



UNIVERSIDAD DE CUENCA

RESUMEN

En el desarrollo evolutivo el juego tiene un claro valor social, ya que este contribuye a la formación de hábitos de cooperación, de enfrentamientos con situaciones vitales, y en la adquisición de un conocimiento más realista del mundo.

Los Trastornos de Déficit de Atención con Hiperactividad, afecta al medio familiar escolar y social, en el que su diagnóstico es evaluado por áreas multidisciplinarios/as, luego de haber tenido un diagnóstico por parte de ellos, se procede al tratamiento en el cual puede ser mediante fármacos, pedagógicos y psicoterapéuticos, según sea el caso.

La Terapia de Juego es uno de los mecanismos que favorece al niño/a y a la familia ya que, mediante este, el niño puede comunicarse y los terapeutas saber qué pasa con el niño y con su familia que le rodea.

La Terapia no Dirigida es uno de los factores que le ayuda al niño a comunicarse sin ninguna presión de nada y sobre todo a sentirse aceptado tal y como es.

La Terapia Dirigida es otro factor importante en la terapia de juego, ya que también es utilizado en las terapias, solo que en esta; el juego del niño/a, es dirigido por su terapeuta.

Palabras Claves: Desarrollo Evolutivo, TDAH, Terapia de juego, Terapia no dirigida, Terapia dirigida, Trastornos de Conducta.

AUTORAS:

Gutiérrez Ruilova Doris Paola.
Panamá Carrillo Bernarda Patricia.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

ABSTRACT

Game has a clear social value on the growth development, because it contributes the habits of sharing, facing vital situations, and acquiring a more realistic knowledge about the world.

The Disorder of Lack of Attention by Hiperactivity affects the familiar. Learner and social area, which is evaluated by multi-training areas. After to diagnose the treatment goes by mean of medicines, pedagogy or psychotherapy if it's necessary.

The Game Therapy is one of the mechanisms which helps the child and the family, by mean of this the child can communicate so professionals would know what's going on with the child and all around him/her.

The unguided Therapy is a factor which helps the child to share his/her feelings without any pressure, so he/she can feel confident as he/she is.

The Guided Therapy is another main factor in the game therapy, because it's often used, here the child is guided by a professional.

AUTORAS:

Gutiérrez Ruilova Doris Paola.
Panamá Carrillo Bernarda Patricia.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

INDICE

Contenido

CAPITULO I.....	10
<i>Desarrollo Evolutivo de Niño de Cuatro a Seis Años.</i>	10
1.1.1.1 <i>Desarrollo Evolutivo.</i>	10
CAPITULO II.....	21
<i>Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad</i>	21
2.1 <i>Definición de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad:</i> ...	21
2.2 <i>Causas</i>	25
2.3 <i>Características</i>	25
2.4 <i>Tratamiento Recomendado para el Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad.</i>	30
CAPITULO III.....	34
<i>Funciones de la Terapia del Juego.</i>	37
<i>Biológicas:</i>	37
<i>Extra personales:</i>	38
<i>Socioculturales:</i>	38
<i>¿Qué evaluamos en la Terapia de Juego?</i>	38
<i>La Sala De Juego.</i>	39
3.2 <i>Principales Enfoques de la Terapia de Juego:</i>	40
<i>Terapia de juego Psicoanalítica:</i>	41
<i>Terapia de juego Centrada en el Cliente (no directiva).</i>	42
<i>Terapia de juego familiar:</i>	42
<i>Terapia de juego razonable:</i>	43
3.3 <i>Terapia de Juego no Dirigida</i>	43
3.4. <i>Analís de la Terapia De Juego.</i>	46
CONCLUSIONES:.....	48
RECOMENDACIONES:	50
ANEXO N°-1.....	52
ESQUEMA TENTATIVO	52

AUTORAS:

Gutiérrez Ruilova Doris Paola.
Panamá Carrillo Bernarda Patricia.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

1.-TEMA:.....	52
2.- PROBLEMATIZACIÓN:.....	52
3.- OBJETIVOS:	53
4.- MARCO TEÓRICO:.....	53
5.-PREGUNTA:	54
6.- METODOLOGÍA:.....	54
7.- PLAN DE INVESTIGACIÓN.....	55
8.- ESQUEMA TENTATIVO DE CONTENIDOS.....	56
ANEXO N°2.-.....	58
ESCALA DE APRECIACIÓN DE ACTIVIDADES.....	58
ANEXO N°.-3.....	60
CUESTIONARIO SOBRE DÉFICIT DE ATENCIÓN.....	60
ANEXO N°.- 4.....	61
LA TERAPIA DE JUEGO.....	61
LA SALA DE JUEGO.....	61
BIBLIOGRAFÍA.	62

AUTORAS:

Gutiérrez Ruilova Doris Paola.
Panamá Carrillo Bernarda Patricia.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

II CURSO ALTERANTIVO DE GRADUACIÓN

“LA TERAPIA DE JUEGO COMO ESTRATEGIA PARA NIÑOS DE CUATRO A SEIS AÑOS PARA AFRONTAR TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD”

TESINA PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA EDUCATIVA
CON ESPECIALIZACIÓN EN EDUCACIÓN INICIAL
Y LICENCIADA EN PSICOLOGÍA EDUCATIVA
CON ESPECIALIZACIÓN EN EDUCACIÓN BÁSICA.

AUTORAS:

Gutiérrez Ruilova Doris Paola.
Panamá Carrillo Bernarda Patricia.

TUTORA:

Mst. Janeth Baculima.

Cuenca-Ecuador

AUTORAS:

Gutiérrez Ruilova Doris Paola.
Panamá Carrillo Bernarda Patricia.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

HOJA DE RESPONSABILIDAD

La información, emitida en este trabajo de investigación es responsabilidad absoluta de las autoras:

Doris Paola Gutiérrez Ruilova

Bernarda Patricia Panamá Carrillo

AUTORAS:

Gutiérrez Ruilova Doris Paola.
Panamá Carrillo Bernarda Patricia.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

AGRADECIMIENTO

DORIS.

En primer lugar agradezco a Dios por haberme permitido cumplir con mi carrera estudiantil con salud.

Reconociendo el alto espíritu de la Universidad que tiene el personal docente de la Universidad de Cuenca, les presento mi agradecimiento eterno por haberme dado la oportunidad de concluir mis estudios, en este prestigioso plantel Universitario.

De una manera especial quiero dejar constancia de mi gratitud a la Mst. Janeth Baculima, por haberme dirigido con acierto y dedicación esta investigación bibliográfica que a la vez sirve para obtener el Titulo de Licenciada en Psicología Educativa, Especialidad en Educación Inicial.

PATRICIA.

Infinitas gracias doy a Dios por haberme ayudado y guiado durante mi vida como estudiante.

Quiero agradecer al personal docente y administrativo que labora en la Facultad de Psicología, por todos los conocimientos que compartieron con los estudiantes. También agradezco a la Mst. Janeth Baculima por dedicar su tiempo y guiar con empeño esta investigación bibliográfica.

AUTORAS:

Gutiérrez Ruilova Doris Paola.
Panamá Carrillo Bernarda Patricia.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

DEDICATORIA

DORIS.

A mis padres por haberme brindado en todo momento su constante apoyo, comprensión y cariño.

A mis hermanas: TANIA, que con su valor y tesón ha sabido demostrarme los grandes retos que se debe afrontar en la vida; a KARLA, por haberme enseñado la alegría y la lucha para seguir un sendero del conocimiento y superación que es el éxito de la vida y la razón de todo esfuerzo y sacrificio.

A una persona muy especial que llegó a formar parte de este esfuerzo, y que siempre ha estado conmigo apoyándome, ayudándome a que no me rinda. Te Amo mi Wellington.

PATRICIA.

Este esfuerzo está dedicado a los creadores de mi existencia: Mis Padres por confiar, y apoyarme en todo sentido en mis estudios.

A mi pedacito de cielo, mi rey valiente: Juan José por ser la persona que llena de felicidad mi vida, a mi esposo Ismael por el amor y cariño brindado. Te amo.

A mis hermanas María Ángel y Karen Nicole por ser mis mejores amigas, a mis sobrinas María Caridad y María Paula por ser especiales en mi vida.

Y a todas las personas que me apoyaron moralmente en este caminar.

AUTORAS:

Gutiérrez Ruilova Doris Paola.
Panamá Carrillo Bernarda Patricia.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

INTRODUCCIÓN.

El tema Trastornos de Déficit de Atención con Hiperactividad, es un trabajo totalmente investigativo bibliográfico, lo hemos escogido porque es de nuestro interés el de ir conociendo y aprendiendo más sobre el desenvolvimiento de los niños/as, para poder analizar la importancia de la terapia de juego como parte del tratamiento según el tipo de caso.

En el Capítulo I, nuestra investigación se basa en el desarrollo evolutivo del niño/a de cuatro a seis años, es esencial conocer los cambios biológicos, motores, cognitivos y emocionales, para poder entender a niño/a y utilizar recursos psicológicos como el juego que es uno de los procesos importantes en el niño/a, y este tiene que estar de acuerdo a esta edad.

En el capítulo II, revisamos el tema de Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad, su etiología, posibles causas, evaluación e intervención multidisciplinario para el abordaje profesional en este tema.

En el capítulo III, abordamos el tema la Terapia de Juego, sus enfoques y tipos; enfocamos nuestro trabajo en la Terapia de Juego no Dirigida, la misma ayuda a los terapeutas a analizar, observar y estar alerta a sus conductas emocionales, aceptando al niño/a tal y como es sin tener que estar bajo ninguna presión.

Para finalizar describimos la importancia de la utilización de la Terapia de Juego como una herramienta de intervención para los casos de Trastornos de Déficit de Atención con Hiperactividad, observando importantes logros.

AUTORAS:

Gutiérrez Ruilova Doris Paola.
Panamá Carrillo Bernarda Patricia.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

CAPITULO I

Desarrollo Evolutivo de Niño de Cuatro a Seis Años.

1.1.1.1 *Desarrollo Evolutivo.*

El desarrollo evolutivo se refiere a los constantes cambios: biológicos, motores, cognitivos y emocionales de una persona, que se da desde su concepción hasta su muerte; en nuestra investigación bibliográfica nos centraremos en el periodo de la primera infancia específicamente en la edad comprendida entre los cuatro a seis años.

Comprendemos por infancia al periodo de la vida humana que transcurre desde el momento del nacimiento hasta los seis años de edad, dentro del periodo de la infancia tenemos dos etapas: la infancia temprana, que comprende desde el nacimiento hasta los dos años de edad; y la primera infancia, que va desde dos hasta los seis años.

A continuación detallaremos el desarrollo evolutivo:

Desarrollo Motor: el desarrollo de la infancia temprana está caracterizado por un acelerado cambio biológico, emocional, cognitivo, mientras que para la edad de los dos a los seis años va disminuyendo de forma progresiva y se estabiliza en el periodo comprendido entre los tres a los seis años, en esta etapa de la primera infancia el niño/a tiene una progresión en la adquisición de las habilidades psicomotoras.

Según Gallahue esta etapa se divide en:

- Movimientos reflexivos que se desarrolla al año.
- Movimientos rudimentarios que se desarrolla a los dos años.
- Movimientos fundamentales que se desarrolla desde los dos hasta los siete años en donde el niño/a aumenta el control de su destreza groso y fina motora, en la cual el niño/a se inicia en conductas como el dibujo o la escritura.

