapéuticas que los requieran.

El/la Terapeuta Ocupacional identifica y utiliza eficazmente aquellas actividades que disminuyen los niveles de frustración y estrés, y que incrementan la confianza en sí mismo y mejoran la autoestima, así como también aquellas que incentivan a tener iniciativa y potencian la creatividad e imaginación de la/el niña/o.

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, Hernández Torres (2000), plantea que el tratamiento en esta población va a estar apuntado al trabajo en diferentes áreas, a saber:

- 1.- Área de Estimulación Sensoperceptual.
- 2.- Área de Destrezas Básicas.
- 3.- Área de Actividades de la Vida Diaria.
- 4.- Área de Destrezas Específicas.

En cuanto al Área de Estimulación Sensoperceptual, el trabajo en esta consiste en potenciar al máximo y sensibilizar los sentidos táctil, propioceptivo, kinestésico, auditivo, gustativo, además del empleo del remanente visual en los casos en los que el niño posea disminución visual y no ceguera, con el objetivo de lograr que éste obtenga toda la información necesaria de su entorno por medio de sus

sentidos y logre una interacción ajustada a las exigencias que ofrece el medio que lo rodea. No solo se sensibilizan y potencian los sentidos, sino que también se va a trabajar en la percepción y memoria de la información.

En el Área de Destrezas Básicas, la/el niña/o realiza tareas que desarrollan y potencian sus capacidades funcionales motoras. Gracias a estas logra adquirir una gran destreza en sus capacidades manipulativas, así como también de orientación en el espacio y relación temporo-espacial. Las actividades para trabajar este área, serán pensadas de acuerdo a complejidad, velocidad de ejecución, manejo de conceptos y potencialidades propias de la/el niña/o.

El trabajo en el área de A.V.D estará orientado a la capacitación de la/el niña/o para mejorar el dominio de técnicas de higiene y cuidado personal, relaciones sociales, cuidado del hogar, etc.; es decir, todas aquellas actividades que potencien su independencia tanto personal como social. “Se define como un área destinada a capacitar al participante en el dominio de técnicas a utilizar en su higiene y cuidado personal, vestido, alimentación, trabajo y recreación, relaciones sociales, así como aspectos relacionados al quehacer doméstico, tendientes a su independencia social” (Hernández Torres, 2000, p. 12).

Cabe resaltar que aunque el trabajo se subdivide en áreas que permiten una mejor organización y elaboración de objetivos y metas de trabajo, en todo momento se tiene una visión holística de la/el niña/o, considerando tanto sus potencialidades como sus dificultades, teniendo en cuenta el entorno y contexto, su familia, el ámbito escolar, y todos aquellos espacios en los que se desempeña. La/el niña/o

es vista/o como un todo más que como la suma de partes aisladas, lo que conlleva a un mejor abordaje y al cumplimiento de objetivos y la adquisición de logros de manera integral, permitiéndole ser un sujeto competente e independiente.

Otro aspecto importante a resaltar es que el modelo de tratamiento expuesto anteriormente, planteado por la Lic. Hernández Torres, es simplemente un tipo dentro de las múltiples variedades existentes para abordar y plantear el tratamiento en niñas/os con discapacidad visual.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DEL CAPITULO 2

- BEAUDRY, I. (2013). *Portal de Terapia Ocupacional Pediátrica de Isabelle Beaudry: ¿Que es la Terapia Ocupacional?*. Oviedo, España. Recuperado de (<http://www.ibeaudry.com/s4/que-es-la-t-o/>)
- Asociación Argentina de Terapia Ocupacional (AATO). (2013). *AATO: ¿Que es la terapia Ocupacional?*. Recuperado de (<http://www.terapia-ocupacional.org.ar/terapia-ocupacional/>)
- POLONIO LÓPEZ, B.(2008). *Terapia Ocupacional en la Infancia. Teoría y práctica*. Buenos Aires: Madrid: Médica Panamericana.
- Santos del Riego, S. (2005). El ser humano como ser ocupacional. *Revista de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física*, 39(5), 195-200.
- Hernández Torres, M.de los A. (8 de Julio del 2000). La Terapia Ocupacional en la rehabilitación funcional del discapacitado visual. *Discapacidad Visual Hoy. Aportes sobre la visión diferenciada*, (8), p. 10-13.

- Reyes Pérez Rus, M. (Ed.). (2011). *Discapacidad visual y autonomía personal. Enfoque práctico de la rehabilitación*. Madrid, España: Editorial Manuales.

CAPITULO 3: RECURSOS LUDICOS

Definición de Recursos Lúdicos

Dado que no se ha podido arribar a una definición pertinente de recursos lúdicos, se presentaran a continuación los términos por separado:

Según la Real Academia Española:

- Recurso: proveniente del Latín “recursus”. Medio de cualquier clase que, en caso de necesidad, sirve para conseguir lo que se pretende.
- Lúdico: del latín “Ludus”: juego. Perteneciente o relativo al juego, ocio, entretenimiento o diversión. El vocablo latino ludus contiene conceptos como el de recreo y pasatiempo.

Teniendo en cuenta ambas definiciones, se puede definir a los recursos lúdicos como: “Medios de características relativas al juego, ocio, entretenimiento o diversión, de los cuales puede disponer un sujeto y que pueden ser utilizados y aplicados para la concreción de objetivos particulares en un contexto apropiado”.

Según Echeverri, J.H y Gómez, J.G (2009), al hablar de lúdica, se contemplan varios escenarios, relacionados con la época y los autores que han aportado al concepto, así como también su influencia y relación con el sujeto. Al analizar el concepto, surgen pre categorías dentro del mismo:

- La lúdica como instrumento para la enseñanza: Donde se agrupan los criterios y posturas que toman a la lúdica como una opción didáctica o pedagógica, utilizable en los procesos de enseñanza y aprendizaje escolares.
- La lúdica como expresión de la cultura: Reconoce a la lúdica como manifestación humana. El sujeto se interrelaciona con otros en contextos meramente sociales, donde se generan legados culturales, y con ellos, nuevas formas de expresión que se aplican en contextos específicos.
- La lúdica como herramienta o juego: El concepto “lúdica” visto como herramienta materializado desde el juego.
- La lúdica como actitud frente a la vida o dimensión humana: Este concepto intenta alejar el término “lúdico” de las teorías que lo conciben como herramienta, ya que si bien son acciones o actitudes frente a la vida, esta puede o no estar asociada al juego.

Tomando a la Lúdica como herramienta o juego, Fullea Bandera (como se citó en Echeverri y Gómez, 2009) sostiene que puede ser concebida como una categoría mayor, vista como expresión cultural, en la que una de sus manifestaciones es el juego, así como también lo es el arte, la fiesta. Vista de este modo, la lúdica, es una manifestación creativa del sujeto.

La Lúdica, como concepto y categoría superior, se concreta mediante las formas específicas que asume, en todo caso como expresión de la cultura en un determinado contexto de tiempo y espacio. Una de tales formas es el juego, o actividad lúdica por excelencia. Y también lo son las diversas manifestaciones del arte, del espectáculo y la fiesta, la comicidad de los pueblos, el afán creador en el quehacer laboral -que lo convierte de simple acción reproductiva en interesante proceso creativo-, el rito sacro y la liturgia religiosa y, por supuesto, la relación afectiva y el sublime acto de amor en la pareja humana. En todas estas acciones está presente la magia del simbolismo lúdico, que transporta a los participantes hacia una dimensión espacio-temporal paralela a la real, estimulando los recursos de la fantasía, la imaginación y la creatividad. (Fulleda Bandera, 2003, p.11)

Para Fulleda (2003), existen tres categorías que condicionan el concepto de lo lúdico: la necesidad, la actividad y el placer. Habla de “necesidad lúdica” como inevitable, como una urgencia que es irresistible de ser ejecutada, dirigida por un impulso vital. Son acciones libres y espontáneas como una manifestación de la dialéctica en pos del desarrollo. Por su parte, la “actividad lúdica”, es la acción en sí misma, la cual es dirigida de manera consciente a la liberación voluntaria del impulso vital, generado por la necesidad. En cuanto al “placer lúdico”, el autor lo expresa como el bienestar, la consecuencia que estimula el desarrollo, y que es

lograda durante la satisfacción de la necesidad por medio de la ejecución de la actividad.

En la vida de un sujeto, los aprendizajes que se dan durante los primeros años, principalmente en la primera infancia, se dan a través del juego. De aquí la importancia de potenciar las actividades lúdicas, de fomentar el aprendizaje infantil por medio del juego, de utilizarlo como una forma de andamiaje.

La lúdica puede ser vista desde muchas perspectivas, tales como ligada al desarrollo humano, como una forma de ser frente a lo cotidiano, como una forma de estar en la vida, relacionarse con ella en espacios de goce y disfrute, etc. (Echeverri y Gómez, 2009).

Según Posada González (2014), coincidiendo con los autores anteriormente mencionados, la actitud lúdica se desarrolla en los sujetos desde una muy temprana edad, comenzando ya en el vientre materno cuando se divierte con el cordón umbilical que lo une a su madre y succiona su dedo cuando se aburre. Luego, al salir de la calidez y comodidad en la que se encuentra, se ve obligado a conocer y comprender su medio, para lo cual resulta sumamente imprescindible la “actitud lúdica”, la cual le brinda la capacidad de imaginación, de fantasía por medio del juego y posteriormente le permite ir progresivamente apoderándose del mundo del símbolo, de la metáfora, que lo lleva al mundo de la poesía, del poder jugar con las palabras, con el lenguaje. También le otorga la posibilidad, por medio de la imagen, de jugar con el arte en sus múltiples facetas.

El autor sostiene en cuanto a la actitud lúdica, que es fundamental para dar lugar a la existencia de la actividad lúdica y el juego (Posada González, 2014). Esta se preocupa por poder “salir de sí” e interactuar con el otro para motivar al encuentro y finalmente potenciarlo, lo cual deriva en una construcción en común, un proceso de generar preguntas con sus posibles respuestas (Posada González, 2014).

La lúdica permite el acceso a múltiples beneficios por parte de quien accede a ella como herramienta, ya que alienta la personalidad, incide sobre la toma de decisiones, desarrolla un espíritu conciliador, negociador, mejora la socialización y el trabajo en equipo, construye valores fundamentales como el respeto a la diferencia, la tolerancia; consolida la democracia, la participación y el pluralismo; permite la construcción y respeto de reglas; permite el juego limpio, el buen comportamiento en el escenario del juego y consolida la regla como eje central de la convivencia con los otros (Echeverri y Gómez, 2009).

Es así como el carácter lúdico de las actividades ejecutadas por las/os niñas/os, le permiten desarrollarse en múltiples aspectos, ya sea a nivel psicológico, biológico, cognitivo, socio-cultural, etc; de una manera sana y divertida, que produce placer y felicidad, tanto a nivel personal como colectivo, dando lugar también al intercambio con el medio, la socialización, y el aprendizaje de un otro, que aprende también de esta dialéctica. Se afirma de esta manera, que “lo lúdico es el juego connatural del ser humano que le presenta la posibilidad de potenciar sus habilidades y de

conocer de forma agradable y generalmente divertida” (Posada González, 2014, p. 29).

Cualquiera sea la perspectiva desde donde sea tomado el concepto “lúdica”, siempre es considerado el entorno y la cultura, sirviendo así como herramienta para convertir a las/os niñas/os en seres sociales, que se enriquecen de los aportes de los otros, y de su propio contexto socio-cultural. Es así como “lo lúdico se puede presentar para el ser humano como una forma de interactuar con el mundo, entenderlo y hacer posibles sus deseos de manera equilibrada y con la posibilidad de, por este medio, disipar la incertidumbre y evadir la frustración” (Posada González, 2014 , p. 30).

Según Paredes Ortiz (como se citó en Echeverri y Gómez, 2009), la actividad lúdica y deportiva debe dirigir hacia el desarrollo emocional, la capacidad creadora, el desarrollo de los talentos personales para así conseguir unas aptitudes sociales, es decir, capacidades para establecer relaciones humanas con los demás en los diferentes ámbitos de la vida. Mejora los talentos personales, el desarrollo de la inteligencia emocional, fomentan la curiosidad y ayudan a alcanzar la felicidad, contribuye en la construcción cultural humana.

La lúdica se encuentra en el juego, pero también en la metáfora-sueño, cuento, relato, poesía; se encuentra en el uso de la imagen, del símbolo. Permite entrar en sinergia con la experiencia y el conocimiento. De esta

forma, la lúdica a partir de la experiencia, pensamiento, sentimiento elabora una serie de representaciones signálicas y simbólicas que lógicamente se encuentran relacionadas con el pensamiento, el conocimiento y la comunicación humana. Es así como para el empirista Locke John (1706) los signos son indispensables para la formación del pensamiento y para su exteriorización. (Posada González, 2014, p. 29).

Las actividades lúdicas deben servir de medios para desarrollar y mejorar la capacidad de concentración y atención, la motivación, así como también para potenciar el aprendizaje y la incorporación de nueva información para la generación de conocimientos. En el quehacer cotidiano y en el intercambio con el medio y sus pares, la/el niña/o aumenta sus capacidades de tolerancia al cambio, de recordar e interactuar en ambientes que brindan una amplia gama de posibilidades, que tienen como característica principal la flexibilidad y fluidez (Posada González, 2014).