AUTORAS:

Gutiérrez Ruilova Doris Paola.
Panamá Carrillo Bernarda Patricia.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Con todo este despertar de movimientos el niño/a en la edad de la primera infancia es altamente inquieto y se envuelve en situaciones peligrosas con rapidez, las caídas son el principal mecanismo de lesiones.

El desarrollo motor depende mucho de la maduración neuro muscular que varía de acuerdo con la edad de cada niño/a y a su vez avanza en sus habilidades motoras.

De esta manera se mejoran espectacularmente tanto las habilidades motoras globales, es decir, aquellas que implican grandes movimientos; como las habilidades motoras finas, aquellas que implican movimientos pequeños del cuerpo, especialmente de las manos y de los dedos.

Otro aspecto importante en su desarrollo motor es que el niño/a adquiere conocimiento, conciencia y control de su propio cuerpo mediante la interacción con el resto de las personas y del contexto, de ahí que comienzan ciertas manifestaciones de acciones cooperativas entre un niño/a y otro, en ocasiones comparten sus juguetes, también comienzan a diferenciar el color, la forma y el tamaño de los objetos, utilizándolos durante sus actividades motrices.

Desarrollo Cognoscitivo.

Los niños/as de la primera infancia piensan de manera diferente a los niños/as mayores y a los adultos, más no carecen de cierta cantidad de información pero si su percepción del mundo es diferente, el desarrollo cognitivo incluye cambios cuantitativos que se refiere al aumento de la cantidad de información, lo mismo que cualitativos que son las diferencias en la forma de pensar, es decir con estos dos aspectos los niños/as moldean activamente sus propias habilidades intelectuales mediante sus interacciones con el mundo. Para comprender el mundo hay que construir esquemas, o planes de conocimiento.

“En esta etapa es importante destacar que para que se produzca el crecimiento intelectual es necesario hablar de los procesos de asimilación y de

AUTORAS:

Gutiérrez Ruilova Doris Paola.
Panamá Carrillo Bernarda Patricia.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

acomodación ya que estas se combinan y son complementarias" (Morris & Maisto, 2001, p. 398).

De esta manera, entendemos que el niño/a desde su nacimiento asimila las experiencias nuevas, a su vez que la acomoda porque se ha producido un aprendizaje nuevo.

La teoría de Piaget mantiene que los niños/as pasan a través de etapas específicas de acuerdo su intelecto y la capacidad para percibir el mundo por ende las relaciones maduran. Las etapas son las siguientes:

Etapa sensomotora.

Esta etapa tiene lugar entre el nacimiento y los dos años de edad, conforme los niños/as comienzan a entender la información que perciben sus sentidos y su capacidad de interactuar con el mundo. Durante esta etapa, los niños/as aprenden a manipular objetos, aunque no pueden entender la permanencia de estos objetos si no están dentro del alcance de sus sentidos. Es decir, una vez que un objeto desaparece de la vista del niño/a, no puede entender que todavía existe ese objeto (o persona). Por este motivo les resulta tan atractivo y sorprendente el juego al que muchos adultos juegan con sus hijos; consiste en esconder su cara tras un objeto, como un cojín, y luego volver a aparecer.

Es un juego que contribuye a que conozcan la permanencia del objeto, que es uno de los mayores logros de esta etapa, por lo que la permanencia del objeto es la capacidad de entender que estos objetos continúan existiendo aunque no pueda verlos, esto incluye la capacidad para entender que cuando la madre sale de la habitación, regresará, lo cual aumenta su sensación de seguridad. Esta capacidad suelen adquirirla hacia el final de esta etapa y representa la habilidad para mantener una imagen mental del objeto (o persona) sin percibirlo.

AUTORAS:

Gutiérrez Ruilova Doris Paola.
Panamá Carrillo Bernarda Patricia.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Etapa pre operacional.

Comienza cuando se ha comprendido la permanencia de objeto, y se extiende desde los dos hasta los siete años. Durante esta etapa, los niños/as aprenden cómo interactuar con su ambiente de una manera más compleja mediante el uso de palabras y de imágenes mentales.

Esta etapa está marcada por el egocentrismo, o la creencia de que todas las personas ven el mundo de la misma manera que él o ella. También creen que los objetos inanimados tienen las mismas percepciones que ellos, y pueden ver, sentir, escuchar, etc.

Para Piaget un segundo factor importante en esta etapa es la conservación, que es la capacidad para entender que la cantidad no cambia cuando la forma cambia. Es decir, si el agua contenida en un vaso corto y ancho se vierte en un vaso alto y fino, los niños/as en esta etapa creerán que el vaso más alto contiene más agua debido solamente a su altura.

Esto es debido a la incapacidad de los niños/as de entender la reversibilidad y debido a que se centran en sólo un aspecto del estímulo, por ejemplo la altura, sin tener en cuenta otros aspectos como la anchura.

Etapa de las operaciones concreta.

Esta etapa tiene lugar entre los siete y doce años aproximadamente y está marcada por una disminución gradual del pensamiento egocéntrico y por la capacidad creciente de centrarse en más de un aspecto de un estímulo. Pueden entender el concepto de agrupar, sabiendo que un perro pequeño y un perro grande siguen siendo ambos perros, o que los diversos tipos de monedas y los billetes forman parte del concepto más amplio de dinero. Sólo pueden aplicar esta nueva comprensión a los objetos concretos (aquellos que han experimentado con sus sentidos). Es decir, los objetos imaginados o los que no han visto, oído, o tocado, continúan siendo algo místico para estos niños/as, y el pensamiento abstracto tiene todavía que desarrollarse.

AUTORAS:

Gutiérrez Ruilova Doris Paola.
Panamá Carrillo Bernarda Patricia.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Etapa de las operaciones formales

En la etapa final del desarrollo cognitivo (desde los doce años en adelante), los niños/as comienzan a desarrollar una visión más abstracta del mundo y a utilizar la lógica formal. Pueden aplicar la reversibilidad y la conservación a las situaciones tanto reales como imaginadas. También desarrollan una mayor comprensión del mundo y de la idea de causa y efecto.

Esta etapa se caracteriza por la capacidad para formular hipótesis y ponerlas a prueba para encontrar la solución a un problema.

Otra característica del individuo en esta etapa es su capacidad para razonar, es decir, si le dan una afirmación y le piden que la utilice como la base de una discusión, es capaz de realizar la tarea.

En la adolescencia pueden desarrollar sus propias teorías sobre el mundo.

Esta etapa es alcanzada por la mayoría de los niños/as, aunque hay algunos que no logran alcanzarla. No obstante, esta incapacidad de alcanzarla se ha asociado a una inteligencia más baja.

Desarrollo Emocional.

El desarrollo emocional es similar en todos los niños/as, pese a que cada individuo tiene su manera de expresar sus emociones.

A medida que la edad avanza las emociones son expresadas mediante reacciones incontroladas, entre las emociones más frecuentes en la infancia tenemos: timidez, vergüenza, ansiedad, ira y preocupación.

Los sentimientos en los niños/as son: afectos, simpatías y antipatías, la moralidad surge de las relaciones entre los adultos y los niños/as.

Es necesario hablar sobre el apego en esta fase, y consiste en los lazos afectivos fuertes que sentimos por las personas que tienen una significación especial en nuestras vidas.

AUTORAS:

Gutiérrez Ruilova Doris Paola.
Panamá Carrillo Bernarda Patricia.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Para Bowlby “las personas que forman apegos seguros se complacen con sus interacciones y se sienten apoyados por la presencia de sus compañeros en momentos de stress o incertidumbre”. (Shaffer, 2000, p. 408). Es decir, el niño/a comienza por apegarse a algunas personas y a preocuparse por lo que piensan y siente, debido a la relación que establecieron.

Este vínculo consiste en una unión psicológica entre el niño/a y la persona que lo cuida, casi siempre la primera relación que establece es con su madre. El llanto y la risa ponen en contacto a los niños/as con quienes los cuidan. Este vínculo proporciona una base emocional segura, a partir de la cual se desarrollan las relaciones maduras. Un vínculo inadecuado impide el desarrollo social y emocional a lo largo de la vida, por lo que si un niño/a es separado de su madre, se perturbará el desarrollo posterior.

1.2 El Niño/a y el Juego en su Desarrollo Evolutivo.

El niño/a a través del juego aprende y se comunica con su entorno siendo fundamental para su desarrollo en el crecimiento, por lo cual no sólo lo entretiene, sino que además lo estimula, incrementa sus habilidades y su coordinación, además le permite liberar energía y contribuye a fomentar la exploración en el niño/a.

“El niño/a desde los primeros meses de vida, aprende del entorno. El juego puede convertirse en el medio más útil para su desarrollo intelectual y emocional. Un niño/a sano disfruta jugando, experimenta placer representando situaciones de la vida real en sus juegos” (Narbe Sabina, 2010, ¶1)

Nos parece importante lo que la autora Narbe Sabina, dice sobre el juego en el niño/a, el juego es la forma natural de aprender y comunicar del niño/a, también es una manera de expresar libremente, es por ello que se les debe dejar explorar en sus juegos.

El juego es una actividad que desarrolla al niño/a, hay que considerarlo ya no sólo como un componente natural de la vida del niño/a, sino como elemento del

AUTORAS:

Gutiérrez Ruilova Doris Paola.
Panamá Carrillo Bernarda Patricia.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

que puede valerse la pedagogía, psicología, terapia, para usarlo en beneficio de su formación, por ello el juego debe ser aprovechado y desarrollado en la escuela.

Podemos decir, entonces que el juego sale del niño/a porque es un integrante biológico de éste y no una adherencia que le impone el educador, ya que el juego es el mayor grado de desarrollo de los niño/as en esta edad.

También el juego es importante en la educación ya que, pone en actividad todos sus órganos del cuerpo, fortifica y ejercita las funciones psíquicas del niño/a; mediante los juegos desenvuelven el lenguaje, despiertan el ingenio, desarrollan la observación, afirman la voluntad y perfeccionan la paciencia.

Características del Juego.

Cabe rescatar que el juego cuenta con las siguientes características:

1. El juego es una actividad libre.
2. El juego posee su tendencia propia.
3. El juego es eminentemente subjetivo.
4. El juego transforma la realidad externa, creando un mundo de fantasía.
5. El juego es desinteresado.
6. Se juega dentro de determinados límites de tiempo y de espacio, su característica es la limitación.
7. El juego crea orden, es orden.
8. El juego es ritmo y armonía.
9. Para los niños/as aumenta el encanto de su juego si hacen de él un secreto.
10. El juego es una representación de algo.

Mediante estas diez características el niño/a va demostrando que está aprendiendo y adaptándose al medio familiar y social, le permite socializarse con otros niños/as de su misma edad; no es prudente, desanimar las tentativas

AUTORAS:

Gutiérrez Ruilova Doris Paola.
Panamá Carrillo Bernarda Patricia.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

que pretende realizar el niño/a, en el juego, para animarlo proporcionándole lugares seguros, medios necesarios, consejos oportunos, etc.

Clasificación de los Juegos.