La lúdica cuando es incorporada en la cotidianeidad, es más que una herramienta, es parte de la vida de un sujeto, potencia al máximo las capacidades individuales del mismo permitiéndole desarrollarse personalmente en varios aspectos. Es así, que como sostienen Echeverri y Gómez (2009) "Lo lúdico se convierte en proyecto de vida, en una necesidad vital del ser humano; abarca las dimensiones humanas para intentar dar alcance al equilibrio personal, es decir el equilibrio vital, en sus

distintos niveles; así como también al equilibrio social, esto es, lo lúdico se convierte en un proyecto de lo cultural, de la vida del ser humano”.(p.15).

Utilizar la lúdica como herramienta en las actividades cotidianas, permite entonces el desarrollo óptimo de las/os niñas/os, maximiza las capacidades de cada uno de ellos, las potencia y mejora. Brinda grandes aportes en cuanto al desarrollo psicológico, emocional, social e individual, así como también al aprendizaje; permite mejorar la óptima utilización de la imaginación, del pensamiento lógico, simbólico, contribuye a aumentar la tolerancia a la frustración y propicia disfrute y bienestar en la ejecución de tareas abordadas desde este enfoque.

Carlos A. Jiménez Vélez, Raimundo Ángel Dinello y Jesús Alberto Motta Marroquín, en su texto “lúdica, cuerpo y creatividad” (citados en Echeverri y Gómez, 2009), explican el término “lúdico” como forma de aprendizaje. En su texto, la lúdica es vista como oligarquía, relacionada directamente con el desarrollo humano, como una disposición que debe tenerse en la vida, una forma de relacionarse con los otros y el entorno en el cual se está inmerso, una forma de vivir que proporciona felicidad en el compartir con un otro. Asimismo, el reconocimiento en espacios compartidos con un otro, es un estimulante para el desarrollo.

En este contexto teórico, la lúdica es vista más bien como una actitud, una forma de ser frente a la vida, frente a lo cotidiano; una forma de estar en la vida y de

relacionarse con ella en los espacios en que se produce la felicidad, donde se accede a ella, acompañado de la distensión a la que se accede al ejecutar actividades simbólicas e imaginarias como el juego, el sentido del humor, el arte y otras (sexo, baile, amor, afecto), producidas en la interacción con otros, sin otro objetivo más que la obtención de la gratitud que producen dichos eventos (Echeverri y Gómez, 2009).

Teniendo en cuenta lo anteriormente expresado, los autores plantean la necesidad de intentar construir nuevos discursos pedagógicos, basados en un nuevo enfoque de la pedagogía: la del ser, del hacer y del conocer, para lo cual resulta fundamental volver a replantear aquellas preguntas que dan sentido a nuestra cotidianeidad: ¿Cómo conozco? ¿Cómo trasciendo? ¿Cómo juego? ¿Quién soy? (Echeverri y Gómez, 2009).

Estos autores, afirman que “el sentido de lo lúdico lo constituye la libre identidad de la conciencia del sujeto, con acciones que satisfacen simbólicamente las necesidades de su voluntad, sus emociones y afectos en busca de trascender una realidad objetiva que lo atrapa en su inmediatez y le proporciona felicidad” (Echeverri y Gómez, 2009, p. 16). Posada González (2014) por su parte, sostiene que esta felicidad lograda a través de la lúdica, es resultado de la misma. Es la felicidad lo que buscan la gran mayoría de los sujetos, y si esta es encontrada en un momento lúdico, identificándose y relacionándose a este como un momento feliz, más que un estado en sí mismo, es buena para los sujetos.

La función Lúdica presenta una estructura que está determinada por cuatro variables:

- La función simbólica, la cual es entendida como la capacidad que se posee para crear metáforas y analogías.
- El movimiento, el cual es el resultado de la emocionalidad del sujeto, la acción en sí misma.
- Las reglas de juego, en donde existe la capacidad de reglamentar las cosas, de seguir un orden, respetar lo anteriormente convenido.
- El ritual, que es toda acción a través de la cual se evoca un símbolo.

Esto da una mirada particular en cuanto a lo simbólico, teniendo en cuenta la multiplicidad de identidades lúdicas pertenecientes a cada sujeto en particular, que lo diferencian del resto, de los grupos y de cada sujeto con su singularidad, dado que cada uno se identifica con un modelo particular de ver e interpretar la realidad desde una determinación de tipo lúdica de libertad. Esto les impone lo cultural a sus conductas, sus actitudes, pensamientos y manifestaciones, que fueron aprendidas en la vida en sociedad, ya sea a través de las tradiciones propias o de innovaciones contemporáneas (Echeverri y Gómez, 2009).

Clasificación de los recursos lúdicos

Gracias al aporte de los autores anteriormente citados y a una extensa búsqueda bibliográfica, se puede realizar una clasificación de los recursos lúdicos en dos grandes categorías:

- Juegos
- Juguetes

Ambos son complementarios, se retroalimentan uno de otro y son sumamente importantes a la hora de utilizarlos en el tratamiento de niñas/os con discapacidad visual en cualquiera de sus grados.

Ambos recursos son empleados principalmente en el tratamiento en la infancia, debido a que el juego, los juguetes, el juego en sí, es una de las AVD primordiales en las/os niñas/os, es una capacidad inherente y necesaria del ser humano. Ellas/os aprenden jugando. El juego permite su sano crecimiento, potencia las capacidades individuales, estimula los sentidos y colabora en su maduración y desarrollo, estimula la creatividad, el respeto por las reglas y los turnos, la tolerancia a la frustración; colabora en la elaboración, aprendizaje y aprehensión de conceptos, etc.

Juego⁴

A lo largo de la historia se han intentado múltiples definiciones sobre el juego, sin llegar a un consenso definitivo. Estas han estado marcadas por la postura e

⁴ Únicamente serán desarrollados en profundidad los tipos de juego pertinentes a la población a estudiar en la presente investigación.

influencia teórica de cada autor en particular, algunos desde una perspectiva más psicológica, otros desde una más socio - cultural, etc. Sin embargo, según Willard & Spackman (2011), “las definiciones de juego y ocio en la literatura tienden a converger en cuatro categorías principales: juego y ocio como tiempo discrecional, juego y ocio como contexto, juego y ocio como conducta o actividad observable, y juego y ocio como disposición o experiencia” (p. 633). Dichas categorías pueden ser descriptas de la siguiente forma:

- Juego y ocio como tiempo discrecional: toma al juego como el tiempo restante o residual que queda luego de realizar aquellas actividades que son obligatorias en la vida diaria. “Por definición, juego y ocio son cuantificados como el tiempo que pasa el individuo que participa en ellos” (Willard & Spackman, 2011, p. 634). Si bien es importante conocer cómo utiliza el tiempo un sujeto para realizar actividades recreativas, es también imprescindible conocer y tener en cuenta a la hora de realizar una evaluación desde Terapia Ocupacional, los contextos, las actividades y la experiencia que posee en su ejecución.
- Juego y ocio como contexto: esta categoría los describe en términos de las condiciones bajo las cuales se ejecutan. Es probable que el contexto en el que ocurra sea amigable, distendido, cómodo y seguro, provisto de variedad de materiales, objetos, texturas, personas y actividades. “Las creencias que sostienen las personas en una cultura específica determinarán que se considera y que no se considera juego y ocio, y las condiciones bajo las cuales ocurren” (Willard & Spackman, 2011, p. 634).

- Juego y ocio como actividad: Esta categoría “las ve como conductas o actividades que pueden ser observadas y nombradas” (Willard & Spackman, 2011, p. 634). En este caso, para poder nombrarlas se utilizan taxonomías, que cada autor empleará para describir el tipo de actividad que se ejecuta en un tipo determinado de juego. Como por ejemplo Primeau y Ferguson (1999), que denominan el juego mediante las siguientes taxonomías: juego sensitivomotor, juego objeto, juego social, juego motor, juego imaginativo y juego de juegos.
- Juego y ocio como experiencia: “los considera como la experiencia global de participación de un cliente en ellos. La disposición, la actitud o el estado de ánimo mientras participa en el juego y el ocio tienen importancia primaria” (Willard & Spackman, 2011, p. 634).

El significado que cada uno le atribuye subjetivamente a las actividades, está marcado por la experiencia individual. “Se han identificado en la literatura varias calidades de juego y ocio como experiencia, e incluyen la ausencia de obligaciones y restricciones, la libertad de elección, goce, diversión, motivación intrínseca, baja relación con el trabajo, flujo, autoexpresión, participación activa, apreciación estética, relajación, locus interno de control y suspensión de la realidad” (Willard & Spackman, 2011, p. 634).

Polonio López, (2008), en su libro “Terapia Ocupacional en la infancia”, define al juego de la siguiente manera: “El juego es el medio a través del que la/el niña/o

tiene contacto con el mundo que le rodea y descubre el desarrollo de su naturaleza ocupacional, la motivación y el placer de la acción. Por lo tanto, no es sorprendente que el juego sea la actividad favorita de la/el niña/o” (p. 64).

Visto desde esta perspectiva, se puede dilucidar que el juego para la/el niña/o es una actividad diaria, que se convierte en necesidad, y que a su vez funciona como herramienta que le da la posibilidad de descubrir su entorno, redescubrirse a sí mismo en cada juego y poder desarrollar al máximo sus capacidades potenciales, a su vez que obtiene placer en ello. Siguiendo esta línea de pensamiento, Bettelheim (1987) (como se citó en Polonio López, 2008), sostiene que, “en la experiencia de jugar, el niño obtiene placer inmediato, el cual contribuye al desarrollo de su capacidad para disfrutar de la vida. Así, en terapia ocupacional, un/a niño/a que no juega es tan grave como un niño que rechaza comer o dormir” (p. 64).

La autora además, menciona las características que presenta el juego, responsable del aprendizaje en la infancia, a saber:

- Motivación intrínseca y placer: la actividad lúdica vista como una actividad placentera en sí misma, motivada intrínsecamente.
- Libre, espontáneo y divertido: un fin en sí mismo: El niño tiene la libertad de elegir si quiere o no jugar, ya que si esta actividad es impuesta, sin surgir naturalmente, pierde la espontaneidad y el sentido. A su vez es una actividad que así como brinda placer, proporciona diversión y disfrute en quien juega.

- Autoexpresión y creatividad: es en el juego donde la/el niña/o expresa y vuelca sus deseos, sentimientos, miedos, goce, curiosidades, etc.; a su vez es un medio para potenciar y poner en práctica la creatividad, transformando objetos, planeando escenas, armando guiones, etc.
- Descubrimiento: el juego le permite a la/el niña/o descubrir los objetos con los que juega, su entorno y ambiente, personas, eventos, y las relaciones entre ellos y con ella/el. Aprende el significado de las situaciones y cosas y las comprende de mejor manera.
- Maestría: en el jugar la/el niña/o adquiere experiencia y conocimientos que lo hacen evolucionar en este jugar y que le aportan una especie de “maestría”, de conocimiento y destreza superior al nivel anterior que posteriormente va a aplicar a su vida cotidiana.
- Socializador: El juego es la actividad socializadora por excelencia. Permite el intercambio con un otro, con el ambiente y todos los objetos inanimados que lo rodean, lo hace parte de su sociedad y cultura, le permite enriquecerse de cada experiencia, etc.
- Ambiente: El ambiente en el que se juega debe proporcionar seguridad, libertad, desafíos justos, motivación para poder explorar, crear, imaginar, así como también debe estar desprovisto y libre de miedos y estrés.

Los autores Echeverri y Gómez, (2009), siguen la corriente de pensamiento anteriormente mencionada, pero a su vez incluyen otro concepto, el de estructura lúdica, que se mantiene en el tiempo.

Todo juego forma parte de la conducta humana y, como forma de expresión y comunicación, es un suceso social basado en lo humano, es decir en lo cultural. Consideramos que representa un elemento humanizador, en una sociedad cada vez más agresiva y deshumanizada; cualquiera de los juegos, en su esencia, ofrece una estructura lúdica que es necesaria para el ser humano. En los niños y jóvenes tiende a cumplir una necesidad vital; en los adultos y mayores se presenta como medio de vivenciar situaciones que les permite recuperar lo original del ser humano y ser niños, sin perder la condición adulta. (Echeverri y Gómez, 2009, p.15)

Esta idea de estructura, nos permite pensar al juego como un continuo, que comienza desde muy temprana edad en la infancia como una actividad central en la vida diaria de cada individuo, y que lo sigue acompañando a lo largo de la vida, ocupando ya no un lugar central, pero sí como medio o herramienta para vivenciar, superar, transitar situaciones propias de la adultez.

Teorías del juego

Existen múltiples teorías del juego, las cuales dependen del enfoque que cada autor le da, así como también de su formación y rama de pensamiento a la que pertenecen.

Teoría del Juego de Piaget:

Piaget, ha sido un referente en la comprensión de la evolución de la/el niña/o, y ha realizado múltiples contribuciones en la materia. Su legado teórico está basado en una visión constructivista del desarrollo infantil, con su definición de los diferentes periodos evolutivos que lo componen.

El autor, sostiene que en la interacción entre el sujeto con su ambiente, el ser humano se desarrolla hacia el equilibrio y la adaptación al medio a través de los mecanismos de asimilación y acomodación. El juego se rige por los mismos principios.

En cuanto a la clasificación de juego propuesta por Piaget, se puede considerar que en cada etapa evolutiva, la/el niña/o desarrolla un tipo de juego específico que es característico de dicha etapa y que se encuentra directamente relacionado al nivel de desarrollo y maduración que presenta en ese momento. También cabe considerar que durante el desarrollo, el juego adquiere diferentes connotaciones que son consecuencia de las transformaciones de las propias estructuras intelectuales de la/el niña/o. Ese juego incide en el establecimiento de nuevas estructuras mentales; su importancia vital se constituye en la adquisición del símbolo y la capacidad del pensamiento abstracto (Polonio López, 2008). Los tipos de juego que propone el autor dentro de cada periodo evolutivo son:

- Juego sensoriomotor - Periodo sensoriomotor (0-2 años)
- Juego simbólico - Periodo pre-operatorio (2-7 años)
- Juego reglado - Periodo operatorio concreto (7-12 años)
- Juego en equipo - Período operatorio formal (12-16 años)

A continuación será desarrollado únicamente el Juego Simbólico según Piaget, dado que es de incumbencia para la investigación ya que abarca las edades que serán investigadas.

Juego Simbólico:

El juego característico a la edad de 4 a 6 años, población de interés de la presente investigación, es el juego simbólico. En este, “el símbolo le aporta los medios de asimilar lo real a sus deseos o a sus intereses: el símbolo prolonga el ejercicio como estructura lúdica y no constituye en sí mismo un contenido que sería ejercido como tal, como lo es la imaginación en una fabulación simple” (Piaget, 1961, p. 166). En el juego simbólico la/el niña/o tiene interés por la realidad simbolizada y es el símbolo quien sirve para evocarla.

El autor propone clasificar al juego simbólico según la estructura de los símbolos, vistos estos, como instrumentos de la asimilación lúdica. La forma más primitiva de un símbolo lúdico es el esquema simbólico o reproducción de un esquema sensorio motor fuera de su contexto y en ausencia del objeto habitual (Piaget, 1961). Estos esquemas nos muestran el pasaje del juego propio del periodo sensoriomotor al juego simbólico del periodo preoperatorio, conservando del primero el poder de ejercer una conducta fuera de su contexto de adaptación actual por el simple placer funcional, pero en el segundo suman a lo anterior, la capacidad de evocar una conducta tanto en ausencia de su objeto habitual, como

frente a nuevos objetos concebidos, así como también frente a sustitutos o si ningún objeto (Piaget, 1961).

Si el esquema simbólico pertenece a los juegos de símbolo, constituye una forma primitiva limitada por una condición: el niño se limita a hacer como si ejerciera una de sus acciones habituales, sin atribuírselas a otros ni asimilar los objetos entre sí como si la actividad de unos fuera ejercida por otros. Hace como si durmiera, comiera, se bañara, etc. (Piaget, 1961).

Este comienzo del simbolismo es de gran importancia para el destino ulterior del juego: “aislado de su contexto, el esquema simbólico basta ya para asegurar la primacía de la representación sobre la acción pura, la cual permitirá al juego asimilar el mundo exterior al yo con medios infinitamente más poderosos que los del simple ejercicio” (Piaget, 1961, p 167-168).

A partir de este esquema simbólico, se muestra la función del juego. El niño no juega a dormir y bañarse para aprender estas acciones, sino que busca utilizar con libertad sus posibilidades, reproducir sus acciones solo por placer (Piaget, 1961). “El esquema simbólico sirve de transición, pues constituye aún un simple ejercicio de las conductas propias, pero un ejercicio ya simbólico” (Piaget, 1961, p. 168).

Durante el segundo periodo de desarrollo, de 1 a 6 años, gracias a la adquisición del lenguaje, aparecen nuevas formas de símbolos lúdicos que el autor ha clasificado en estadios con sus respectivos tipos, a saber:

- Estadio I: Tipos I A y I B: El primer tipo (I A) corresponde a la *proyección de esquemas simbólicos sobre objetos nuevos*, es decir, una vez que está

constituido el esquema simbólico que la/el niña/o reproduce, llega el momento en que gracias al juego, puede atribuir a otros u a objetos, el esquema que se le ha hecho familiar. Ya no hace como que duerme, sino que hace dormir a otros. El segundo tipo (I B) corresponde a la *proyección de esquemas de imitación sobre objetos nuevos*. También hay proyección de esquemas simbólicos tomados de modelos imitados y no de la acción.

Se puede notar que en estos juegos “se trata siempre de esquemas aplicados simbólicamente a objetos nuevos para reemplazar a su objeto habitual, pero estos han sido tomados por imitación en lugar de pertenecer al conjunto de la acción propia” (Piaget, 1961, p. 170).

En el momento en que los ejercicios y rituales lúdicos se transforman en esquemas simbólicos por el hecho de que se separan de la acción habitual para aplicarse a otros objetos, se produce una disociación entre el signifiante y el significado que es precisamente constitutiva del simbolismo: el gesto ejecutado por juego así como el objeto al cual se aplica juegan el papel de simbolizantes y el gesto representado juega el de simbolizado. (Piaget, 1961, p. 171)

- Estadio I: Tipos II A y II B: La segunda etapa de la formación de juego simbólico está marcada por el tipo II A llamada *asimilación simple de un objeto a otro*. Esta asimilación de un objeto a otro ya estaba presente en los tipos

anteriores, en donde una tela era usada como sábana, etc. En los tipos anteriores estas asimilaciones estaban insertadas en acciones de conjunto que ellas determinaban. En estos nuevos tipos se presentan directamente y ocasionan el juego o le sirven de pretexto.

“El tipo II A corresponde a un tipo II B, que prolonga la forma I B en el empleo de los esquemas de imitación y que consiste en una asimilación del cuerpo propio al otro o a objetos cualquiera, es decir, a un juego que ordinariamente se llama juego de imitación” (Piaget, 1961, p. 173).

“Interviene un elemento de imitación en los símbolos del tipo II A y este elemento constituye con el objeto dado el simbolizante (o significante), mientras que lo simbolizado (o significado) no es otro que el objeto ausente y de orden puramente representativo evocado a la vez por el gesto imitativo y por el objeto dado” (Piaget, 1961, p. 175).

En cuanto al tipo II B, se valen de la imitación ya que el niño se identifica con otros personajes. Esta imitación no es pura sino que se subordina a la asimilación lúdica, debido a que la/el niña/o no se limita a copiar a otro, sino que asimila al otro de la misma forma que asimila un objeto a otro. El gesto imitativo es el simbolizante y el personaje evocado el simbolizado (Piaget, 1961).

- Estadio I: Tipos III: Una vez constituido el símbolo, se va a ir desarrollando en una variedad de combinaciones simbólicas. Estas combinaciones simbólicas son características de una tercera etapa, que se manifiesta en su totalidad a partir de los 3 a 4 años de edad, en la segunda mitad del estadio I. Los

diferentes tipos de esta etapa constituyen tipos de complejidad creciente, dejando atrás la clasificación de los tipos anteriores donde se podía ver una oposición entre ellos.

El primer tipo, III A, es el de *combinaciones simples*, que van de la transposición de escenas reales a desarrollos más extendidos. Este juego es prolongación de los tipos II A y B pero con construcción de escenas enteras (Piaget, 1961). Los juegos en esta etapa se extienden desde la simple transposición de la vida real hasta la intervención de seres imaginarios sin un modelo asignativo pero que constan de elementos de imitación y asimilación que varía en diversos grados.

La/el niña/o es carente de imaginación, y aquella que le es dada por el sentido común está cargada de una cierta incoherencia y se reduce a una asimilación subjetiva que se ve reflejada en sus transposiciones. El elemento imitativo que posee el juego en esta etapa, puede verse también en sus dibujos: copia de la realidad pero por medio de una yuxtaposición de alusiones sin representación adecuada en cuanto a lo simbolizado.

Los personajes de ficción que aparecen en el juego en esta etapa sólo existen como auditores benevolentes y espectadores. "Su invención suple lo que en el adulto será el pensamiento interior en sus formas egocéntricas, lo mismo que el monólogo de los sujetos de esta edad equivale a lo que más tarde será el lenguaje interior. Los personajes heredan la actividad moralizadora de los padres..." (Piaget, 1961, p. 181).

En el tipo III B, llamado *combinaciones compensadoras*, se prolonga la asimilación de lo real por medio de la ficción simbólica cada vez que se quiere

hacer una corrección de lo real más que una mera reproducción por placer (Piaget, 1961). La compensación lúdica tiene sus comienzos antes de el surgimiento de este tipo, desde que, por ejemplo, se ejecuta en la ficción un acto que es visto como prohibido, comprendiéndose que las combinaciones simbólicas precedentes refuercen el desarrollo (Piaget, 1961). Otro tipo de juego en esta etapa puede ser aquel que sirve para reaccionar mediante el jugar, contra el miedo o realizar lo que no se atrevería a hacer en la realidad. En este caso la compensación sirve como catarsis.

Puede distinguirse un tipo III C, que se caracteriza por *combinaciones liquidadoras*. Ante la presencia de situaciones que son tristes o desagradables para la/el niña/o, esta/e puede realizar compensaciones o aceptar. En el caso de la aceptación intenta revivirlas transponiéndolas simbólicamente, es así como al aislarlas del contexto real desagradable o triste, las situaciones van siendo asimiladas de manera progresiva por incorporación a conductas nuevas (Piaget, 1961). Estas son formas de juego que consisten en liquidar una situación desagradable reviviéndola en la ficción. Esto nos devela la función del juego simbólico: asimilar lo real al Yo, liberándolo de las necesidades de la acomodación (Piaget, 1961). En este tipo de juego se observa una imitación exacta.

En cuanto al tipo IV D, este marca una forma extrema del simbolismo lúdico cuando se refleja en la dirección del pensamiento adaptado: es lo que podríamos llamar *combinaciones simbólicas anticipadoras* (Piaget, 1961). "En esta forma de juego se trata de aceptar una orden o consejo pero anticipando simbólicamente las consecuencias de la desobediencia o de la imprudencia. Hay nueva

asimilación lúdica pero con anticipación, que funciona a manera de representación adaptada” (Piaget, 1961, p.185). Los juegos de este tipo apelan a una reproducción de lo real aunque son una anticipación exacta o exagerada de las consecuencias del acto reproducido. Dicha anticipación siempre es lúdica (Piaget, 1961).

- Estadio II: Abarca de los 4 a los 7 años de edad. Es en esta etapa cuando el juego simbólico comienza a desaparecer, ya que, al acercarse más a lo real, el símbolo pierde su carácter de deformación para pasar a convertirse en una representación imitativa de la realidad (Piaget, 1961).

Tres nuevas características van a diferenciar a los juegos de este estadio con los del anterior. La primera de ellas, es el orden relativo de las construcciones lúdicas por oposición a la incoherencia de las combinaciones simbólicas del tipo III. Normalmente es difícil realizar una evaluación del progreso de la secuencia y orden en el juego, que es por excelencia una actividad libre y tanto más que este carácter sigue siendo en si mismo relativo si se le compara con las sistematizaciones posteriores a los 7 u 8 años (Piaget, 1961). Investigaciones sobre la noción del orden muestran que si la/el niña/o de los 4 a los 6 años ordena de manera incorrecta un relato verbal o reconstruye una secuencia de acontecimientos, contrariamente sabe ordenar intuitivamente una serie de perlas de color, etc. (Piaget, 1961).

Una segunda característica, vista como progreso en el juego, es la preocupación creciente por la veracidad de la imitación exacta de lo real. Esto es también

proyectado en las construcciones materiales que acompañan el juego, tales como casas, mesas y cocinas, oficinas, talleres, etc. Por un lado, estas construcciones coordinan cada vez más el ejercicio lúdico sensoriomotor y el intelectual con el símbolo mismo. Asimismo, la asimilación simbólica es cada vez menos deformante y se aproxima cada vez más a la reproducción imitativa (Piaget, 1961). Por último, la tercer característica distintiva de estos juegos es el comienzo del simbolismo colectivo, con diferenciación y adecuación de los papeles. En esta etapa, los papeles que representa cada niño se diferencian y se complementan. La organización de este simbolismo colectivo progresa en dirección al orden y coherencia; además la secuencia de ideas proviene de los progresos en la socialización. Existe un pasaje del egocentrismo a la reciprocidad, dado por una doble coordinación en las relaciones interindividuales y en las representaciones correlativas (Piaget, 1961). La socialización en este estadio aun es incipiente, reforzándose más hacia el estadio III.

- Estadio III: Este último periodo sucede entre los 11 y 12 años de edad y se caracteriza por la disminución del simbolismo en pos de los juegos de reglas.

Teoría del juego de Vigotsky:

Un referente dentro de la psicología, que define y considera al juego en sus desarrollos teóricos es Vigotsky, quien además tiene una visión sociocultural del desarrollo infantil, y realiza dos importantes aportes para poder comprender el juego en las/os niñas/os. Por un lado, aporta el entendimiento de como la/el niña/o

a través del juego se apropia de los símbolos culturales; por otro, sostiene que el juego le permite a las/os niñas/os tener aprendizajes significativos en su contexto de vida (Polonio López, 2008).