De acuerdo con su función educativa, Queyrat distingue:

1. Los juegos que interesan a la movilidad (motores).- Estos juegos tienden al desarrollo muscular.
2. Los juegos propios para la educación sentidos (sensitivos).- Se realizan utilizando diversos objetos que educan la mano, oído, la vista, etc.
3. Los juegos para desenvolver la inteligencia (intelectuales).- Se realizan mediante la experimentación y la curiosidad infantil que tienden al desarrollo de la inteligencia, como los rompecabezas.
4. Los juegos para el cultivo de la sensibilidad y la voluntad (efectivos).- Tienden al desarrollo de los instintos sociales o altruistas.
5. Juegos artísticos.- Satisfacen principalmente el libre juego de la imaginación.

Otros juegos como los rompecabezas o juegos de construcción facilitan que el niño/a ejercite la imaginación y que pueda construir todo aquello que los materiales del juego le sugieran. Y hay que tener presente que no es conveniente darle al niño/a juegos con demasiadas dificultades ya que sería muy frustrante para él resolverlas.

Es por ello que consideramos importante al juego en el desarrollo porque ayuda al niño/a su independencia en las actividades de la vida diaria como en la escuela y la socialización.

1.2.1 Los Juegos en los Niños/as de 4 a 6 años.

Si se desea conocer a los niños/as en su mundo consciente e inconsciente es necesario comprender sus juegos; observando éstos descubrimos sus adquisiciones evolutivas, sus inquietudes, sus miedos, aquellas necesidades y

AUTORAS:

Gutiérrez Ruilova Doris Paola.
Panamá Carrillo Bernarda Patricia.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

deseos que no pueden expresar con palabras y que encuentran salida a través del juego.

Así mismo, los niños/as mediante el juego, empiezan a comprender el funcionamiento de las cosas, descubren que existen reglas para poder relacionarse con los demás.

A los cuatro años el niño/a comienza a desarrollar su imaginación, habilidad manual o proceso de imitación.

Se interesa en jugar al doctor, a los novios, a la mamá y al papá, a los esposos, el juego simbólico es preferido, le gusta armar con bloques, casas con telas y objetos de gran tamaño.

A partir de los cinco años, los niños/as no acostumbran a pedir los mismos juguetes; para ellos la naturaleza es de gran interés (animales y plantas).

Los varones juegan a que son los súper héroes con los que se identifican y se pueden disfrazar mejor; las mujeres en cambio prefieren juegos más tranquilos como: muñecas, hacer la comidita, jugar a la mamá; a maquillarse, peinarse y disfrazarse.

Los niños/as de seis años de edad empiezan a tener gran ansiedad y tensión ya que empiezan a formar responsabilidad escolar. Les encanta los juegos fantásticos, los juegos donde tengan que mostrar sus capacidades intelectuales combinados con el azar como: la lotería, el dominó, juegos de memoria, las carreras y por sobre todo triunfar.

1.3 Trastornos más Frecuentes en los Niños/as en la edad de Cuatro a Seis años.

La etapa de la escolaridad es sin duda muy importante en el proceso evolutivo de los niños/as, porque de ella dependerá el futuro de los mismos, el fracaso prematuro en este proceso de adaptación y aprendizaje coloca al niño/a ante el riesgo de ser un candidato a futuras dificultades en el desarrollo de la

AUTORAS:

Gutiérrez Ruilova Doris Paola.
Panamá Carrillo Bernarda Patricia.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

personalidad. Se le puede detectar al niño/a que no responde a las nuevas pautas, relaciones, exigencias y tipos de trabajo en el ambiente escolar.

La autora Narvarte cita los factores que inciden en los Trastornos más frecuentes en los niños los cuales son los siguientes:

Factores sociales y culturales: problemas a nivel socio-cultural, es decir el niño/a no puede adaptarse con la realidad de la escuela.

Factores familiares: dificultades en el ámbito familiar que le impiden al niño/a adaptarse a la escuela, es decir divorcios, migración, muertes, etc.

Factores físicos o biológicos: cualquier alteración física (corporal o sensorial) que no esté contemplada en el ámbito escolar o que no permita al niño/a responder a los requerimientos pedagógicos.

Consideramos importantes estos factores, sin embargo; ponemos a consideración que los factores conductuales podrían responder a la relación que existen entre los factores socioculturales, familiares y los físicos, o a su vez como síntoma de la disfunción familiar.

Una inadecuada adaptación a la vida escolar puede provocar que el niño/a fracase, pero si esta situación es tratada y guiada íntegramente podremos ayudar a que supere, y así tener buenos resultados.

Según el libro Trastornos Escolares, hemos encontrado los trastornos más comunes y los presentamos a continuación:

Retraso Escolar: se encuentra en este grupo a niño/a de coeficiente intelectual bajo y normal que no se adaptan ni responden a los requerimientos de las instituciones, estas pueden provenir de la familia, escuela y del mismo niño/a.

Perturbación del aprendizaje: se trata de una alteración o bloqueo temporal que impide el desarrollo escolar general o de un área determinada, y que deteriora el aprendizaje acumulando contenidos no específicos.

AUTORAS:

Gutiérrez Ruilova Doris Paola.
Panamá Carrillo Bernarda Patricia.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Dislexia: dificultad en la ejecución y expresión de la lectoescritura, denunciada por errores gráficos.

Disgrafía: trastorno del aprendizaje que afecta a la calidad de escritura, en el trazado o en la grafía.

Discalculia: dificultad para integrar los símbolos numéricos.

Alteraciones en la lectura: lectura contaminada por diversos errores, que distorsionan el aspecto expresivo y comprensivo de la misma.

Inmadurez: significa retraso con respecto a la media estadística o inestabilidad con respecto a la misma.

Alteraciones del lenguaje: trastorno de la emisión vocal, por funcionamiento laríngeo perturbado, con una unión anormal de las cuerdas vocales.

Trastornos de conducta: trastorno del desarrollo de la personalidad que responde a factores afectivos y se manifiesta en el hogar y en la escuela, son de origen familiar.

Autismo: el niño/a a partir de los tres años tiene la capacidad de integrarse con otros niño/a/as, a los seis años esta integración se transforma en sociabilidad grupal y es en los nueve años que aparece la amistad selectiva. El niño/a que en líneas generales no responde a estos parámetros y se aísla, no se adapta puede tener problemas de autismo.

Hiperactividad: se ha definido por la incapacidad para fijar la atención durante un periodo prolongado debido a la intranquilidad y la impulsividad en los niños/as, que va de la mano del llamado Déficit de Atención. Tema que se tratará a profundidad en el capítulo siguiente.

AUTORAS:

Gutiérrez Ruilova Doris Paola.
Panamá Carrillo Bernarda Patricia.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

CAPITULO II

Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.

En los últimos tiempos el trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad ha sido un aspecto importante, estudiado por los médicos, psicólogos, educadores y padres, ya que es un síndrome que se presenta en la niñez con más frecuencia, si no es abordada esta dificultad a tiempo puede durar toda la vida.

2.1 Definición de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad:

Para hablar de este tema tenemos que diferenciar sobre dos aspectos importantes a tratar: el Trastorno por Déficit de Atención y la Hiperactividad.

Se entiende al Trastorno por Déficit de Atención (TDA) “como una dificultad compleja de la función atencional que perturba el comportamiento general y el aprendizaje” (Narvarte, 2008, p. 10). Es decir, son personas que tienen dificultad en la atención que conlleva a problemas para seguir una actividad ordenada por reglas, o para realizar trabajos encomendados, planificados, entre otros.

Esta dificultad pertenece al grupo de los Trastornos del Aprendizaje, en la mayoría de los casos va acompañada por hiperactividad e impulsividad, lo que produce una desorganización a nivel conductual y cognitiva, cabe recalcar que no está asociado directamente con el CI bajo, por lo que esta dificultad aparece antes de los siete años.

A lo largo del tiempo el término que se utilizaba para referirse a los Trastornos de Atención ha ido cambiado, en el año de 1980 las siglas que se utilizaban fueron ADD que significa en inglés Attention Deficit Disorder, traducido al español significa Desorden Deficitario De Atención denominado en el manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (D.S.M III), para comienzos del año 1987 se divide al ADD del AD/HD, ya que se consideran a la hiperactividad una característica primordial en este trastorno. Es así que para

AUTORAS:

Gutiérrez Ruilova Doris Paola.
Panamá Carrillo Bernarda Patricia.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

el año de 1994 se introduce estas siglas AD/HD, como resultado de varias pruebas de campo y con el adelanto científico. De acuerdo a las características asociadas con el desorden, se dividen en tres subtipos:

- Falta de atención: se da cuando el niño/a no termina las cosas que empieza, dando la impresión de que no escucha, distraídose con facilidad, dificultad para concentrarse en las actividades que requieren una atención sostenida.
- Impulsividad: el niño/a actúa antes de pensar, cambia rápidamente de una actividad a otra, dificultad para la organización en el trabajo, no respeta turnos en un juego y grita para llamar la atención.
- Hiperactividad: el niño/a corre, sube y baja las cosas, no puede quedarse sentado, se mueve en exceso durante el sueño y siempre está eufórico, este tema se profundizará más adelante.

De estas características propias del Déficit de Atención se desprenden a su vez estos subtipos que es una combinación de las tres:

1. Trastorno por Déficit de Atención de tipo predominantemente combinado con síntomas múltiples de inatención, impulsividad e hiperactividad.
2. Trastorno por Déficit de Atención de tipo predominantemente desatento o inatento, síntomas múltiples de inatención con poco o quizás ningún síntoma de hiperactividad o impulsividad.
3. Trastorno por Déficit de Atención de tipo predominantemente hiperactivo-impulsivo, síntomas múltiples de hiperactividad-impulsividad con pocos o quizás ningún síntoma de inatención.

Existen niños/as que no pueden estar sentados y tranquilos debido a que son predominantemente inatentos y como consecuencia tienen mucha dificultad en concentrarse en una tarea o actividad, en cambio existen otros niños/as que ponen atención en una tarea pero pierden el interés por su hiperactividad o impulsividad. El subtipo que más prevalece es el combinado, siendo niños/as que tienen síntomas de las tres características.

AUTORAS:

Gutiérrez Ruilova Doris Paola.
Panamá Carrillo Bernarda Patricia.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Por otra parte nos centraremos a hablar sobre la hiperactividad es un trastorno de la conducta de los niños/as, descrito por primera vez en 1902, por Still. Se trata de niños/as que desarrolla una intensa actividad motora, que se mueven continuamente, sin que toda esta actividad tenga un propósito, van de un lado para otro, pudiendo comenzar alguna tarea, pero que abandonan rápidamente para comenzar otra, que a su vez, vuelven a dejar inacabada. Esta hiperactividad aumenta cuando están en presencia de otras personas, especialmente con las que no mantienen relaciones frecuentes. Por el contrario, disminuye la actividad cuando están solos.

Según Still, estos niños/as poseen características problemáticas, son insensibles a los castigos, inquietos y nerviosos.

También son niños/as difíciles de educar, ya que pocas veces pueden mantener durante mucho tiempo la atención puesta en algo, con lo que suelen tener problemas de rendimiento escolar a pesar de tener un cociente intelectual normal. Son muy impulsivos y desobedientes, no suelen hacer lo que sus padres o maestros les indican, o incluso hacen lo contrario de lo que se les dice. Son muy tercos y obstinados, a la vez que tienen un umbral muy bajo de tolerancia a las frustraciones, con lo que insisten mucho hasta lograr lo que desean.