Para Vigotsky (1996) (como se citó en Polonio López, 2008), el juego infantil es una oportunidad constante para que el niño se maneje en la zona de desarrollo próximo (ZDP). En el juego, el niño recrea situaciones que le suponen un desafío, y estas, le permiten explorar y desarrollar andamiajes o puentes de significados entre la información proveniente de su experiencia previa y los aportes producidos durante el propio juego, guiadas por otros niños/adultos y por el medio. Desde esta perspectiva, los otros son actores relevantes para la socialización mediante el juego: transmitiendo normas y valores culturales, como representantes de el contexto que les rodea y que da sentido a los quehaceres cotidianos, así como también proporcionando aquellos conocimientos que la/el niña/o no domina por completo y que forman parte de la apropiación de la zona de desarrollo próximo (Polonio López, 2008).

Para Vigotsky el juego es una actividad mediata y tiene una gran influencia en el desarrollo infantil. Sostiene que la percepción visual desencadena inmediatamente la acción de la/el niña/o, pero el juego viene a modificar esto: "la/el niño/a ve una cosa pero actúa prescindiendo de lo que ve. Así, alcanza una condición en la que el niño empieza a actuar independientemente de lo que ve" (Reyes Navia, 1998, p. 60). Esto se presenta claramente en la edad preescolar y se ve reflejado en el juego por la separación entre el objeto y el pensamiento, las acciones surgen de las ideas que tiene la/el niña/o y no por los objetos en sí. Tal es así que una

madera puede servir como muñeca y un palo como un caballo (Reyes Navia, 1998).

En contraposición a las ideas de otros autores de que el juego simbólico carece de reglas, Vigotsky sostiene que “la situación imaginaria de cualquier tipo de juego contiene ya en sí, ciertas reglas de conducta, aunque estas no se formulen explícitamente ni por adelantado” (Polonio López, 2008, p.66). El autor, mediante esta afirmación, defiende la idea de que “a través de las reglas de comportamiento la/el niña/o se apropia de los guiones esperados para la adquisición y desarrollo de los roles representados según su contexto sociocultural” (Polonio López, 2008, p. 66).

El juego y la terapia ocupacional

El juego, para Terapia Ocupacional, es una ocupación que se incluye como parte del dominio dentro del Marco de Trabajo de Terapia Ocupacional, junto con las AVD, AIVD, descanso y sueño, trabajo, educación, ocio y tiempo libre y participación social. En la infancia, la ocupación principal de las/os niñas/os es el juego. Mediante este aprenden, potencian su desarrollo, contribuyen a su maduración, crean vínculos con sus pares, descubren su entorno, expresan sus emociones y deseos, etc.

Es por esto mismo que las/os terapeutas ocupacionales deben centrar sus intervenciones en actividades con propósito que sean iniciadas por las/os niñas/os mediante su motivación intrínseca. Si estas dos condiciones se cumplen se puede considerar al medio terapéutico como ocupación (Polonio López, 2008). Una

intervención se vuelve significativa cuando la ocupación tiene un significado para el sujeto, es motivada intrínsecamente, es autoiniciada y activa por medio de la voluntad de la/el niña/o, es dirigida a una meta con una finalidad, es una actividad cotidiana, ordinaria y familiar (Polonio López, 2008).

Por último, cabe resaltar que la/el terapeuta ocupacional debe evaluar a las/os niñas/os en su ocupación principal, el juego. Debe observar y realizar una valoración de las señales que son transmitidas a través del juego y permitir la expresión por medio de este (Polonio López, 2008).

Para la presente investigación, fueron tomadas como referentes dos Terapeutas Ocupacionales, que abordaron y definieron al juego desde su propia perspectiva, haciendo grandes aportes a lo referido al juego y la terapia ocupacional.

Una de ellas, Mery Raily, una gran referente en el área de terapia ocupacional y juego, quien desarrolló el Modelo del Comportamiento Ocupacional basado en un marco conceptual que se organiza como una secuencia entre juego, trabajo y roles ocupacionales. La base de este comportamiento ocupacional es el juego, que a su vez se entrelaza con el desarrollo y crecimiento y obtiene información de experiencias pasadas lo que ayuda a la comprensión de las acciones actuales (Polonio López, 2008).

La autora sostiene que el comportamiento ocupacional surge en el desarrollo, es adquirido por las/os niñas/os en las diversas experiencias de juego, vida social y familiar, escuela y actividades recreativas. Así, en el quehacer cotidiano se generan los intereses, habilidades, destrezas y hábitos de competencia y

cooperación. Visto de esta manera el juego funciona como un antecedente del trabajo y los roles que en un futuro los sujetos ejecutarán y encarnarán.

A su vez, este comportamiento ocupacional se produce en tres etapas que la autora denominó: etapa de exploración, etapa de competencia y etapa de logro.

- Etapa de exploración: en esta etapa tiene sus inicios el comportamiento. La/el niña/o explora, conoce, descubre y aprende, lo que genera la curiosidad necesaria para potenciar el desarrollo. La motivación es el poder indagar en el medio por el simple placer funcional, y este medio, debe ser seguro y proporcionarle desafíos justos que lo impulsen a seguir descubriendo y conociendo su contexto.
- Etapa de competencia: en esta etapa la/el niña/o dedica su tiempo a practicar y repetir su comportamiento, aumentando su autoestima, tolerancia a la frustración, así como también potenciando sus habilidades. Cuanto más segura y capaz se sienta la persona, mejor resolverá y responderá a las demandas de complejidad creciente.
- Etapa de logro: En esta última etapa la/el niña/o se esfuerza por conseguir la excelencia y la mayor cantidad de logros. Planifica estrategias, asume riesgos y realiza esfuerzos para poder mantener y/o aumentar su nivel de desempeño ocupacional. Cree en sus habilidades y capacidades lo que aumenta su nivel de confianza en sí mismo y autoestima, se cree capaz de poder ejecutar tareas complejas.

La otra autora, Nancy Takata, basa su clasificación de juego en la teoría de Piaget, pero realiza algunas modificaciones. Una diferencia entre ambos autores es que Piaget basa su clasificación en el desarrollo cognitivo, mientras que Takata lo hace desde la ocupación humana en la infancia. Otra diferencia que se puede observar en las clasificaciones, es que Takata subdivide al juego simbólico en dos etapas (Polonio López, 2008).

La autora realiza la organización de las etapas lúdicas y los tipos de juego correspondientes de la siguiente manera:

ETAPAS LUDICAS	TIPOS DE JUEGO Y SUS CATACTERISTICAS	EJEMPLOS
Sensoriomotora (0-2 años)	• Exploración sensorial y motora. • Exploración de las propiedades de los objetos. • Actividad solitaria.	• Juegos de exploración en alfombras sensoriales. • Juego de exploración de objetos mediante la boca. • Juego de exploración de

		objetos mediante el tacto. • Juego de exploración de objetos mediante el oído. • Juego de exploración de objetos mediante la visión. • Juegos de dame y toma, golpear y sacudir objetos, escondidas, etc.
Simbólica y constructiva simple (2-	• Inicio de la ficción. • De la actividad en solitario hacia	• Juegos de representación

4 años)	la actividad paralela. • Realización de construcciones sencillas.	de roles simples. • Juegos de construcción de torres sencillas. • Juegos de causa-efecto
Simbólica y constructiva compleja (4-7 años)	• Juego simbólico: guiones más complejos, juego dramático con mayor detalle sobre las experiencias cotidianas y las normas sociales. • Cuentos infantiles. • De la actividad paralela a la asociativa. • Mayor participación social. • Construcciones complejas.	• Dramatizaciones de experiencias de la vida cotidiana. • Juegos de interacción social (incluyen a otro en su juego). • Construcción de torres de mayor magnitud

Juego (7-12 años)	• Juego de reglas. • Manejo de las 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 de los grupos de amigos. • Inicio del interés por los deportes, las artes, por conocer el funcionamiento de las cosas.	• Juegos en equipo con reglas preestablecidas : mancha, escondida, quemado, etc. • Juegos de mesa: ludo, domino, juego de la oca, etc. • Iniciación en juegos deportivos. • Iniciación en actividades creativas y artísticas.
Ocio-esparcimiento (12-16 años)	• Pertenencia a grupos formales: trabajo en equipo y cooperativo. • Juegos que desafían las capacidades y habilidades.	• Deportes (futbol, vóley, básquet, tenis, gimnasia

	• Deportes competitivos. • Proyectos constructivos realistas y habilidades manuales complejas.	artística) • Juegos de ingenio y lógica (encerrado, ajedrez, damas, etc.) • Juegos de reglas complejos (teg, carrera de mente, etc.) • Habilidades musicales y artísticas
--	--	--

Por último, teniendo en cuenta lo anteriormente mencionado, cabe resaltar que la/el terapeuta ocupacional debe evaluar a las/os niñas/os en su ocupación principal, el juego. Debe observar y realizar una valoración de las señales que son transmitidas a través del juego y permitir la expresión por medio de este (Polonio López, 2008). Es en base a estas valoraciones que la/el terapeuta ocupacional va a planificar el tratamiento que considere más adecuado para la/el niña/o, teniendo

en cuenta sus intereses, motivación, necesidades, capacidades, nivel de desarrollo, grado de afección, etc.

Juguetes

Se podría definir a los juguetes como objetos materiales que pueden servir de medio para el juego. Su principal objetivo es la recreación, pero permite otras funciones como la formación, el aprendizaje, el desarrollo y/o la estimulación de diversos aspectos.

Cuando se habla de juguetes, la primera imagen que viene a la mente es la de la juguetería, repleta de juguetes de todo tipo, color, tamaño, etc. Pero la pregunta es: ¿Son estos juguetes accesibles para todas/os las/os niñas/os, tengan o no discapacidad? La respuesta es: No siempre. Hay juguetes que por naturaleza son inclusivos, otros que con un poco de imaginación pueden llegar a serlo y otros muchos que definitivamente no lo son.

Para que un juguete sea inclusivo, debe ser elaborado bajo las normas del “diseño universal”. Este es un concepto, que fue elaborado por Ron Mace, un arquitecto americano que consideró que todos los productos y entornos deben ser diseñados de manera tal que sean accesibles para todas las personas, tengan o no discapacidad, evitando así tener que realizar adaptaciones cada vez que se lo requiera.

Los principios del diseño universal pueden ser clasificados de la siguiente manera:

Principios	Características
Igualdad de uso	El diseño debe ser útil y alcanzable para todas/os, tengan o no discapacidad, evitando excluirlas. Deben proporcionar las mismas maneras de uso cuando sea posible o equivalentes cuando no lo es.
Uso flexible	El diseño debe acomodarse a un amplio rango de preferencias y capacidades individuales. Además debe ofrecer posibilidades en cuanto a la elección de los métodos de utilización, que pueda ser utilizado y/o abordado tanto con el lado diestro como el zurdo, debe facilitar exactitud y precisión, y debe adaptarse al paso o ritmo del usuario.
Uso simple y funcional	El diseño debe ser fácil de entender a pesar de no poseer experiencia, los conocimientos, habilidades o nivel de concentración necesarios. Debe poseer instrucciones simples, no presentar

	complejidades que sean innecesarias, ser consistente con las expectativas del sujeto, acomodable a un amplio rango de alfabetización y habilidades lingüísticas. Además debe brindar la información necesaria de acuerdo a la importancia y relevancia de la misma, debe proporcionar avisos eficaces y métodos de respuesta durante y tras la finalización de la tarea.
Información comprensible	El diseño debe ser capaz de comunicar al usuario de manera eficaz, independientemente de las condiciones ambientales o las capacidades sensoriales del mismo. Además debe usar diferentes modos para presentar de manera redundante la información esencial, proporcionar contraste suficiente entre la información esencial y sus alrededores, ampliar la legibilidad de la información esencial, diferenciar los elementos en formas que puedan

	ser descritas y proporcionar compatibilidad con varias técnicas o dispositivos usados por personas con limitaciones sensoriales.
Tolerancia al error	El diseño debe minimizar los riesgos y las consecuencias adversas de acciones involuntarias o accidentales. Debe disponer los elementos para minimizar los riesgos y errores: los elementos más usados de forma más accesibles; y los elementos peligrosos eliminados, aislados o tapados; debe dar advertencias sobre peligros y errores posibles, proporcionar características seguras de interrupción y desalentar aquellas acciones inconscientes en tareas que requieren vigilancia.
Bajo esfuerzo físico	El diseño debe poder ser usado eficazmente y con el mínimo esfuerzo posible. Debe permitirle al usuario mantener una posición corporal neutra,

	utilizar de manera razonable las fuerzas necesarias para operar, minimizar las acciones repetitivas, así como también minimizar el esfuerzo físico continuado.
Dimensiones apropiadas	Los tamaños y espacios deben ser apropiados para el alcance, manipulación y, independientemente de su tamaño, posición o movilidad. Debe proporcionar una línea de visión clara hacia los elementos importantes tanto para un usuario sentado como de pie, que el alcance de cualquier componente sea confortable para cualquier usuario sentado o de pie, que se acomode a variaciones de tamaño de la mano o del agarre y que proporcione el espacio necesario para el uso de ayudas técnicas o de asistencia personal.

Al pensar en juguetes para niñas/os con discapacidad visual, debemos contemplar que estos deben presentar una serie de características necesarias para facilitar el juego y potenciar la imaginación y la motivación para jugar.

Por lo tanto, los juguetes para esta población deben presentar las siguientes características:

- Que tengan un diseño sencillo, realista y fácil de identificar al tacto.
- Que incluyan objetos o complementos fáciles de manipular.
- Que incorporen efectos sonoros y distintas texturas.
- Que no incluyan muchas piezas de pequeño tamaño o que permitan una cómoda y rápida clasificación de las mismas al tacto.
- Que sus colores sean muy vivos y contrastados para que puedan ser percibidos por niños/as con resto visual.
- Que sean compactos y no se desmonten fácilmente.

Todas estas características presentes en un juguete, contribuyen a que la/el niña/o con discapacidad visual en cualquiera de sus grados, pueda jugar libremente, imaginar, sentir, crear y disfrutar.

Adaptaciones de juguetes y juegos

Resulta importante destacar que todas/os las/os niñas/os con discapacidad visual, sea esta ceguera o baja visión, pueden, deben y quieren jugar. Su limitación visual no es impedimento para ello. Por tanto, desde terapia ocupacional se deben realizar las adaptaciones pertinentes para que estas/os niñas/os puedan jugar y aprender en el proceso. Cada una de las modificaciones será la adecuada para cada niña/o en particular y ajustada a sus necesidades, intereses, capacidades y potencialidades.

Todas las modificaciones que se realicen, servirán de igual modo para una/o niña/o con ceguera total así como también para aquellas/os que posean disminución visual, ya que cuanto mas información se le brinde, mejor será su respuesta.

Antonio Blanco Rodríguez (2004) propone algunos criterios que deben ser considerados a la hora de adaptar juegos para niñas/os con discapacidad visual. Entre estos menciona los siguientes:

1. Espacio: Las/os niñas/os suelen tener dificultades para reconocer y dominar el espacio en el que se mueven, lo que se traduce en desorientación espacial, temor a chocar con mobiliario y otras personas, rechazo a jugar y moverse, acompañado de una disminución de la motivación y autoestima. Se debe apuntar a brindar a la/el niña/o los recursos necesarios para lograr un incremento en su autonomía, haciéndola/o consciente de luces, colores, tacto y resto de características del entorno y del juego; también señalizando espacios y estableciendo puntos seguros para su orientación espacial (Blanco Rodríguez, 2004). A su vez, existen tres adaptaciones específicas en lo referido al espacio, que pueden ser vistas desde el ámbito visual, táctil o sonoro:
 - Ámbito sonoro: mostrarle los sonidos propios del ambiente en el que se jugara, así como también aquellos sonidos que no pertenezcan al lugar pero que son necesarios de identificar, como por ejemplo el tren que pasa a unas

cuadras, el sonido de los autos que pasan por la calle, otras personas que se encuentren en un espacio al lado, etc.

- **Ámbito táctil:** mostrar las diferentes texturas de paredes y pisos por ejemplo, puede ayudar a la/el niña/o a orientarse espacialmente y a manejarse con autonomía. Trabajar en espacios con superficies sin desniveles ni escaleras, también ayuda a la movilidad independiente.
- **Aspectos visuales del dominio espacial:** son un aspecto fundamental para la orientación de niñas/os con disminución visual. Se deben mostrar a la/el niña/o colores del ambiente, de materiales, así como también la localización de las fuentes luminosas ya sea artificial o natural.

2. **Materiales:** Algunas/os niñas/os pueden llegar a rechazar algunos materiales por el temor que les produce lo desconocido (Blanco Rodríguez, 2004). Es sumamente importante mostrar previamente los materiales con los que se trabajara y lograr la familiarización con estos para brindarle seguridad durante el juego y evitar el rechazo. Las tres adaptaciones específicas referidas a los materiales pueden ser:

- **Ámbito visual:** Se debe tener en cuenta el grado de visión que tiene la/el niña/o. Hay algunas/os que requieren de mayor estímulo luminoso, otras/os que necesitan disminuir estos estímulos. Por lo tanto el espacio y los materiales será adaptados a la necesidad de cada una/o. Algunas consideraciones a tener en cuenta son: utilizar los colores que mejor ve la/el niña/o en contraste con el resto del ambiente, así como también utilizar

señalizaciones y materiales grandes; para juegos que requieren precisión colocar cinta adhesiva que contraste marcando el punto de precisión; en los juegos en los que interviene un otro como juegos de persecución por ejemplo, se debe dar a conocer a la/el niña/o el color de ropa del otro o utilizar pecheras del color que ve mejor.

- **Ámbito táctil:** Los materiales deben tener unas características peculiares, tales como aumentar el tamaño, utilizar materiales blandos al tacto y con olor agradable, marcar con textura donde deben ser tomados los materiales o como debe ser su orientación para utilizarlo.
- **Ámbito sonoro:** El sonido incluido en los materiales colabora en la orientación espacial. Utilizar pelotas con cascabeles internos, en los juegos de encestar colocar cascabeles en las redes, o utilizar pequeños golpes o sonidos vocales para que la/el niña/o localice los objetos en el espacio.

3. **Normativa:** se deben realizar todas las modificaciones necesarias en cuanto a reglas de juego, para que la/el niña/o pueda sentirse seguro, participar de manera autónoma, e implicarse por completo en el juego.

4. **Táctica:** este apartado se correlaciona con el de normativa. Se adaptan dentro de las reglas de juego algunas condiciones en cuanto a cómo se va a jugar, que rol cumple cada uno (en caso de hacer un juego en equipo).

5. Lenguaje: Todo juego debe ser explicado verbalmente, así como también la palabra servirá de apoyo en todo momento en que se esté jugando. Este lenguaje debe ser comprendido por la/el niña/o y las ordenes deben ser claras y concisas. También debe ser contemplado el tono de voz que se utilizara tanto para alentar como para sensibilizar a la/el niña/o. El tono suave sirve para calmar, tono animado para activar y alentar, el tono excesivamente alto sirve para inhibir las acciones, para evitar riesgos o peligros.

6. Habilidades: Se deben realizar modificaciones en cuanto a habilidades a realizar, simplificándolas para que la/el niña/o pueda ejecutarlas con seguridad, así como también haciéndolas más complejas siempre en un desafío justo para las/os niñas/os.

7. Otras orientaciones didácticas: Se pueden emplear diferentes formas de ayuda:

- Acompañamiento: permitiéndole que se tome de la mano o codo para realizar recorridos, y enseñándole que posición debe tomar, lo que lo ayudara a anticiparse y tomar decisiones.
- Técnicas de protección: enseñarle posiciones de protección con sus manos para evitar golpes, anticipar obstáculos, y facilitar la orientación.
- Técnica de orientación indirecta: La posición en la que se encuentra la/el terapeuta ocupacional durante el juego sirve como orientación y referencia para la/el niña/o.

Por otra parte, en cuanto a las adaptaciones que se pueden realizar en juegos de mesa y juguetes, el centro tecnológico especializado en juguete, producto infantil y ocio, AIJU, propone las siguientes:

- En los juegos con textos o instrucciones, traducir al sistema Braille o dotar de relieve las indicaciones o ilustraciones, o bien, incluir grabaciones de voz que sustituyan informaciones textuales.
- Incorporar sonidos, relieves o texturas que sustituyan o acompañen al estímulo visual.
- En juegos de mesa, dotar de relieve al tablero y colocar a las fichas algún sistema de sujeción (velcros, salientes, etc.), para que no se desplacen involuntariamente.
- En estructuras para el juego simbólico que consten de varias piezas puede resultar útil pegarlas para evitar que se desmonten.

Todas estas modificaciones propuestas por Blanco Rodríguez y AIJU, nos dan una idea general de los aspectos que deben ser considerados a la hora de planificar un juego, así como también de las adaptaciones que pueden efectuarse tanto en juegos como juguetes. Todas estas deben ser realizadas siempre considerando el grado de discapacidad que posee la/el niña/o, el grado de desarrollo que posee, así como también la estimulación y enseñanza que ha recibido. También resulta importante destacar que cada juego o actividad que se plantea, debe representar un desafío justo para la/el niño, se la/o debe estimular para ir incrementando el grado de aprendizaje, aprestamiento, confianza y orientación; todo esto contribuirá

a un gran incremento en la confianza en sí mismo, en su autoestima y en la valentía de moverse por el ambiente de manera segura e independiente.

Clasificación de los juguetes y juegos

Para realizar dicha clasificación, se utilizó como base la realizada por Fuentes Nieves, en su Tesis de Doctorado de diseño y comunicación.

Fuentes Nieves (2013) clasificó a los juguetes y juegos según el aprendizaje que aportan los mismos en las siguientes categorías:

- Operaciones y conceptos matemáticos: juegos y juguetes que favorecen la comprensión del concepto de número e incluye: Seriación (Numeración - Simetría - Volumen – Asociación), geometría, equivalencias cuantitativas entre área y volumen, superficies, caras, perímetros, áreas, sistema métrico decimal.
- Relaciones espaciales: juegos y juguetes que propician el desarrollo de relaciones, conocimiento, orden y habilidades espaciales, tales como: Movimiento espacial, relación causa – efecto, direccionalidad (Arriba – abajo, derecha – izquierda).
- Desarrollo sensorial: Menciona a aquellos que apuntan a estimular y desarrollar las experiencias de manipulación y percepción por medio de los sentidos, especialmente táctil, auditivo y olfativo.
- Desarrollo psicomotor: juegos y juguetes que favorecen el desarrollo de prensiones finas y gruesas, así como también de la coordinación y destreza motora.

- Autonomía: Abarca aquellos que favorecen la independencia y el manejo autónomo en AVD, AIVD, en todos los espacios y ambientes en los que se desempeña el sujeto, principalmente mediante los juegos de roles.
- Aspectos socio-afectivos: Aquí se encuentran los juegos y juguetes que facilitan la integración de aprendizaje de rutinas cotidianas, identificar vínculos sociales de rol, desarrollar habilidades sociales con la vida familiar.
- Creatividad: juegos y juguetes que facilitan y estimulan la percepción, juego y construcción.
- Memorización: Incluye aquí aquellos que favorecen el razonamiento y que ayudan a identificar, clasificar, relacionar, razonar.
- Contrastes: juegos y juguetes que propician el reconocimiento de las nociones de tamaño (grande-pequeño), textura (áspero-liso), forma (amorfo-armónico), figura-fondo.
- Lenguaje: juegos y juguetes que colaboran en la identificación verbal y aumento de la adquisición de vocabulario.
- Lecto- escritura: Juegos y juguetes que introducen en la adquisición de la lectura y escritura. En el caso de la ceguera total, la introducción al braille.

A continuación se volcaran en un cuadro algunos ejemplos de juegos y juguetes existentes para cada una de las categorías anteriormente mencionadas.

Categorías	Ejemplos
Operaciones y conceptos matemáticos	Abaco, cubos, dominó, regletas, lotería, apilables, fichas numéricas, rompecabezas numéricos, ludo, juego de la oca, naipes, tableros de figuras geométricas, tangram, etc.
Relaciones espaciales	Laberintos, apilables, juegos de encestar (pelota y aro), juegos motrices de ubicación espacial de uno mismo y objetos, etc.
Desarrollo sensorial	Cajas sensoriales, juegos con instrumentos musicales, masas sensoriales, descubrimiento de objetos por medio del tacto, descubriendo sabores y olores, hamaca, sube y baja, tobogán, etc.
Desarrollo psicomotor	Prono, juegos de ensarte, encastre, enhebrado, y encestado; circuitos motrices, rompecabezas, libros sensoriales, pelotero, cama elástica, dominó, cubos, apilables, ladrillitos, etc.

Autonomía	Juegos de roles como jugar a la casita en el que se ponen a prueba las AVD y AIVD, títeres, muñecas/muñecos, etc.
Aspectos socio-afectivos	Títeres, juegos de roles como vendedor/a, mecánico/a, farmacéutico/a, oficinista, bombero, policía, juguetes referidos a profesiones y roles de la vida cotidiana, etc.
Creatividad	Elaboración de historias, teatro/dramatización, disfraces, títeres, juegos de construcción con elementos varios, reciclaje de materiales, etc.
Memorización	Memo test, juguetes de adivinanzas con pistas, adivinanzas, trabalenguas, canciones acumulativas, damas, ajedrez, etc.
Contrastes	Juguetes de seriación y clasificación (por forma, textura, tamaño, clase, especie), caja sensorial (descubro por medio del tacto el objeto y lo comparo

	con otro), etc.
Lenguaje	Cuentos, canciones, poesías, lotería de letras, fichas de asociación de palabra con dibujo, dominó de letras, juegos de mesa como el ¿Dónde viven?, el juego de las familias de animales, o los opuestos; tabú, ¿Quién soy?, etc.
Lecto-escritura	Braillín, tutti frutti, etc.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DEL CAPITULO 3

- <http://etimologias.dechile.net/>
- <http://www.rae.es/>
- Echeverri, J.H & Gómez, J.G. (2009). *Lo lúdico como componente de lo pedagógico, la cultura, el juego y la dimensión humana*. Tomado de Marco Teórico de Investigación sobre la dimensión lúdica del maestro en formación. Universidad Tecnológica de Pereira, Colombia. Recuperado de: <http://blog.utp.edu.co/areaderecreacionpcdyr/files/2012/07/LO-LUDICO-COMO-COMPONENTE-DE-LO-PEDAGOGICO.pdf>
- Posada González, R. (2014). *La lúdica como estrategia didáctica* (tesis de maestría). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.
- POLONIO LÓPEZ, B.(2008). *Terapia Ocupacional en la Infancia. Teoría y práctica*. Buenos Aires: Madrid: Médica Panamericana.
- Piaget, J. (1961). *La formación del símbolo en el niño*. México D.F, México: Fondo de Cultura Económica.