Esto unido a sus estados de ánimos bruscos e intensos, a su temperamento impulsivo y fácilmente excitable, hace que creen frecuentes tensiones en casa o en el colegio. En general, son niño/as incapaces de estarse quietos en los momentos que es necesario que lo estén. Un niño/a, que se mueva mucho a la hora del recreo y en momentos de juego.

A estos niños/as, lo que les ocurre es que no se están quietos en clase o en otras tareas concretas.

Los indicadores de hiperactividad según la edad del niño/a expuesto por Narvarte son los siguientes:

AUTORAS:

Gutiérrez Ruilova Doris Paola.
Panamá Carrillo Bernarda Patricia.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

- De 0 a 2 años. Descargas clónicas durante el sueño, problemas en el ritmo del sueño y durante la comida, períodos cortos de sueño y despertar sobresaltado, resistencia a los cuidados habituales, reactividad elevada a los estímulos auditivos e irritabilidad.
- De 2 a 3 años. Inmadurez en el lenguaje expresivo, actividad motora excesiva, escasa conciencia de peligro y propensión a sufrir numerosos accidentes.
- De 4 a 5 años. Problemas de adaptación social, desobediencia y dificultades en el seguimiento de normas.
- A partir de 6 años. Impulsividad, déficit de atención, fracaso escolar, comportamientos antisociales y problemas de adaptación social.

A partir de esta explicación sobre el Déficit de Atención y por otra parte la hiperactividad nos centraremos a hablar sobre el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad tema que estamos estudiando en nuestra investigación bibliográfica.

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad más conocido como TDAH es un trastorno cerebral en el que intervienen factores genéticos y ambientales. Se manifiesta como un aumento de la actividad física, impulsividad y dificultad para mantener la atención. El TDAH suele afectar más a varones, pero generalmente afecta a la población infanto-juvenil y sus consecuencias se aprecian en muchos ambientes tales como familiares, escolares y sociales.

El niño/a con TDAH entre 3 y 6 años (grupo de edad al que estamos estudiando) tiene una hiperactividad que lo lleva a poner en riesgo su integridad física, ya que corren precipitadamente, y sin percatarse de escaleras por lo que constantemente se caen, tocan todo y tiran lo que está a su alrededor.

AUTORAS:

Gutiérrez Ruilova Doris Paola.
Panamá Carrillo Bernarda Patricia.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Estas actividades también van acompañadas de una actitud negativa y desafiante por lo tienen gran dificultad de entablar relaciones sociales, especialmente dentro del medio escolar.

2.2 *Causas*

No se sabe a ciencia cierta qué es lo que causa este trastorno, pero en muchos de los casos es transmitido genéticamente y es el resultado de un desequilibrio o deficiencia en ciertos neurotransmisores o substancias químicas que ayudan al cerebro a regular la conducta.

Otro estudio casuístico sobre el origen del Déficit de Atención con Hiperactividad es realizado desde una visión sistémica, este enfatiza que la causa a este trastorno se da en niños/as cuyas familias han tenido algún tipo de disfuncionalidad en sus relaciones familiares, estos niños/as expresan el síntoma mediante su comportamiento hiperactivo y desatento.

Pueden estar pasando por un periodo de crisis familiar como migración, adopción, algún tipo de violencia o maltrato en todas sus dimensiones, entre otras. Algunos sistémicos critican fuertemente al consumo de la medicación como un tratamiento, ya que dicen que dicha medicación no cura y lo que produce efectos nocivos en su organismo como puede ser la pérdida de peso, aumento de la frecuencia cardíaca, etc escondiendo así el síntoma a este trastorno.

Por lo que proponen trabajar con el contexto en donde el niño/a se desenvuelve, y realizan una evaluación a la familia principalmente, plantean también que la medicación sea el último recurso controlada por el especialista.

2.3 *Características*.

Entre las características más importantes son la falta de atención, la impulsividad y la hiperactividad que fueron mencionadas anteriormente,

AUTORAS:

Gutiérrez Ruilova Doris Paola.
Panamá Carrillo Bernarda Patricia.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

además de estas tres características nombraremos las conductuales y motoras.

La autora, Narvarte da a conocer las siguientes características conductuales:

Características conductuales:

- Arrebatos emocionales
- Baja tolerancia a la frustración
- Testarudez
- Insistencia en que se satisfagan sus peticiones
- Labilidad emocional
- Baja autoestima
- Rechazo hacia gran número de actividades
- Nerviosismo
- No espera el turno
- Agresividad
- Tiende al aislamiento
- Introversión
- Apatía
- Actitud sumisa o problemática entre las relaciones vinculares
- Excesiva cólera o excitación
- Conductas de negación y desinterés
- Desorganización
- Incumplimiento e impuntualidad

Características de las conductas motoras:

- Dificultad para quedarse sentado
- Movimientos constantes
- Deambula
- Toca todo

AUTORAS:

Gutiérrez Ruilova Doris Paola.
Panamá Carrillo Bernarda Patricia.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

- Conversa constantemente
- Mueve las manos o los pies persistentemente
- Cambia de postura en el asiento constantemente
- Agitación Física
- Inquietud
- Actividad incesante que a veces se torna peligrosa en el niño/a
- Destructividad de objetos
- Energía ilimitada

2.4 *Diagnóstico*

El diagnóstico del Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad se basa en muchos criterios clínicos, médicos, psiquiatras y psicólogos; son los encargados de dar un diagnóstico a cerca de este trastorno, los educadores, padres, tienen posibilidad de observar los distintos comportamientos, para poder dar una información clara a las personas que sepan cómo trabajar con niños/as con TDAH.

Lo primero que se debe hacer es tener un diagnóstico claro y específico para poder tomar cualquier solución, puede ser neuro-psicológico, neurológico-neuropediátrico, que permite trazar acciones terapéuticas, escolares y familiares; también explica la naturaleza del trastorno, su causa, su evaluación y generalidades o manifestaciones.

Un diagnóstico diferencial de hiperactividad permite unificar criterios mediante la cual todas las partes intervenientes como psicólogos, neurólogos, educadores, pueden comunicarse entre sí de manera clara, sencilla, rápida y eficaz, puede abordarse como un trastorno de conducta, o bien como un trastorno que compromete tanto la conducta como el aprendizaje. No se debe realizar antes de los cinco años.

AUTORAS:

Gutiérrez Ruilova Doris Paola.
Panamá Carrillo Bernarda Patricia.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

“En algunos manuales como el DSM IV, que da pautas para detección y diagnóstico; dicen que 6 o más de los siguientes síntomas que se presentara el niño/a son hiperactivos.

- A. Muchas veces es inquieto con sus manos y pies cuando debe permanecer sentado.
- B. Muchas veces no puede permanecer sentado en clase o en situaciones donde se espera que lo haga.
- C. Muchas veces corre o trepa en forma descontrolada, en situaciones inapropiadas (en adolescentes, esto puede limitarse a una sensación subjetiva de inquietud).
- D. Muchas veces tiene dificultad para jugar de manera callada.
- E. Muchas veces está en actividad constante, como si estuviera impulsado por un motor.
- F. Muchas veces habla en forma excesiva.
- G. Muchas veces responde sin que haya concluido la pregunta.
- H. Muchas veces tiene dificultad para esperar su turno.
- I. Muchas veces interrumpe las actividades o el discurso de los otros.
- J. Algunos de estos síntomas estaban presentes antes de los 7 años”.(Narvarte, 2008, p. 49)

Este tipo de diagnóstico puede ser complementado con cuestionarios a padres y/o maestros que describan detalladamente la conducta del niño/a.

El diagnóstico se realiza a través del equipo multidisciplinario que incluye:

Diagnóstico Neurológico.

El neurólogo realizará el diagnóstico bajo la apreciación de conductas y síntomas que el niño/a presenta; el DSM IV, suele ser una herramienta idónea para el diagnóstico en el consultorio.

AUTORAS:

Gutiérrez Ruilova Doris Paola.
Panamá Carrillo Bernarda Patricia.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Diagnóstico Psicopedagógico.

En este proceso se busca conocer el problema en profundidad y determinar las mejores intervenciones para resolver las situaciones problemáticas vinculadas al proceso de enseñanza aprendizaje que motivaron la consulta.

El diagnóstico psicopedagógico tiene un encuadre que incluye:

Entrevistas a padres: Importante tener la historia de la vida del niño/a observando puntualmente los episodios de hiperactividad e impulsividad, y cómo han ido evolucionando y perturbado la conducta y la escolaridad del niño/a. Se requiere de 6 a 8 sesiones, según la magnitud e implicancia de la problemática de cada niño/a.

Solicitud de informes escolares: La escuela deberá enviar un informe completo descriptivo de la conducta y el aprendizaje.

En el diagnóstico escolar consiste en evaluar y el de discriminar la conducta perturbada del niño/a y observar si se comprometen el aprendizaje, los vínculos sociales, etc.

Diagnóstico terapéutico.

Se trata del diagnóstico neuropsicológico que permitirá valorar las características individuales y específicas del paciente y su trastorno; incluirá pruebas de aptitudes-capacidades de las funciones cognitivas, destrezas sociales y condición para el aprendizaje académico, por lo que se llegará a un resultado tras haber realizado diversas pruebas psicotécnicas y valorado las características del contexto familiar y escolar.

AUTORAS:

Gutiérrez Ruilova Doris Paola.
Panamá Carrillo Bernarda Patricia.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

2.4 Tratamiento Recomendado para el Trastorno de Déficit de Atención con Hipervactividad.

2.4.1 Tratamiento en Niños/as con TDA-TDAH.

El tratamiento de niños/as con TDAH es multimodal, ya que es analizado por varios profesionales encargados, es importante involucrar al padre como a la madre del niño/a que se encuentra bajo tratamiento para que el trabajo sea en equipo y no solo para uno.

El tratamiento incluye abordar desde:

Tratamiento Farmacológico.

Ningún maestro, profesor, psicólogo ni psicopedagogo u otro terapeuta, tiene autoridad para sugerir ni muchos menos indicar el tratamiento farmacológico; será una decisión, luego de un diagnóstico completo, que sugerirá el Neurólogo, el Psiquiatra o el Neuropediatra.

“Hay tres puntos claves sobre la medicación en el TDAH, que son los siguientes.

- 1) La medicación no es efectiva en el 100% de los casos
- 2) La medicación no es efectiva como único tratamiento, sino que debe ser acompañado por un tratamiento psicopedagógico o psicológico.
- 3) La medicación no se indica en niños/as menores de seis años, salvo que esté en riesgo su integridad física o que el niño/a se vea impedido de llevar a cabo una vida social y escolar.”
(Narvarte, 2008, p. 64)

Estos tres puntos clave son importantes, para poder entender que la medicación no es segura un 100% como se creía ni es solo la única forma de abordaje, sino existen otros métodos o recursos que complementan al tratamiento.

AUTORAS:

Gutiérrez Ruilova Doris Paola.
Panamá Carrillo Bernarda Patricia.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

El tratamiento farmacológico se puede decir que para que tenga unos buenos resultados es aconsejable que debe estar acompañado con el tratamiento psicoterapéutico y educativo adecuado.

Tratamiento psicopedagógico:

Una vez realizado el Diagnóstico, y habiendo concluido con que es necesaria una atención psicopedagógica, se comienza con el Tratamiento Psicopedagógico propiamente dicho.

El tratamiento psicopedagógico, debe tener una orientación neuropsicológica, quedando inhabitado el tratamiento psicopedagógico tradicional en el caso del TDA-TDAH.

Este tratamiento es el indicado para niños/as pequeños a partir de los 4 y 5 años, siendo muy adecuado por su característica psico-educativa y para acompañar el desenvolvimiento escolar y las necesidades que se puedan presentar en la escuela, a la vez se ajusta y contiene la organización conductual. También irá permitiría que vaya modificando o atenuando la sintomatológica que caracteriza al TDA.

El tratamiento psicopedagógico sirve para:

- Trabajar sobre los trastornos de aprendizaje: digrafía, dislexia, discalculia.
- Entrenamiento del uso del tiempo y de la organización de las actividades.
- Facilitar actividades especiales.
- Asesoramiento del docente en cuanto a estrategias pedagógicas.

El tratamiento psicopedagógico en la escuela estará a cargo del Equipo de Orientación Escolar, siendo una buena técnica el trabajo de reflexión grupal dentro o fuera del aula, la principal meta de la escuela ante estos trastornos es ayudar a que el niño/a domine el ambiente escolar y social.

AUTORAS:

Gutiérrez Ruilova Doris Paola.
Panamá Carrillo Bernarda Patricia.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

El Tratamiento Psicoterapéutico.

El Psicólogo:

El evaluará los aspectos conductuales y familiares del niño/a.

La familia que está a su alrededor debe colaborar en la organización de su conducta, pero por sobre todas las cosas, debe saber y tener bien en claro que es un niño/a con TDAH.

Para poder describir situaciones y características que describen al niño/a con TDA, tomaremos dos puntos de partida:

- Aquellos padres que conocen la existencia del TDH y ven en sus hijos todas las características.
- Arriban un diagnóstico desconocido hasta el momento para ellos.

Como sabemos la escolaridad, es ideal para estos niños/as, se debe organizar el tiempo después de clases ya que es importante para el descanso y para el cumplimiento de las tareas.

Al regresar de la escuela luego de comer, es bueno dejar un tiempo libre para que el niño/a haga lo que quiera como el de jugar, descansar, correr, mirar la televisión y otras actividades.

Además de jugar y el de hacer la tarea, debe ocuparse de las tareas del hogar que le correspondan, para toda actividad habrá que guiarlo para que se organice.

En el tratamiento psicoterapéutico incluirá una parte del abordaje, en el que este se complementa con terapia para el niño/a y su familia, mediante la terapia de juego, terapia familiar.

La Terapia del Juego se emplea para el tratamiento de los trastornos psicológicos, como técnica para comprender los mecanismos del juego infantil,

AUTORAS:

Gutiérrez Ruilova Doris Paola.
Panamá Carrillo Bernarda Patricia.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

que es la manera natural de comunicación del niño/a, a través del juego, el niño/a expresa sus sentimientos, ansiedades y resuelve sus conflictos.

La Terapia Familiar consiste en realizar una psicoterapia en donde todos o algunos de los miembros de la familia participan en la solución a sus problemas, esta Terapia ha sido beneficiosa ya que ha sido de mucha ayuda para familias que atraviesan momentos difíciles de su vida.

AUTORAS:

Gutiérrez Ruilova Doris Paola.
Panamá Carrillo Bernarda Patricia.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

CAPITULO III

Terapia de Juego

3.1 ¿Qué es la Terapia de Juego?

El juego es la manera natural que tienen los niño/as para poder comunicarse, por lo tanto, se usa la Terapia de Juego para que los niño/as puedan describir, expresar sus pensamientos, sentimientos y percepciones de su mundo interno y externo. También es el medio por el cual el niño/a desarrolla nuevas habilidades para pensar; si lográramos entender sus juegos podremos entenderlos.

No cabe duda que para llegar al niño/a, a sus fantasías, temores, conflictos y sueños, es a través del juego, ya que el juego es una actividad tan diversa como única en cada etapa de la infancia y de la niñez; el niño/a que se entrega al juego, lo hace tan igual como un adulto a su trabajo.

“La Terapia de Juego es una terapia efectiva que ayuda al niño/a a modificar su comportamiento, clarificar el concepto de sí mismo, y construir relaciones saludables. En la Terapia de Juego, el niño/a entra a una relación dinámica con el terapista que le ayuda a expresar, explorar y encontrar un sentido a sus dificultades, experiencias dolorosas o problemas. Estos problemas incluyen depresión, ansiedad, agresión, dificultades de aprendizaje, déficit de atención, abuso, ruptura familiar, y violencia doméstica” (Pinedo Sotelo Virginia, 2008, ¶1).

La autora Pinedo comenta que los Terapeutas utilizan la Terapia de Juego, para ayudar a los niño/as a expresar lo que les incomoda, cuando no poseen el lenguaje verbal para expresar sus pensamientos y sentimientos, ya que los juguetes son las palabras del niño/a, y el juego su lenguaje.

La Terapia de Juego es la forma más adecuada de tratamiento para los niño/as que presentan alguna dificultad en sus emociones, las cuales pueden ser las

AUTORAS:

Gutiérrez Ruilova Doris Paola.
Panamá Carrillo Bernarda Patricia.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

siguientes: dolor o pérdida debido a una muerte o divorcio, el miedo, la confusión, o ira relacionada a vivir con un parent que abusa de sustancias, baja autoestima, incapacidad para contener los impulsos o la agresión; la timidez, la diferencia física de sus compañeros; problemas en la escuela, hiperactividad y los efectos del abuso físico o sexual o negligencia.

La clave del éxito de la terapia de juego es que el niño/a se sienta seguro y comprendido, el terapeuta tiene que demostrar al niño/a seguridad ya que mientras más seguro se siente el niño/a con el psicólogo, más puede permitir que su dolor se exprese a través del juego y de su conducta.

Erickson (1950) nos dice que el juego tiene una función de comunicación, es a través del juego que se ayuda a los niño/as a expresarse y posteriormente a resolver sus trastornos emocionales, conflictos, o traumas. Y además a promover el crecimiento y el desarrollo integral, tanto en lo cognitivo como en las interacciones con sus semejantes de manera apropiada.

El terapeuta debe estar alerta para reconocer los sentimientos que expresa el niño/a, para lograr que se establezca el vínculo terapéutico las sesiones deben ser constantes y los padres del pequeño comprometerse a que esto se dé, llevando ininterrumpidamente al niño/a a su terapia, y hablando con el terapeuta sobre sus inquietudes.

Además el terapeuta debe tener toda la disposición, paciencia, respeto, consideraciones por el niño/a, estableciendo límites que le permitan al niño/a aprender acatamiento y contención. El terapeuta sólo establece los límites necesarios para tener sujeta la Terapia a la realidad y para concienciar al niño/a de su responsabilidad en la relación.

En 1949 Bixler describe los siguientes aspectos con respecto a los límites en la terapia:

1.- No debe permitirse al niño/a que destruya artículos en la oficina.

AUTORAS:

Gutiérrez Ruilova Doris Paola.
Panamá Carrillo Bernarda Patricia.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

- 2.- No debe permitirse al niño/a atacar físicamente al terapeuta.
- 3.- No debe permitirse al niño/a permanecer más del tiempo programado para la entrevista.
- 4.- No debe permitirse al niño/a extraer juguetes del cuarto de juego.
- 5.- No debe permitirse que el niño/a disponga de juguetes, ni de ningún otro material empleados en la terapia.

Pensamos que los límites que debe establecer un terapeuta permiten al niño/a que exprese sus sentimientos ya que estos límites ayudan a una contención estabilidad seguridad y un control. Además permiten al terapeuta mantener una actitud positiva hacia el niño/a.

Estos límites deben establecerse desde la primera sesión con la consigna de presentación.

En las primeras sesiones el terapeuta no estructura el juego (lo deja libre) simplemente observa, analiza, aclara, comprende y ayuda al niño/a a sentirse seguro. Más adelante se irán organizando las sesiones según lo que necesite el niño/a, y según su edad.

Es importante anotar que cada edad tiene una forma de jugar, una forma de ser al mundo y de cómo se integra el niño/a al mismo.

Se debe proporcionar diversos juguetes al niño/a, manteniéndolo en un orden que llame a la exploración y curiosidad, hay que evitar la acumulación de material sin propósito.

Es recomendable tener buena cantidad de juguetes que puedan usarse de diferentes maneras (por ejemplo, juguetes para construir). También hay que tener algunos juguetes que promuevan sentimientos difíciles de tratar en la vida diaria como aquellos que suscitan Agresión o Dependencia (por ejemplo:

AUTORAS:

Gutiérrez Ruilova Doris Paola.
Panamá Carrillo Bernarda Patricia.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

pistolas, carritos armados, trastos, utensilios de cocina, etc.), y juguetes que permitan la competencia, donde pueda intervenir el terapeuta si es la oportunidad.

Funciones de la Terapia del Juego

Según Larocca Félix, las funciones de la Terapia de Juego son las siguientes:

Biológicas:

1. Aprender habilidades básicas.
2. Relajarse, liberar energía excesiva.
3. Estimulación cenestésica, ejercicios.

Intrapersonales:

1. Deseo de funcionar.
2. Dominio de situaciones.
3. Exploración.
4. Iniciativa.
5. Comprensión de las funciones de lamente, cuerpo y mundo.
6. Desarrollo cognitivo.
7. Dominio de conflictos.
8. Satisfacción de simbolismos y deseos.

AUTORAS:

Gutiérrez Ruilova Doris Paola.
Panamá Carrillo Bernarda Patricia.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Extra personales:

1. Desarrollo de habilidades sociales.
2. Separación – individuación.

Socioculturales:

1. Imitación de papeles deseados (en base a modelos que presentan los Adultos que lo rodean).

Estas funciones de la Terapia de Juego son importantes ya que el terapeuta tiene la responsabilidad de determinar la técnica más apropiada para el caso que se le presente.

Por otra parte, la Terapia de Juego, puede aplicarse en el consultorio privado, en hospitales, en el salón de escuelas, en instituciones de la comunidad, etc. La Terapia Infantil consiste en una secuencia de sesiones, en la cual el psicólogo va trabajando con el niño/a diferentes aspectos de su problemática.

Estas sesiones se realizan normalmente a través del juego y de otras actividades relacionadas con el problema que presenta el niño/a, según sea el trastorno, así será la duración y la frecuencia de estas sesiones, estas sesiones podrán ser realizadas individualmente o en grupo, según la conveniencia de cada caso.

¿Qué evaluamos en la Terapia de Juego?

Según la autora Álvarez Rocío evaluamos en la terapia de juego lo siguiente:

- Las defensas del niño/a.
- La capacidad para tolerar la frustración.
- Sus fantasías y emociones.
- Sus inquietudes y temores.

AUTORAS:

Gutiérrez Ruilova Doris Paola.
Panamá Carrillo Bernarda Patricia.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

- Sus habilidades especiales y dificultades.
- Comportamiento en general.
- Niveles de dependencia – independencia.
- Niveles de agresividad.
- Rivalidad fraterna, cómo hace frente a la competencia.
- Niveles de ansiedad (cualquier interrupción abrupta en el juego es un indicador importante de ansiedad y de problemas).