- Reyes Navia, R.M. (1998). *El juego: Proceso de desarrollo y socialización*. Bogotá, Colombia: Cooperativa Editorial Magisterio.
- Blanco Rodríguez, A. (Ed.). (2004). *El juego y los alumnos con discapacidad. Actividad física adaptada*. Barcelona, España: Editorial Paidotribo.
- Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Ministerio de Desarrollo Económico. COPIDIS. (2015). *Manual práctico de diseño universal : Basado en la ley 962 "Accesibilidad física para todos"*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.
- Centro Tecnológico AIJU. (2017). *Juego, juguetes y discapacidad: La importancia del diseño universal*. Alicante, España.
- Fuentes Nieves, F, M. (2013). *Diseño de imágenes para ciegos, material didáctico para niños con discapacidad visual* (Tesis doctoral). Universidad politécnica de Valencia, Valencia, España.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Tema de investigación

Elección de recursos terapéuticos lúdicos de las/os Terapistas Ocupacionales y Lic. En Terapia Ocupacional para emplear en el tratamiento de niños/as de 4 a 6 años con diagnóstico de ceguera y disminución visual.

Problema de investigación

¿Qué recursos lúdicos eligen las/os Terapistas Ocupacionales y Lic. En Terapia Ocupacional para emplear en el tratamiento de niños/as de 4 a 6 años con diagnóstico de ceguera y disminución visual en las ciudades de Buenos Aires y Mar del Plata en el año 2019?

Objetivo general

Investigar sobre los recursos lúdicos que eligen las/os Terapistas Ocupacionales y Lic. En Terapia Ocupacional para emplear en el tratamiento de niños/as de 4 a 6 años con diagnóstico de ceguera y disminución visual.

Objetivos específicos

- Indagar sobre el tipo de juego empleado en el tratamiento de niños/as con diagnóstico de ceguera y disminución visual.

- Conocer las características de los juguetes que utilizan las/os profesionales en el tratamiento de niños/as con diagnóstico de ceguera y disminución visual.
- Indagar sobre el criterio utilizado para la selección del tipo de juego empleado en el tratamiento de niños/as con diagnóstico de ceguera y disminución visual.
- Indagar sobre el criterio utilizado para la selección de las características de los juguetes utilizados por las/os profesionales para lograr un efecto positivo en el tratamiento de niños/as con diagnóstico de ceguera y disminución visual.

Definición de la variable

- Definición conceptual: Los recursos lúdicos pueden ser definidos como: “Medios de características relativas al juego, ocio, entretenimiento o diversión, de los cuales puede disponer un sujeto y que pueden ser utilizados y aplicados para la concreción de objetivos particulares en un contexto apropiado”. Este concepto implica dos grandes categorías: juegos y juguetes.

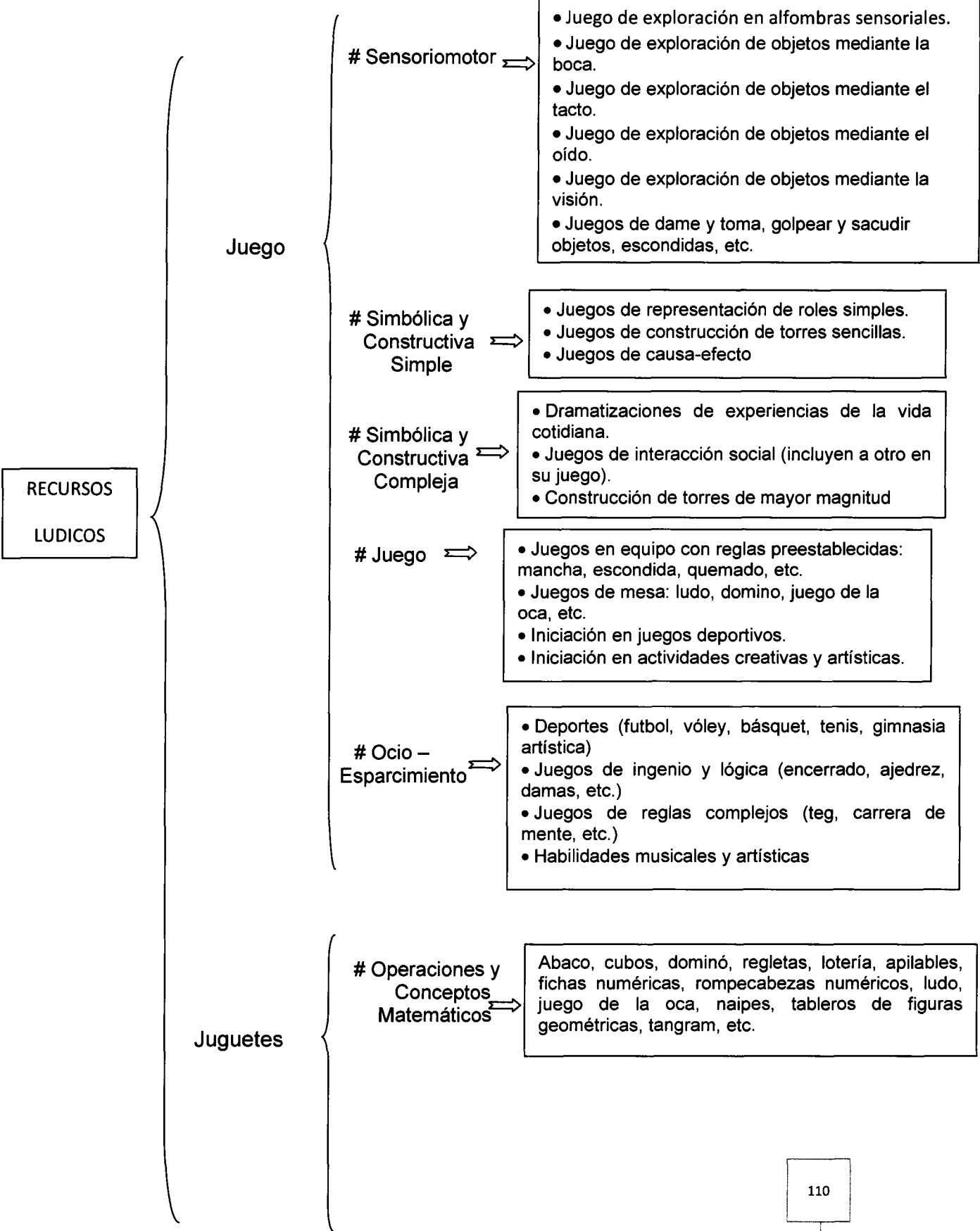
El juego puede ser definido como “...el medio a través del que la/el niña/o tiene contacto con el mundo que le rodea y descubre el desarrollo de su naturaleza ocupacional, la motivación y el placer de la acción. Por lo tanto, no es sorprendente que el juego sea la actividad favorita de la/el niña/o”.

ETAPAS LUDICAS	TIPOS DE JUEGO Y SUS CATACTERISTICAS
Sensoriomotora (0-2 años)	• Exploración sensorial y motora. • Exploración de las propiedades de los 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, juego dramático con mayor detalle sobre las experiencias cotidianas y las normas sociales. • Cuentos infantiles. • De la actividad paralela a la asociativa. • Mayor participación social. • Construcciones complejas.

Juego (7-12 años)	• Juego de reglas. • Manejo de las 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 de los grupos de amigos. • Inicio del interés por los deportes, las artes, por conocer el funcionamiento de las cosas.
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.

Por otro lado, se puede definir a los “juguetes” como objetos materiales que pueden servir de medio para el juego. Su principal objetivo es la recreación, pero permite otras funciones como la formación, el aprendizaje, el desarrollo y/o la estimulación de diversos aspectos.

• Definición operacional:



# Relaciones Espaciales ⇒	Laberintos, apilables, juegos de encestar (pelota y aro), juegos motrices de ubicación espacial de uno mismo y objetos, etc.
# Desarrollo Sensorial ⇒	Cajas sensoriales, juegos con instrumentos musicales, masas sensoriales, descubrimiento de objetos por medio del tacto, descubriendo sabores y olores, hamaca, sube y baja, tobogán, etc.
# Desarrollo Psicomotor ⇒	Prono, juegos de ensarte, encastre, enhebrado, y encestado; circuitos motrices, rompecabezas, libros sensoriales, pelotero, cama elástica, dominó, cubos, apilables, ladrillitos, etc.
# Autonomía ⇒	Juegos de roles como jugar a la casita en el que se ponen a prueba las AVD y AIVD, títeres, muñecas/muñecos, etc.
# Aspectos Socio-afectivos ⇒	Títeres, juegos de roles como vendedor/a, mecánico/a, farmacéutico/a, oficinista, bombero, policía, juguetes referidos a profesiones y roles de la vida cotidiana.etc.
# Creatividad ⇒	Elaboración de historias, teatro/dramatización, disfraces, títeres, juegos de construcción con elementos varios, reciclaje de materiales, etc.
# Memorización ⇒	Memo test, juguetes de adivinanzas con pistas, adivinanzas, trabalenguas, canciones acumulativas, damas, ajedrez, etc.
# Contrastes ⇒	Juguetes de seriación y clasificación (por forma, textura, tamaño, clase, especie), caja sensorial (descubro por medio del tacto el objeto y lo comparo con otro), etc.
# Lenguaje ⇒	Cuentos, canciones, poesías, lotería de letras, fichas de asociación de palabra con dibujo, dominó de letras, juegos de mesa como el ¿Dónde viven?, el juego de las familias de animales, o los opuestos; tabú, ¿Quién soy?, etc.
# Lecto-escritura ⇒	Brailin, tutti frutti, etc.

Enfoque, diseño y tipo de estudio

La investigación tendrá un enfoque de tipo mixto o multimetodo. La elección de este tipo de enfoque es debido a que permite recoger información tanto cualitativa como cuantitativa, lo que deriva en un incremento de interpretabilidad de los resultados que se obtendrán (Polit & Hungler, 2000).

Se pretende recabar información de tipo cuantitativa para poder obtener datos estadísticos en cuanto a los juegos y juguetes utilizados por los/las Terapistas Ocupacionales o Lic. en Terapia Ocupacional que se desempeñan en el área de pediatría con niños/as con diagnóstico de discapacidad visual. Por otra parte, se busca también recolectar información de carácter cualitativo, para conocer las posibles causas de sus elecciones a partir de la propia experiencia de los sujetos que participarán en la investigación.

En cuanto al diseño escogido para llevar a cabo la investigación, será de tipo no experimental, ya que la finalidad es observar las variables tal como se dan en su contexto natural sin intervención por parte de la tesista (Hernández Sampieri, Fernández Collado & Baptista Lucio, 2007).

Por último, el tipo de estudio que se implementará será de tipo exploratorio - descriptivo de corte transversal. Exploratorio-descriptivo dado que la variable a investigar es el tipo de juego y las características de los juguetes que eligen las/os Terapistas Ocupacionales y Lic. En Terapia Ocupacional que se

desempeñan en el área pediátrica para emplear en el tratamiento de niños con discapacidad visual, que es una temática poco estudiada y conocida de la cual se desea indagar con mayor profundidad. (Hernández Sampieri, Fernández Collado & Baptista Lucio, 2007). Por otro lado es de corte transversal, debido a que la recolección de los datos para el posterior análisis y descripción de la variable, se realizará en un único momento del tiempo. (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio, 2007)

Muestra

La muestra se estima de un aproximado de 10 participantes que sean profesionales de Terapia Ocupacional que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión, que se desempeñan laboralmente en las ciudades de Mar del Plata y Buenos Aires en el año 2019.

Muestreo

El muestreo escogido para la presente investigación será de tipo no probabilístico, por conveniencia, dado que se contactarán aquellas/os profesionales de Terapia Ocupacional que se desempeñan en el área pediátrica, cuya disponibilidad y acceso a las mismas sea más conveniente para la tesista (Polit & Hungler, 2000).

Criterios de inclusión

- Terapeuta Ocupacional o Lic. en Terapia Ocupacional con al menos un año de ejercicio profesional al momento de ser entrevistada/o.
- Poseer un año de experiencia en el área pediátrica.
- Desempeñarse en instituciones tanto privadas como públicas.

Criterios de exclusión

Terapeuta Ocupacional o Lic. en Terapia Ocupacional que no se haya desempeñado como tal con sujetos con diagnóstico de discapacidad visual.

Método de recolección de datos

Procedimiento

En un primer momento se contactará a las/os potenciales participantes vía telefónica o mail con la finalidad de comentarles sobre la investigación a realizar, sus objetivos y consultar si desearían participar del estudio. En caso de tener respuesta afirmativa, se enviará vía mail el consentimiento informado y un link en el que podrán acceder al cuestionario.

Instrumento (ver anexo 2)

El instrumento utilizado para la investigación será un cuestionario auto administrado, compuesto por preguntas abiertas y cerradas, creado por la investigadora. El mismo será en formato online (cuestionario de google) al cual

los/as participantes podrán acceder mediante un link que será enviado al mail, y cuyas respuestas quedarán guardadas automáticamente.