Los juguetes deben ser terapéuticos, deben permitir expresar los sentimientos y las emociones de los niño/as, o de los adultos, cuando arman su mundo de arena. Además el niño/a debe sentirse protegido, los juguetes no deben transmitir mensajes conflictivos, ni confusos.

La Sala De Juego.

Nos sirve para realizar las intervenciones psicoterapéuticas en la que se irá trabajando y evaluando al niño/a las dificultades que este afrontando en su entorno o en el medio que le rodea, es por ello, que los juguetes deben cumplir el propósito de ayudar a resolver ciertas conductas o problemas del niño/a.

Se debe proporcionar diversos juguetes al niño/a, manteniéndolos en un orden que llame a la exploración y elección.

Axline (1947), cuenta con una lista de materiales los cuales son los siguientes:

- Familia de muñecas.
- Una casita y algunos muebles.
- Crayolas, plastilina, tijeras.
- Suficiente papel para dibujar.
- Animales.
- Soldados, carritos, indios y vaqueros.
- Aviones y barcos.
- Muñecos bebe de trapo y biberones.
- Títeres que representen una familia.

AUTORAS:

Gutiérrez Ruilova Doris Paola.
Panamá Carrillo Bernarda Patricia.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

- Teléfonos (dos).
- Policías, médicos, equipos médicos.
- Algunos materiales para construcción como los “Lego”, cubos de diferentes tamaños.
- Si es posible una caja de arena para colocar soldados, barro, carritos y animales.
- Es recomendable los libros de cuentos e historietas ya que algunos niño/as prefieren la lectura y hacer historias con material de sus propias vidas.

Estos materiales nos ayudan para que el niño/a nos pueda comunicar sus problemas que está afrontando.

En el juego hay que dejar que el niño/a libere su imaginación, que exprese cómo ve al mundo y de qué manera se conecta con él. Tenemos que tener paciencia y esperar que el niño/a verbalice sus fantasías y las expresiones de sus emociones mediante los juguetes que se le den.

3.2 *Principales Enfoques de la Terapia de Juego:*

La psicoterapia infantil fue creada por Freud para el tratamiento de su paciente Hans. La Terapia del Juego fue empleada en 1919, por Hug-Hellmuth.

Ana Freud comenzó a utilizar el juego en 1928, como forma de atraer a los niños/as a la terapia y como medio terapéutico. En el psicoanálisis tradicional, la mayor parte del trabajo de análisis se daba cuando se unían los aspectos saludables de la personalidad del paciente, con las fuerzas contrapuestas por el analista, sobre su Yo enfermo. Cuando el niño/a va desarrollando una relación satisfactoria, la atención de la sesión se traslada desde el juego a las interacciones verbales.

Melanie Klein, empleó el juego como sustituto de la verbalización para comunicarse con los niños/as.

AUTORAS:

Gutiérrez Ruilova Doris Paola.
Panamá Carrillo Bernarda Patricia.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

En 1938, Salomón desarrolló la terapia del juego activa, para emplearla con niños/as impulsivos, para ayudarlos a expresar su ira y temor, ayudándolos a redirigir la energía antes de actuar, para emprender conductas más aceptables. Da prioridad al desarrollo del concepto de tiempo en el niño/a, como ayuda en la separación de los traumas pasados, de sus actos futuros.

Analistas como Hambridge, recrearon en el juego, el suceso motivador de la ansiedad, pero en una etapa intermedia de la relación terapéutica, cuando el niño/a ya tiene suficientes recursos para manejar este procedimiento, directo de introspección.

La Terapia del Juego experimentó un desarrollo importante a partir de los trabajos de Carl Rogers y Virginia Axline.

Hemos visto brevemente como la Terapia de Juego fue introducida mediante lo largo de este tiempo, y lo importante que se ha vuelto este método en el trabajo con niños/as, a continuación veremos cuáles son los enfoques de esta terapia:

- Terapia de juego psicoanalítica
- Terapia de juego centrada el cliente (no directiva)
- Terapia de juego familiar
- Terapia de juego razonable.

Terapia de juego Psicoanalítica:

Para el psicoanálisis el juego tiene una función establecida y bien definida: “Promueve la relación de trabajo entre el paciente y el terapeuta, permite la comunicación de deseos, fantasías y conflictos en una forma que el niño/a puede tolerar efectivamente y expresar al nivel de sus capacidades cognoscitivas”. (Schaefer & O'Connor, 1997, p. 15)

Es decir creemos que mediante el juego el niño/a expresa su lenguaje que en muchas ocasiones se le hace difícil hablar a los adultos, es el papel del terapeuta observar, intentar entender, integrar y finalmente comunicar los

AUTORAS:

Gutiérrez Ruilova Doris Paola.
Panamá Carrillo Bernarda Patricia.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

significados del juego del niño/a, y así poder que el niño/a entienda sobre su conflicto con el fin de dar una resolución adecuada. El juego en la terapia psicoanalítica es el medio para este fin.

No se concibe como un agente terapéutico, sino como una herramienta mediante la cual tanto el niño/a como el terapeuta se comunican y explican el objetivo terapéutico común.

Su principal representante: Freud

Terapia de juego Centrada en el Cliente (no directiva)

Conocida también como no dirigida, y es en este enfoque en que vamos a profundizar en nuestra investigación bibliográfica y será redactada en el ítem siguiente. Se trata de dar permiso a los niños/as para expresarse verbalmente en la forma en que elijan, el niño/a se hace responsable de controlar su conducta, y sus límites, no se le da instrucciones al niño/a ni se le dirige que es lo que debe jugar, es decir es el propio niño/a quien conduce el juego, por lo que los juguetes son no estructurados.

El papel del Terapeuta es aceptar las expresiones y direcciones del niño/a y es muy empático. Cuando al niño/a se le ofrece libertad y aceptación para controlarse a sí mismo, podrá expresar con facilidad sus sentimientos, hacia una determinada situación. Su principal representante: Axline

Terapia de juego familiar:

La Terapia de Juego Familiar es una técnica está orientada a realizar actividades planeadas con anterioridad por el terapeuta junto con los miembros de la familia, es una terapia a corto plazo, y es una opción para que mejoren las relaciones de comunicación entre padres e hijos, pidiendo a los padres y a los hijos que hagan un listado de los juegos favoritos. El terapeuta enseguida se dará cuenta como que tipos de actividades disfruta la familia.

AUTORAS:

Gutiérrez Ruilova Doris Paola.
Panamá Carrillo Bernarda Patricia.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Su principal representante: Villeneuve, Ziegler.

Terapia de juego razonable:

Esta terapia busca tratar con igualdad a los niños/as, el propósito es elaborar condiciones en la que los niños/as puedan aprender formas para resolver dificultades y establecer relaciones interpersonales, el terapeuta participa activamente puede conducir el juego o seguir, es importante que se convierta en observador/intérprete. Se aplica a niños/as con problemas de conducta, fóbicos, hostiles, manipuladores, ansiosos, etcétera.

Estos son los principales enfoques que hemos estudiado en nuestra investigación bibliográfica, ha sido tomado del Libro Manual de Terapia de Juego.

3.3 Terapia de Juego no Dirigida

Este tipo de terapia ofrece a los niños/as la libertad de jugar sin tener que enfrentarse a la presión, es un medio para ayudar de una forma no agresiva al niño/a, se utiliza el juego como una herramienta para analizar la situación que atraviesa el niño/a, es importante saber que con la terapia de juego no dirigida el niño/a expresa sus conflictos a través del juego, en esta técnica se acepta al niño/a tal y como es con sus conductas y características.

Carls Rogers fue el creador de la Terapia Dirigida al paciente, a la cual la llamó no dirigida, él creía que el terapeuta no debía guiar a su paciente, sino estar presente y dejar que el propio cliente sea el que guíe el proceso terapéutico.

Es así que otros autores entre la más conocida Axline siendo discípula de Rogers, desarrolló la teoría del Juego no dirigido.

Según Axline creadora de este enfoque “la Terapia de Juego no Dirigida da una oportunidad a los niños/as a experimentar el crecimiento bajo condiciones más favorables” (Schaefer & O'Connor, 1997, p. 350)

AUTORAS:

Gutiérrez Ruilova Doris Paola.
Panamá Carrillo Bernarda Patricia.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Esto nos quiere decir que el niño/a expresa sentimientos los cuales son trabajados para luego aprender a controlarlos, sin tener que estar bajo la presión o ser controlados, el terapeuta tendrá que brindar un ambiente cálido y acogedor, para que el niño/a se sienta calmado y pueda expresar fácilmente sus sentimientos.

Jugando los niños/as aprenden a cooperar, compartir, y a socializar con el resto de personas, aprendiendo a preocuparse por los demás niños/as y así mejoran su integración con el medio social.

La meta de esta terapia es que el niño/a tome conciencia de su individualidad, alcanzar una madurez psicológica y capaz de llegar a tomar sus propias decisiones. Ya que es el niño/a quien se responsabiliza de su conducta y el que pone sus propios límites.

La Terapia de Juego no Dirigida tiene ocho principios básicos según los autores Schaefer y O'Connor y son:

1. Desarrollar una relación interna y amigable.
2. El terapeuta acepta al niño/a tal y como es.
3. Crea un sentimiento de actitud permisiva en la relación.
4. El terapeuta está alerta a los sentimientos del niño/a y se los refleja.
5. Se muestra respetuoso por la habilidad del niño/a para solucionar sus problemas.
6. El niño/a guía el camino y el terapeuta los sigue.
7. El terapeuta no pretende apresurar el curso de la terapia.
8. El terapeuta establece solo los límites necesarios.

Estos principios se tienen que aplicar dentro de la terapia y es en lo que se basa para dar éxito a este enfoque, el niño/a expresa sus sentimientos, emociones mediante el juego y es una forma de expresarse de los mismos.

Es importante hablar sobre el tipo de terapeutas que aplican esta terapia y son:

AUTORAS:

Gutiérrez Ruilova Doris Paola.
Panamá Carrillo Bernarda Patricia.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

- Profesionales: deben tener una apertura al enfoque, ya que es importante considerar métodos alternativos dependiendo de cada niño/a, tener una buena calidad de entrenamiento y supervisión, utilizar sus cualidades personales para aprender y mantener la integridad de la terapia,
- Y no profesionales: deberá tener antecedentes en alguna área clínica, no existe ninguna regla en el método que diga que tales antecedentes son necesarios. Pueden ser muchos profesionales no vinculados con el área de la psicología bajo una debida supervisión profesional.

Estos son los tipos de terapeutas que pueden intervenir con los niños/as, ahora se tomará en cuenta las conductas del terapeuta para aplicar en la terapia:

Respuestas empáticas se refiere al que el terapeuta deberá tener entendimiento sobre el estado de la otra persona y de lo que está experimentando, sean estos sentimientos, emociones, etc.

Estructuración se refiere a dar información al niño/a para que se sepa a qué atenerse, se realiza en la primera sesión, incluye las normas, duración, y frecuencia de las sesiones, que hará el terapeuta y que es lo que hará el niño/a.

Frases asertivas: se limitan a tener la interacción niño-terapeuta.

Límites: ayudan a los niños/as a definir las áreas en la que es libre de actuar, el terapeuta se comporta empático y tolerante.

Para Rogers y Axline estas características son importantísimas para esta terapia ya que se pretende que el Terapeuta logre la confianza de su cliente, en este caso la de los niños/as.

Este tipo de terapia no dirigida es aplicada en niño/a con Trastornos de Déficit de Atención e Hiperactividad, Ginott encontró que la terapia de juego no dirigida favorece a este tipo de trastorno ya que permite al niño/a jugar dentro

AUTORAS:

Gutiérrez Ruilova Doris Paola.
Panamá Carrillo Bernarda Patricia.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

de una atmósfera donde se le permite libertad y sobre todo el niño/a podrá responsabilizarse de sus actos.

3.4. Análisis de la Terapia De Juego.

En este tema se abordará la importancia de la Terapia de Juego en los niños/as que presentan el Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad, ya que mediante las investigaciones bibliográficas realizadas en los capítulos anteriores hemos analizado que para diagnosticar a un niño/a con este tipo de trastorno es fundamental que los profesionales idóneos al tema, sean estos médicos, psiquiatras, psicólogos realicen un informe adecuado del niño/a sobre su conducta hiperactiva y desatenta, mediante técnicas como: test, cuestionarios, y exámenes médicos realizados por los neurólogos y psiquiatras.

Una vez evaluado el niño/a y teniendo el resultado de su diagnóstico podemos dar un debido tratamiento según su caso, sea mediante el uso del tratamiento farmacológico (mediante el uso de medicamentos), tratamiento psicopedagógico, y el tratamiento psicoterapéutico, por lo que nosotros creemos necesario que se debe trabajar en estos tres aspectos que le permitan al niño/a tener un medio de protección, cuidado y aceptación ya que al trabajar conjuntamente con el médico, profesora, y el psicoterapeuta vamos a saber cómo ayudar al niño/a y a su familia a llegar a una aceptación de la conducta.

A estos tratamientos hemos visto fundamental incluir un factor indispensable como es la Terapia de Juego ya que gracias a esta técnica los terapeutas ayudan al niño/a encontrar sentido a sus dificultades conductuales descargando energías y comunicándose mediante los juguetes analizando sus fantasías, temores, conflictos, sueños y percepciones de su mundo interno y externo que le rodea.

Utilizamos dentro de esta técnica la Terapia de Juego no Dirigida en donde el niño/a expresa libremente sus conflictos, sin tener que enfrentarse bajo

AUTORAS:

Gutiérrez Ruilova Doris Paola.
Panamá Carrillo Bernarda Patricia.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

presión, trabajando así sus sentimientos dando lugar a que el niño/a aprenda a controlarlos, y sea capaz de tener sus propios límites.

La Terapia de Juego no Dirigida llamada también Centrada en el Cliente utiliza principios básicos en lo que se basa para dar éxito al tratamiento, en la que el terapeuta desarrolla una relación amigable y acepta al niño/a tal y como es, creando actitudes permisivas en la relación, lo que le permite al terapeuta estar alerta a los sentimientos del niño/a.

También se respeta dentro de la terapia la habilidad del niño/a para solucionar problemas, dando resultado al que el niño/a guíe el camino y el terapeuta los sigue, no se pretende apresurar la terapia y se establecen los límites necesarios, todo lo antes expuesto ayuda al niño/a para que exprese libremente sus sentimientos, en un espacio en donde se va a sentir sin ataduras y comprendido, ya que se pretende que las relaciones del niño/a con el medio que le rodea mejoren.

Es importante abordar el tratamiento psicoterapéutico con niños/as que tienen Trastornos de Déficit de Atención con Hiperactividad, ya que es en esta instancia en donde se trabaja conjuntamente con el medio familiar, el cual se pretende que este sistema tenga una aceptación con el niño/a el que ayuda a disminuir su intensidad en su conducta, y dando lugar a que el niño/a se desenvuelva sin ser juzgado y que se sienta valioso, con una mejor idea de sí mismo, a esto le sumamos el nivel educativo para que el niño/a mejore sus relaciones con sus compañeros, por lo que su maestra deberá adecuar mecanismos de ayuda dentro y fuera del aula.

AUTORAS:

Gutiérrez Ruilova Doris Paola.
Panamá Carrillo Bernarda Patricia.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

CONCLUSIONES:

- Se ha podido investigar que el desarrollo del niño depende de la maduración neuro- muscular que varía con la edad de cada niño en la que va avanzando en sus habilidades motoras. El juego en su desarrollo evolutivo es fundamental, ya que, va a influir tanto en su capacidad posterior para adquirir y asimilar nuevos aprendizajes, como en su futura adaptación a la sociedad imperante.
- En la Primera Infancia, que comprende desde los dos hasta los seis años, es responsabilidad de las personas que están a cargo del cuidado de los niños/as el de conocer el desarrollo evolutivo, para intervenir en las futuras dificultades que pueda presentar el niño/a con la intervención y apoyo de un equipo multidisciplinario.
- La Terapia de Juego proporciona una herramienta valiosa a través de la observación directa la cual, permite analizar, comprender, averiguar y constatar cuales son los patrones de conducta que se presentan en los niños/as.
- Pudimos investigar que con la Terapia de Juego el niño/a expresa sus conflictos sin ninguna presión de nadie, ya que mediante la utilización de los materiales de juego permiten, al niño/a expresar, manifestar sus sentimientos, sufrimientos, emociones, entre otras, y al terapeuta le permite identificar las causas de la conducta y a su vez intervenir de una manera dinámica y participativa.
- En esta investigación bibliográfica, se ha podido analizar que los padres, maestros y terapeutas, pueden identificar, comprender e intervenir en las características conductuales que presentan los niños/as con Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad, mediante métodos, técnicas psicoterapéuticas y psicopedagógicas en donde se le ayudará al niño y a la familia a que acepten y aprendan a manejar sus conductas.

AUTORAS:

Gutiérrez Ruilova Doris Paola.
Panamá Carrillo Bernarda Patricia.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

- El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad es sin duda un problema que perturba al niño para realizar actividades encomendadas, en su socialización, en el desarrollo cognoscitivo y emocional, entre otras; con la Terapia de Juego se pretende que el niño/a pueda trabajar conjuntamente con su familia y el medio escolar para mejorar su modo de vivir y sea aceptado en su entorno.
- Podemos concluir diciendo, que la Terapia no Dirigida ha proporcionado excelentes resultados según lo investigado, demuestra que al momento de intervenir con niños/as con estas características, se aprecia un mejor desenvolvimiento en sí mismo y con los demás; ya que puede entender mejor lo que le pasa, se desculpabiliza, y aprende a vivir, con ellos.

AUTORAS:

Gutiérrez Ruilova Doris Paola.
Panamá Carrillo Bernarda Patricia.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

RECOMENDACIONES:

- Los padres u otros cercanos al niño/a que estén relacionados en el ámbito educativo tienen que tener claro las características de los niños/as con Trastornos de Déficit de Atención con Hiperactividad, para que de esta manera, no sean etiquetados y sean abordados oportunamente.
- El diagnóstico tiene que ser evaluado por un equipo multidisciplinario.
- Los padres deben seguir un proceso de terapia junto al niño para que de esta manera el niño se sienta aceptado y comprendido dentro del medio familiar.
- El abordaje no solo incluye el fármaco sino también el equipo multidisciplinario.
- Las educadoras deben tener conocimientos sobre el tema del niño que es diagnosticado con este trastorno, para que se busquen estrategias de adaptación dentro y fuera del aula.
- La tarea del terapeuta es estudiar a la familia, ver cómo funciona, como se comunica y como resuelve sus conflictos desde la perspectiva de observador participante.
- El terapeuta debe desarrollar relaciones cálidas y amistosas con el niño.
- En la terapia no se debe apresurar en el tiempo, ya que es un proceso gradual.
- El terapeuta debe establecer límites necesarios con el niño para que esté consciente de su responsabilidad en la relación establecida.

AUTORAS:

Gutiérrez Ruilova Doris Paola.
Panamá Carrillo Bernarda Patricia.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

- El terapeuta no debe interrumpir al niño en el momento que el este comunicándose.
- Existe cuestionarios para evaluar e identificar el Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad, que pueden ser utilizados por padres y maestros como medio apoyo al Diagnóstico y la Intervención, (Anexo 2 y 3).

AUTORAS:

Gutiérrez Ruilova Doris Paola.
Panamá Carrillo Bernarda Patricia.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

ANEXO N°-1

ESQUEMA TENTATIVO

PARA EL DESARROLLO DE LA TESINA.

UNIVERSIDAD DE CUENCA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

1.-TEMA:

LA TERAPIA DE JUEGO COMO ESTRATEGIA PARA NIÑOS DE CUATRO A SEIS AÑOS PARA AFRONTAR TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

2.- PROBLEMATIZACIÓN:

En todo salón de clases existen niños que causan preocupaciones, a los educadores(as) y a los padres de familia, los mismos que frecuentemente son catalogados como niños problemas. Pero debemos tener presente, que no hay niños problemas, lo que existen son niños con problemas de trastorno de déficit de atención e hiperactividad; por lo que hay que procurar su pronta recuperación dentro del aula de clases.

Frente al trastorno de atención e hiperactividad, los profesionales de la educación deben proponer estrategias para afrontar esta situación; es por esto que mediante el juego se pretende dar una solución a este conflicto.

La terapia de juego a diferencia de otras formas de intervención, enfatiza el reconocimiento y la reflexión de sentimientos. El juego sirve como un medio para ayudar al niño aprender de sí, establecer niveles realistas de aspiración, a formar relaciones con otros y a examinar el papel del entorno del salón de clases sobre la conducta. (Charles E. Schaefer & O'Connor Kevin J, 1977: 39-40)

Se pretende buscar alternativas para ayudar a niños que son etiquetados sin ser diagnosticados por un especialista; como es en el caso de los niños con trastorno de atención e hiperactividad.

“La hiperactividad aparece en los años de la primera infancia, y remite generalmente a partir de la adolescencia. Provoca en el niño una exagerada expresividad de las emociones que se acentúa a causa de una fuerte

AUTORAS:

Gutiérrez Ruilova Doris Paola.
Panamá Carrillo Bernarda Patricia.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

ambivalencia que preside todas sus reacciones” (Psicología y Pedagogía s/a, 1992:140)

Dado que este trastorno se presenta en la primera infancia, es necesario conocer el desarrollo evolutivo del niño.

“En la etapa pre-operacional de los dos a los seis años se inicia la representación simbólica; aparece el lenguaje, el niño comienza a trazar dibujos que representan cosas. No pueden representarse mentalmente una serie de acciones para resolver problemas” (Garrison Loredo, 2004: 169)

Con esta investigación bibliográfica, queremos enfocar el tratamiento del niño hiperactivo a través de la terapia de juego.

3.- OBJETIVOS:

3.1- OBJETIVO GENERAL:

Analizar la importancia que tiene la Terapia de Juego como estrategia para niños de cuatro a seis años para afrontar los trastornos de déficit de atención e hiperactividad.

3.2- OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar cuáles son los comportamientos observables en el trastorno de déficit de atención e Hiperactividad
- Describir los mecanismos del juego para su aplicación a la estrategia del síndrome de déficit de atención e hiperactividad.
- Establecer las técnicas apropiadas en la terapia de juego.