La idea de realizar el cuestionario con preguntas tanto cerradas como abiertas, es que en las primeras, se elaboran categorías y opciones de respuesta previamente delimitadas por el investigador, y el sujeto que responde se limita a elegir una o más opciones (de acuerdo a la consigna). El segundo tipo de preguntas, permiten un aporte más amplio de información y son útiles cuando no se tiene información sobre las posibles respuestas, así como también cuando se desea profundizar una opinión o justificar una elección (Hernández Sampieri, Fernández Collado & Baptista Lucio, 2007).

Esta combinación nos permite a su vez tener una perspectiva más amplia y profunda sobre las variables a investigar.

Técnica de procesamiento y análisis de datos:

En relación a la muestra se presentaran tablas y gráficos.

El análisis de las preguntas cerradas será de tipo *estadístico descriptivo univariado*, ya que permite identificar la media con respecto a los Recursos Lúdicos utilizados. En cuanto al análisis de preguntas abiertas, será utilizado el *método comparativo o temático*. Para comparar las respuestas de los entrevistados y establecer categorías de respuestas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS DE LOS ASPECTOS METODOLOGICOS

- POLIT, D y HUNGLER, B. 2000. *Investigación en Ciencias de la Salud* (6° ed.). México: Mc Graw-Hill/ Interamericana.
- HERNANDEZ SAMPIERI, R., FERNANDEZ COLLADO, C., y BAPTISTA LUCIO, P. 2007. *Metodología de la investigación* (4°ed). México: Mc. Graw-Hill/ Interamericana.

ANEXOS

ANEXO 1: PATOLOGIAS DE LA

ALTERACION VISUAL

A continuación se detallaran las patologías más comúnmente encontradas en niños y jóvenes, que causan impedimentos severos de la visión, sin destruirla totalmente, clasificadas por la Dra. Barraga. A su vez, serán omitidos los impedimentos tanto musculares como neurológicos, así como también, las condiciones corregibles con lentes (Barraga, 1997).

Las patologías serán agrupadas en tres grandes grupos: a) anomalías congénitas, muchas de origen desconocido; b) condiciones hereditarias; c) enfermedades, infecciones, heridas, etc. Algunas patologías pueden aparecer repetidas en más de un grupo, debido a que el momento en que se producen y su causa, pueden ser muy variadas (Barraga, 1997).

a. Anomalías congénitas de desarrollo

- Cataratas: Cuando hay una opacidad en el cristalino, existe o se está formando una catarata. Algunas se presentan al nacer, lo que indica que ha habido una invasión en el cristalino del embrión debido a una infección o envenenamiento, como puede ser la varicela, que hace que el cristalino se opaque. Otras cataratas de nacimiento pueden ser hereditarias. Las cataratas interfieren el paso de la luz, si están en el centro, resultando así una menor estimulación de las células retinianas en la zona de la visión más aguda. En los bebés, las cataratas impiden el desarrollo del mecanismo óptico a menos que los objetos se lleven muy cerca para que el niño pueda fijar y desarrollar el control muscular.

Las cataratas centrales obstruyen la visión de la fovea: con luz reducida la pupila puede dilatarse y permitir así que el sujeto vea por «fuera» de la obstrucción, pero con luz brillante la pupila se contrae y la visión se reduce considerablemente (Faye, 1976). Puede o no ser posible la cirugía o la aspiración (succión). Si así se indica, el procedimiento se debe realizar muy tempranamente para permitir el máximo de desarrollo visual. Lentes de contacto y/o bifocales suelen ser muy bien aceptados por niños muy pequeños después que las cataratas han sido removidas quirúrgicamente.

El tamaño y la ubicación de la catarata influyen en la nitidez y la claridad del detalle o del color. Sin embargo, se percibe bastante bien la forma y el movimiento. El individuo puede girar la cabeza para ver por fuera de la catarata, lo que hace que parezca que no está mirando directamente. El agrandar los objetos y los materiales a menudo ayudará a mejorar la percepción, como también ayudará a controlar la intensidad de la luz. Los niños con cataratas necesitan que la luz caiga sobre el material de trabajo viniendo por detrás de ellos; funcionarán menos cuando enfrenten la luz. Demasiada luz, reflejo o resplandor interfiere con la máxima visibilidad.

- *Luxación de cristalino:* hay muchas causas de luxación de cristalino, algunas de las cuales son: anomalía congénita; factores genéticos; golpes en los ojos; enfermedades. El cristalino puede estar ubicado

hacia arriba o hacia abajo y aun completamente desprendido de la cápsula.

Cuando hay luxación de cristalino los principales mecanismos de acomodación y de refracción no funcionan. Es imposible una rápida acomodación para los cambios de distancia y con frecuencia el individuo tiene que enfocar el objeto. Es de esperar que se produzcan posiciones extrañas de la cabeza y el cuerpo a fin de poder mantener el enfoque.

- *Glaucoma*: impropia circulación de fluidos que causa una acumulación de líquido entre el cristalino y la córnea lo que provoca el aumento de la tensión del ojo. Comúnmente esto va acompañado de un intenso dolor y el ojo se hace muy sensible a la luz y a cualquier presión externa. Puede ser congénito y generalmente está relacionado con otras anomalías estructurales. En algunos casos uno o los dos ojos puede ser muy grande, lo que indica la necesidad de un inmediato alivio de la presión para prevenir un daño estructural permanente. Si después de la cirugía para aliviar el dolor o corregir la anomalía se conserva alguna visión, la persona puede tener un campo visual reducido y mala visión nocturna pero conservar visión central para el trabajo de cerca. Comúnmente se necesita iluminación buena con un mínimo de brillo. El uso eficiente de la visión fluctúa en relación con la medicación para aliviar la presión.

- *Otras anomalías congénitas:* muchas de las siguientes patologías se presentan ocasionalmente. Un *coloboma* se presenta porque una parte de la estructura del ojo falta como consecuencia de un fallido desarrollo embrionario, lo que causa una obstrucción de las células de la retina, la coroides, el iris y/o el cuerpo ciliar. La visión puede no estar seriamente afectada a menos que haya una fisura que llegue a la coroides, la retina o al nervio óptico. Cuando más atrás se extienda la fisura hay mayores posibilidades de que exista una seria pérdida de visión funcional. La ubicación del coloboma en la retina ayuda a determinar el efecto en la visión central o periférica; para la mayoría de las personas la ampliación de imagen es muy útil.

El *microftalmos*, es un ojo anormalmente pequeño. Las estructuras internas se reducen en tamaño, lo que afecta en gran medida a la visión y la cual no tiene solución.

Los *desplazamientos orbitales* suelen ir acompañados de deformaciones faciales y de la cabeza lo que puede ocasionar un mal alineamiento de los ojos. Cuando ocurre esto es imposible la visión binocular aunque la visión en uno o en ambos ojos puede ser normal, en cuyo caso los ojos se usan alternadamente pero nunca juntos. La velocidad y la eficiencia en el funcionamiento visual suele ser lenta en desarrollarse, especialmente en niños muy pequeños.

b) Condiciones hereditarias

Las condiciones de este tipo más relevantes debido a la incapacidad que producen son:

- *Acromatopsia*: el nombre más común de ceguera congénita de colores. La ausencia de conos en la mácula puede ser completa o incompleta y con frecuencia se acompaña con fotofobia y nistagmo. La realización de tareas visuales puede mejorar evitando la luz y el brillo y empleando lentes oscuros. La función visual también mejora con maduración y con el desarrollo perceptivo. Todas las condiciones que afectan la coroides y la retina causan serios problemas funcionales, pues esta porción del ojo contiene las células receptoras de la luz. Cuando el problema es en el área de la mácula, el desarrollo visual es lento y la agudeza visual está afectada desde el nacimiento. Los impulsos visuales desde las células periféricas pueden ser tan débiles que coordinar los movimientos con la visión es difícil y se hace virtualmente imposible discriminar detalles. Es imperativo atender a cualquier tipo posible de corrección y proceder a una intensa estimulación visual para prevenir el retraso del desarrollo de todo el sistema visual y sus funciones.
- *Albinismo*: Puede haber una falta de pigmentación en los ojos y a veces en el cabello y/o en la piel. Como el iris no tiene color la luz pasa y se refleja formando un brillo rojizo que surge de los vasos sanguíneos de la

coroides, lo que hace que el ojo parezca rosado y sufra de una extrema fotofobia. Comúnmente tienen grandes problemas de refracción, agudeza visual reducida y gran sensibilidad a la luz lo que hace que parpadeen y tengan una expresión facial extraña. No es raro que a todo esto le acompañe nistagmus y así el trabajo a muy corta distancia resulta difícil y fatigoso. El albinismo interfiere poco en la actividad normal, es sólo necesario acercarse a los objetos distantes o mantener el material de lectura muy cerca siempre que se controle la iluminación. La mayoría responde bien a cualquier tipo de aumento y muchos pueden mejorar utilizando lentes de contacto. Suelen funcionar mejor en ambientes de iluminación normal o reducida. La luz intensa cerca de la cara y el reflejo desde la ventana o desde la pizarra pueden limitar la eficiencia visual. Los anteojos oscuros suelen ser útiles.

- *Aniridia*: condición genética por la cual el iris está incompleto o falta totalmente y que hace que la parte del frente del ojo sea pequeña y no desarrollada. El ojo no tiene color por la ausencia del tejido del iris, lo que elimina la posibilidad de la reducción automática del tamaño de la pupila para controlar la cantidad de luz que entra al ojo. Sin esta habilidad no hay forma de afinar naturalmente la profundidad del foco. El funcionamiento visual es bastante limitado.

Como condición secundaria a la aniridia pueden aparecer cataratas o glaucoma. Probablemente la visión es mejor de noche y con luz no intensa. La ampliación puede ser útil a veces, pero el funcionamiento varía de un día a otro.

- *Coroideremia*: este defecto congénito causa la rotura o la ausencia de la coroides y del tejido de la retina. La ausencia de tejido puede extenderse sobre una gran porción del campo visual y limitar seriamente la realización de tareas visuales. El aumento es útil para quien tiene una gran motivación para ver, pero el esfuerzo es muy grande y el progreso extremadamente lento.
- *Anormalidades corneales*: algunas irregularidades de la córnea pueden ser mínimas y son corregidas con lentes de refracción o lentillas. Una muy marcada irregularidad de la córnea (queratocono) puede requerir cirugía, la cual depende de la disponibilidad de donantes de córneas. Aún después de la cirugía la recuperación de una visión clara es variable y depende de muchos factores. Cuando antes de la cirugía o de la refracción ha habido muy poca o ninguna visión es necesario pasar por un período de desarrollo óptico y perceptivo. A veces las opacidades pueden interferir con la eficiencia en ciertas actividades.

- *Atrofia de nervio óptico:* la atrofia en cualquier porción del nervio óptico impide la transmisión de sensaciones visuales aun cuando las otras partes del ojo funcionen normalmente. Algunas atrofas tienen origen genético y se presentan al nacer o más tarde. La degeneración de las fibras nerviosas es irreversible. Síntomas obvios son la disminución o la ausencia de la visión de color y la disminución de la agudeza. La ampliación es a menudo útil y es mejor actuar bajo una intensa luz. A medida que continúa la atrofia de los nervios se produce una mayor disminución de las funciones visuales.
- *Miopía patológica:* una severa y progresiva miopía es hereditaria y puede manifestarse en la juventud o más tarde. La retina se extiende y se afina a medida que el ojo continúa alargándose desde adelante hacia atrás. En casos menos severos las lentes de contacto son muy efectivas y lupas de mano y/o telescópicos pueden usarse como suplemento de las lentes comunes. La visión de distancia puede disminuir y los niños pueden no darse cuenta de esto, por lo cual es necesario hacer revisiones periódicas. Para lograr mejor claridad y fineza es recomendable utilizar luz fuerte.
- *Degeneración de retina:* El deterioro de las células puede centrarse en el área de la fovea-mácula interfiriendo con la visión central, lo que facilita

que la persona actúe mejor en un ambiente de reducida luminosidad. En otros casos, la degeneración se ubica en una o más áreas de la retina periférica reduciendo el campo de visión, provocando una mala visión nocturna semejante a la que causa la retinosis pigmentaria. Los problemas de retina tienden a hacer muy difícil la discriminación de detalles finos y los colores, a menos que los objetos se acerquen considerablemente y la luz se ajuste para ser compatible con el área más sana de la retina. La luz tiene una importancia muy especial y el reflejo comúnmente crea muchos problemas. Algunas personas realizan tareas visuales con luces muy intensas dirigidas sobre el material; otros prefieren una luz reducida.

- *Retinosis pigmentaria*: puede manifestarse recién en la adolescencia o en la temprana juventud. Se produce una degeneración progresiva de la retina periférica haciendo que el campo visual se reduzca cada vez más causando ceguera nocturna y una visión nebulosa. La pérdida de la visión puede ser lenta o rápida, dependiendo esto de una gran variedad de factores individuales. La conducta visual de las personas se asemeja a la de aquellas que tienen degeneración retiniana.
- *Retinoblastoma*: esta condición se manifiesta con un tumor maligno en la órbita de uno o de los dos ojos apareciendo en la infancia o muy

temprano en la niñez. Si no se descubre de inmediato puede llegar a ser necesaria la enucleación del ojo. En algunos casos, cuando se hace la detección tempranamente, irradiación y quimioterapia pueden hacer que el ojo pueda conservarse como así también algún grado de visión residual.

c) Enfermedades, infecciones y accidentes

Cualquier tipo de infección del sistema circulatorio o a la sangre, como anemia, leucemia o diabetes, puede causar hemorragia de los vasos sanguíneos de la coroides. Cuando esto ocurre, los vasos se rompen provocando daños vasculares y opacidad en los líquidos del ojo. En el caso de la diabetes puede haber hemorragias recurrentes, las cuales, llegado el momento, suelen causar daño irreversible en la retina, lo que lleva a la pérdida de la eficiencia visual. La retinopatía diabética es una de las causas más importantes de pérdida de visión entre la población discapacitada visual.