4.- MARCO TEÓRICO:

“Mediante la terapia de juego, le ayuda al niño a modificar su comportamiento, clarificar el concepto de sí mismo, y construir relaciones saludables. En la Terapia de Juego, el niño entra a una relación dinámica con el terapista que le ayuda a expresar, explorar y encontrar un sentido a sus dificultades, experiencias dolorosas o problemas.” (Grupo Kiddy’s House: (2009)).

El juego es la forma de comunicarse del niño y es por ello que para trabajar con niños hay que entender y aprender el significado del juego. La responsabilidad del terapeuta es la de determinar la técnica más apropiada para el caso en lugar de forzar al niño a un molde terapéutico.

AUTORAS:

Gutiérrez Ruilova Doris Paola.
Panamá Carrillo Bernarda Patricia.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

“La terapia del juego cumple funciones biológicas, intra e inter personales, y socioculturales. Dentro de las **funciones biológicas**, está el aprendizaje de habilidades básicas, la liberación del exceso de energía, la estimulación sinestésica. **Funciones intra-personales**, como el dominio de situaciones, la exploración, iniciativa, comprensión de las funciones mentales, desarrollo cognitivo. En las **funciones interpersonales** encontramos, las habilidades sociales y la separación-individuación. **Socioculturalmente**, se da la imitación de los modelos de los adultos que admiran”. (Charles E. Shaefer & Kevin J. O)

Aunque no hay un acuerdo total entre los investigadores sobre cuáles son las causas exactas del TDAH, no cabe duda que constituye un trastorno neurobiológico ocasionado por una amplia variedad de factores biológicos y hereditarios.” (Kluwer, W, 2007:148-151).

Dentro de este enfoque de hiperactividad, se debe considerar cómo el niño de cuatro a seis años se desarrolla, en la cual, se cita la siguiente referencia. “Es la fase en la que, bajo las formas de ejercicios psicomotores y simbolismo, el niño transforma lo real en función de las múltiples necesidades de su yo. Los juegos comienzan entonces a volverse absolutamente serios y a tener un sentido funcional y utilitario”. (Conxita Rovina & Cristina Balés i Gómez; 2000: 95-102).

5.-PREGUNTA:

¿Qué importancia tiene la Terapia de Juego como estrategia para niños de cuatro a seis años con trastorno de déficit de atención e hiperactividad?

6.- METODOLOGÍA:

Técnica	Instrumento	Variable
ANÁLISIS DE DOCUMENTOS	FICHAS DE RESUMEN	Terapia del Juego Funciones de la Terapia de Juego Trastorno de Atención
LIBROS	BIBLIOGRAFICAS.	Desarrollo Evolutivo (4 a 6 años)
REVISTAS	CUADERNO DIARIO.	
INTERNET		

AUTORAS:

Gutiérrez Ruilova Doris Paola.
Panamá Carrillo Bernarda Patricia.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

7.- PLAN DE INVESTIGACIÓN.

ACTIVIDAD	TIEMPO				RECURSOS
	ENE	FEB	MAR	ABRIL	
1.- Diseño y aprobación del protocolo de Tesina		-			BIBLIOGRÁFICOS
2.- Revisión de Información	-	-	-	-	HEMEROGRÁFICOS
3.- Redactar el capítulo I Y II			-		
4.- Presentación a tutor para su revisión			-		INTERNET
5.- Redactar el capítulo 3 y 4			-		
6.- Presentación al tutor para su revisión.			-		
7.- Conclusiones y Recomendaciones.			-		
8.- Revisión de la Tesina				-	
9.- Presentación del Informe				-	

AUTORAS:

Gutiérrez Ruilova Doris Paola.
Panamá Carrillo Bernarda Patricia.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

8.- ESQUEMA TENTATIVO DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I

1.- DESARROLLO EVOLUTIVO DE NIÑOS DE CUATRO A SEIS AÑOS

1.1 Etapas del desarrollo evolutivo

2.1 El niño y el juego en su desarrollo evolutivo

CAPITULO II

2.- TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

2.1. ¿Definición de trastornos de déficit de atención con hiperactividad?

2.2. Causas

2.3. Características

2.3. Diagnóstico

2.4 Tratamiento recomendado para el trastorno de déficit de atención con hiperactividad

CAPÍTULO III

3. TERAPIA DE JUEGO

3.1. ¿Qué es terapia de juego?

3.2 .Principales Enfoques de la Terapia de Juego

AUTORAS:

Gutiérrez Ruilova Doris Paola.

Panamá Carrillo Bernarda Patricia.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

3.3 La terapia de juego no dirigida

CAPÍTULO IV

4.- IMPORTANCIA DE LA TERAPIA DE JUEGO.

4.1 Resultados encontrados

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

ANEXOS.

9.- REFERENCIAS CONSULTADAS:

- Conxita Puig i Ruví & Cristina Balés i Gómez: 96-97. *¿Qué le pasa a mi hijo?* s/f
- Charles E. Schaefer & O'Connor Kevin J. (1977) *Manual de Terapia de Juego.*
- Freud, A. 1926:9; *Manual de Terapia de Juego.*
- Garrison L. *Psicología.* capítulo 7: 164-179.
- Grupo Kiddy's House: (2009), Descargado (14/01/11) de <http://www.cosasdelainfancia.com/biblioteca-juegos06.htm>
- Kluwer W, 2007: 147-165, *Prevención e Intervención ante problemas de conducta.* Estrategias para centros Educativos y Familias. (I edición), España
- Merce D. C. s/f. *Dificultades de aprendizaje:* 233
- Ministerio de Bienestar Social. *Arte y Juego:* s/f Propuesta Metodológica para la educación inicial.
- Narvarte E. M, 2008, 44-50; *Soluciones Pedagógicas para el T.D.A/H.*
- *Pedagogía y Psicología Infantil,* Biblioteca práctica para padres y educadores. La primera infancia: edición Cultural: 1992
- Terapia del juego, descargado (7,10,2010) de <http://www.apuntesdepsicología.com/terapiaspsicologicas/terapia-del-juego.php>
- Terapia del Juego I y II, descargado (5,10,2010) de <http://www.medicosecuador.com/rocio-alvarez/artículos/terapiajuego.htm>

AUTORAS:

Gutiérrez Ruilova Doris Paola.
Panamá Carrillo Bernarda Patricia.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

ANEXO N°2.-

ESCALA DE APRECIACIÓN DE ACTIVIDADES

DE WERRY,WEISS Y PETERS.

PARA PADRES Y EDUCADORAS.

DÉFICIT DE ATENCIÓN-APRECIACIÓN DE CONDUCTAS

DÉFICIT DE ATENCIÓN-APRECIACIÓN DE CONDUCTAS

	No	Algo	Nada
Durante las Comidas			
• Se sienta y se levanta.			
• Interrumpe sin miramientos.			
• Ejecuta movimientos incesantes.			
• Juega nerviosamente con objetos.			
• Habla excesivamente.			
Televisión			
• Se sienta y se levanta durante el programa.			
• Movimientos incesantes.			
• Manipula objetos o su cuerpo.			
• Habla incesantemente.			
• Interrumpe.			
Tareas Escolares			
• Se sienta y se levanta.			
• Movimientos incesantes.			
• Manipula objetos o su cuerpo.			
• Habla incesantemente.			
• Necesita vigilancia o presencia del adulto.			

AUTORAS:

Gutiérrez Ruilova Doris Paola.

Panamá Carrillo Bernarda Patricia.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Juego			
• Incapacidad para jugar tranquilamente.			
• Cambia constantemente de actividad.			
• Busca la atención de los padres.			
• Habla incesantemente.			
• Impide jugar a los demás.			
Sueño			
• Dificultad para disponerse a dormir.			
• Tiempo insuficiente de sueño.			
• Intranquilidad durante el sueño.			
Conducta fuera del Hogar			
• Inquietud durante viajes.			
• Inquietud al ir de compras.			
• Toca todo.			
• Inquietud en cualquier lugar familiar o nuevo.			
Conducta en la Escuela			
• Se sienta y se levanta.			
• Actividad y movimiento constantes.			
• Interrumpe a sus compañeros.			
• Busca constantemente la atención de todos.			

Narvarte E. M. (2008). *Soluciones Pedagógicas para el T.D.A/H.*

AUTORAS:

Gutiérrez Ruilova Doris Paola.
Panamá Carrillo Bernarda Patricia.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

ANEXO N°.-3

CUESTIONARIO SOBRE DÉFICIT DE ATENCIÓN

DIRIGIDO PARA EDUCADORAS.

Debido a que los maestros son los más aptos para detectar los diferentes desvíos en las conductas de los alumnos, les solicito que por favor tengan a bien completar el siguiente cuestionario para realizar un correcto diagnóstico del niño-a

de

de edad, que ocurre a la escuela

Fecha:

Marque con una cruz la opción correcta.

	Poco	Mucho	Nunca
Mueve constante mente manos y pies, se mueve todo el tiempo aun cuando está sentado.			
Tiene dificultad para estar sentado cuando se le pide.			
Se distrae fácilmente ante estímulos externos.			
No sabe esperar su turno en juegos o situaciones grupales.			
Contesta atropelladamente a preguntas antes de que éstas puedan ser completadas.			
Tienen problemas para seguir las instrucciones de otros (no por una actitud de oposición ni por falta de comprensión).			
Le cuesta mantener la atención ante tareas y juegos.			
Frecuentemente salta de una actividad incompleta a otra.			
No logra jugar tranquilo.			
Interrumpe y molesta a otros cuando juegan o realizan una actividad.			
Parece que no presta atención a lo que se le dice.			

AUTORAS:

Gutiérrez Ruilova Doris Paola.

Panamá Carrillo Bernarda Patricia.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

ANEXO N°.- 4

LA TERAPIA DE JUEGO.

LA SALA DE JUEGO.



<http://www.terapiadejuego.es/webs/terapistas.htm>

LA TERAPIA DE JUEGO NO DIRIGIDA POR EL TERAPEÚTA.



<http://www.google.com/images?um=1&hl=es&biw=1259&bih=627&tbo=isch&sa=1&q=psicoterapeuta+con+ni%C3%B1os&aq=f&aqi=&aql=&oq=>

AUTORAS:

Gutiérrez Ruilova Doris Paola.
Panamá Carrillo Bernarda Patricia.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

BIBLIOGRAFÍA.

- Charles E. Schaefer & O'Connor Kevin J. (1997). *Manual de Terapia de Juego. Ed. Manuel Moderno. México.*
- Charles G. Morris & Maisto Albert. (2001). *Psicología. Ed. Internacional Thomson. (s/l).*
- Narvarte E. M, (2008). *Soluciones Pedagógicas para el T.D.A/H.* Ed. Ladeira S.A. Quilmes-Bs.A.-Argentina.
- Narvarte Mariana E. (2003). *Trastornos Escolares.* Ed. Lexus Editores. (s/l).
- Narvate Sabina, (2010). *El Niño y el Juego más Apropriado.* Recuperado el (09-03-2011) de <http://www.suite101.net/content/el-nino-y-el-juego-ms-apropiado-a16237#ixzz1EVHmNbE7>.
- Pérez Mavilo Calero. (2006). *Educar Jugando.* Ed. Alfaomega S.A.de C.V. Lima-Perú.
- Virginia Sotelo Pinedo, (2008). *Terapia de Juego.* Recuperado el (27-03-2011) de <http://www.terapiajuego.com>.

AUTORAS:

Gutiérrez Ruilova Doris Paola.
Panamá Carrillo Bernarda Patricia.