- *Coroiditis*: esta condición indica la inflamación de la coroides causada por enfermedad o infección. Cuando la infección se extiende a las capas del tejido de detrás de la córnea se denomina *keratitis intersticial*, siendo esta infección a veces consecuencia de la sífilis. Si no se trata correctamente puede invadir el tejido corneal y aun destruir totalmente la

visión. La coroiditis también puede originarse; en otro tipo de infecciones causando, una temporaria o permanente fluctuación del funcionamiento visual.

- *Conjuntivitis:* es una infección bastante común que provoca la inflamación de la membrana que recubre el ojo y los párpados. Si la infección se hace crónica o no es bien tratada, gérmenes infecciosos pueden invadir el tejido corneal y dejar cicatrices a veces difíciles de curar. En estos casos existe una marcada alteración de la habilidad de refracción, lo que se puede minimizar colocando lentes de contacto o comunes.
- *Desprendimiento de retina:* es una de las más frecuentes heridas en el ojo, causada por un golpe súbito en la cabeza o cara, o por otras razones, que provocan un estiramiento y afinamiento del tejido de la retina, como puede ser una miopía patológica. La retina se suelta de la coroides, el líquido queda detrás de ésta y la sangre de la coroides no llega a las terminaciones nerviosas de la retina para nutrirla. Si es posible, la parte desprendida debe ser restaurada. Aun cuando el problema sea tratado, las cicatrices pueden quedar en la parte en que se produjo el desprendimiento. Las personas necesitan mucha

iluminación con lámparas flexibles y reflectores metálicos. Generalmente las lupas son muy útiles.

- *Histoplasmosis*: esta condición comúnmente es la consecuencia de un hongo adquirido de los pájaros y animales y si no se trata oportunamente puede causar impedimentos visuales. El hongo puede invadir el tejido corneano y destruirlo o dejar cicatrices permanentes. La prevalencia de esta enfermedad está en relación con ciertas regiones en las cuales los niveles de higiene y prevención son muy bajos.
- *Neuritis*: inflamación del nervio óptico el cual necesita ser tratado de inmediato para prevenir la degeneración de las fibras nerviosas. La inflamación puede asociarse con la mala nutrición, anemia, diabetes, envenenamiento o drogas. Los efectos son los mismos que los causados por la atrofia del nervio óptico.
- *Nistagmus*: aunque es este un síntoma de desorden nervioso más que una enfermedad primaria el nistagmus se advierte fácilmente. Existe la dificultad para mantener los ojos fijos y es evidente un suave o marcado temblor. Comúnmente el nistagmus es un síntoma secundario que acompaña a una gran cantidad de otras alteraciones del sistema visual.

La inestabilidad para la fijación y el movimiento de los ojos afecta poco el funcionamiento visual y generalmente preocupa más a quien observa a la persona que a ésta misma. Cuando el síntoma es severo el desorden neurológico puede interferir con la percepción visual.

- *Defectos del campo periférico:* hay numerosos tipos de defectos del campo visual y éstos son los resultados de una gran variedad de condiciones degenerativas y/o de golpes, accidentes o traumas cerebrales. Accidentes en la cabeza u objetos que penetran en el cerebro pueden destruir porciones del nervio óptico entre el o los ojos y el área receptiva del cerebro. El resultado puede ser la falta de visión en una pequeña área, 1/4 del campo periférico o en toda una mitad, hemianopsia, en uno o en ambos ojos. Todas estas condiciones tienen importancia en lo que se refiere la seguridad en la movilidad, orientación espacial y se hace necesario una adaptación de la posición de la cabeza y el cuerpo para enfocar los objetos. También es posible la necesidad de entrenamiento para la visión excéntrica (Faye, 1976).
- *Fibroplasia retrolental:* es comúnmente causada por el exceso de oxígeno en los bebés prematuros. Esta condición fue controlada durante muchos años pero, sin embargo, el aumento del nacimiento de bebés prematuros y otros factores no determinados relacionados con daños

cerebrales, heridas, drogas, etc., está causando una alarmante reaparición de la patología. La extensión del daño puede variar, pero la mayoría de los niños, si conservan alguna visión tienden a ser miopes. La luz intensa es comúnmente la más apropiada y la lupa televisión a veces resulta apropiada para algunos individuos. (Barraga, 1997, p.25)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DEL ANEXO 1

- Barraga, N.C. (1997). *Textos reunidos de la doctora Barraga*. Madrid, España:Anormi, S.L.

ANEXO 2: INSTRUMENTO DE

RECOLECCION DE DATOS

CUESTIONARIO AUTOADMINISTRADO PARA INDAGAR LOS RECURSOS
LUDICOS UTILIZADOS POR LOS/AS T.O Y/O LIC. EN T.O EN EL
TRATAMIENTO DE NIÑOS/AS DE 4 A 6 AÑOS CON DISCAPACIDAD VISUAL

Cuestionario dirigido a Terapistas Ocupacionales y/o Lic. en Terapia Ocupacional para obtener información sobre los recursos lúdicos utilizados en el tratamiento de niños/as de 4 a 6 años con discapacidad visual en las ciudades de Buenos Aires y Mar del Plata en el año 2019.

1. ¿Qué tipo de juego elige a la hora de plantear un tratamiento en niños/as con discapacidad visual de 4 a 6 años?
 - a- Sensoriomotor (exploración sensorial y motora - exploración de propiedades de objetos - actividad solitaria)
 - b- Simbólica y constructiva simple (Ficción - actividad paralela - construcciones sencillas)
 - c- Simbólica y constructiva compleja (Ficción con guiones - juego dramático sobre situaciones cotidianas - cuentos infantiles - actividad asociativa - participación social -
 - d- Juego (juego de reglas - actividades con participación cooperativa)

e- Ocio/esparcimiento (trabajo en equipo y cooperativo - juegos que desafían capacidades y habilidades - deportes competitivos - proyectos constructivos realistas y habilidades manuales complejas)

2. ¿Por qué elige este/os tipo/s de juego para emplear en el tratamiento?

3. A la hora de elegir juguetes para el tratamiento, ¿qué tipo de juguete escoge?

a- Operaciones y conceptos matemáticos: (Seriación (Numeración - Simetría - Volumen – Asociación), geometría, equivalencias cuantitativas entre área y volumen, superficies, caras, perímetros, áreas, sistema métrico decimal)

b- Relaciones espaciales: (Movimiento espacial, relación causa – efecto, direccionalidad (Arriba – abajo, derecha – izquierda).

c- Desarrollo sensorial: (estimular y desarrollar las experiencias de manipulación y percepción por medio de los sentidos, especialmente táctil, auditivo y olfativo)

d- Desarrollo psicomotor: (prensiones finas y gruesas, así como también de la coordinación y destreza motora)

e- Autonomía: (favorecen la independencia y el manejo autónomo en AVD, AIVD, en todos los espacios y ambientes en los que se desempeña el sujeto, principalmente mediante los juegos de roles)

f- Aspectos socio-afectivos: (juegos y juguetes que facilitan la integración de aprendizaje de rutinas cotidianas, identificar vínculos sociales de rol, desarrollar habilidades sociales con la vida familiar)

- g- Creatividad: (juegos y juguetes que facilitan y estimulan la percepción, juego y construcción)
- h- Memorización: (Aquellos que favorecen el razonamiento y que ayudan a identificar, clasificar, relacionar, razonar)
- l- Contrastes: (juegos y juguetes que propician el reconocimiento de las nociones de tamaño (grande-pequeño), textura (áspero-liso), forma (amorfo-armónico), figura-fondo)
 - j- Lenguaje: (juegos y juguetes que colaboran en la identificación verbal y aumento de la adquisición de vocabulario)
- k- Lecto- escritura: (Juegos y juguetes que introducen en la adquisición de la lectura y escritura. En el caso de la ceguera total, la introducción al braille.)

4. ¿Utiliza otro tipo de juguete que no haya sido consignado en la pregunta anterior? ¿Cual/es?

5. Cuando elige un tipo de juego para el tratamiento, ¿En que basa su elección?

6. Considera que para la elección de un tipo de juego este debe tener como característica:

a - ser promotor de Motivación intrínseca y placer

b- ser Libre, espontaneo y divertido

c- Permitir la Autoexpresión y creatividad

- d- Dar lugar al Descubrimiento (de objetos con los que juega, su entorno y ambiente, personas, eventos, y las relaciones entre ellos y con ella/el)
- e- Aportar Maestría (para que el/la niño/a adquiera experiencias y conocimientos que lo hagan evolucionar en su juego, y que adquiera conocimientos y destrezas superiores al nivel anterior que posteriormente será aplicado en la cotidianeidad)
- f- Ser una actividad Socializadora.

7. A la hora de elegir los juguetes para el tratamiento, ¿Que características considera esenciales debe poseer?

- a -diseño sencillo, realista y fácil de identificar al tacto.
- b- Que incluyan objetos o complementos fáciles de manipular.
- c- Que incorporen efectos sonoros y distintas texturas.
- d- Que no incluyan muchas piezas de pequeño tamaño o que permitan una cómoda y rápida clasificación de las mismas al tacto.
- e- Que sus colores sean muy vivos y contrastados para que puedan ser percibidos por niños/as con resto visual.
- f-Que sean compactos y no se desmonten fácilmente.

8- ¿Cuales de las siguientes características del diseño universal de los juguetes considera más importantes?

- a- Igualdad de uso (diseño útil y alcanzable para todas/os, tengan o no discapacidad, evitando excluirlas. Deben proporcionar las mismas maneras de uso cuando sea posible o equivalentes cuando no lo es)

b- Uso flexible (debe acomodarse a un amplio rango de preferencias y capacidades individuales. Debe ofrecer posibilidades en cuanto a la elección de los métodos de utilización, que pueda ser utilizado y/o abordado tanto con el lado diestro como el zurdo, debe facilitar exactitud y precisión, y debe adaptarse al paso o ritmo del usuario)

c- Uso simple y funcional (fácil de entender a pesar de no poseer experiencia, los conocimientos, habilidades o nivel de concentración necesarios. Instrucciones simples, no presentar complejidades que sean innecesarias, ser consistente con las expectativas del sujeto, acomodable a un amplio rango de alfabetización y habilidades lingüísticas.)

d- Información comprensible (El diseño debe ser capaz de comunicar al usuario de manera eficaz, independientemente de las condiciones ambientales o las capacidades sensoriales del mismo. usar diferentes modos para presentar de manera redundante la información esencial, proporcionar contraste suficiente entre la información esencial y sus alrededores, ampliar la legibilidad de la información esencial, diferenciar los elementos en formas que puedan ser descritas y proporcionar compatibilidad con varias técnicas o dispositivos usados por personas con limitaciones sensoriales)

e- Tolerancia al error (minimizar los riesgos y las consecuencias adversas de acciones involuntarias o accidentales. Disponer los elementos para minimizar los riesgos y errores: los elementos más usados de forma más accesibles; y los elementos peligrosos eliminados, aislados o tapados; debe dar advertencias sobre

peligros y errores posibles, proporcionar características seguras de interrupción y desalentar aquellas acciones inconscientes en tareas que requieren vigilancia.)

f- Bajo esfuerzo físico (debe poder ser usado eficazmente y con el mínimo esfuerzo posible, permitirle al usuario mantener una posición corporal neutra, utilizar de manera razonable las fuerzas necesarias para operar, minimizar las acciones repetitivas, así como también minimizar el esfuerzo físico continuado.)

g- Dimensiones apropiadas (Los tamaños y espacios deben ser apropiados para el alcance, manipulación y, independientemente de su tamaño, posición o movilidad, que se acomode a variaciones de tamaño de la mano o del agarre y que proporcione el espacio necesario para el uso de ayudas técnicas o de asistencia personal)

9. ¿Qué otras consideraciones tiene a la hora de escoger el juguete apropiado para el/la niño/a? ¿Por qué?

ANEXO 3: CARTA DE PRESENTACION

Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE PRESENTACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mar del Plata y/o Buenos Aires,.....2019

Firma e iniciales del/a profesional.....

TO – Lic. en TO

De mi mayor consideración:

Soy estudiante avanzada de la Carrera de Licenciatura en Terapia Ocupacional, de la Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Estoy intentando llevar a cabo mi tesis de grado para obtener el título profesional. Mi objetivo es *Investigar sobre los recursos lúdicos que eligen las/os Terapistas Ocupacionales y Lic. En Terapia Ocupacional para emplear en el tratamiento de niños/as de 4 a 6 años con diagnóstico de ceguera y disminución visual.*

Es por esta razón que me dirijo a usted con el motivo de solicitarle autorización para realizar un cuestionario autoadministrado. Desde ya garantizo el anonimato y la confidencialidad de los datos.

Sin otro particular, agradeciendo desde ya la atención que preste a mi pedido. Saludo a Ud. atentamente.

Waimann, Ana Clara.

DNI: 37.240.802