

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

**“LUDO-TERAPIA EN NIÑOS CON DÉFICIT DE ATENCIÓN:
ESTUDIO EN EL CENTRO DE SALUD, DE PALIN, ESCUINTLA,
2008”**

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

POR

**CELIA VIRGINIA MEJIA MOLINA
MIRNA RAQUEL GALINDO DOMINGUEZ**

**PREVIO A OPTAR EL TÍTULO DE
PSICÓLOGAS**

EN EL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIATURA

GUATEMALA, SEPTIEMBRE DE 2009

MIEMBROS CONSEJO DIRECTIVO

Licenciada Mirna Marilena Sosa Marroquín
DIRECTORA

Licenciada Blanca Leonor Peralta Yanes
SECRETARIA

Doctor René Vladimir López Ramírez
Licenciado Luis Mariano Codoñer Castillo
REPRESENTANTES DE CLAUSTRO DE CATEDRÁTICOS

Ninette Archila Ruano de Morales
Jairo Josué Vallecios Palma
**REPRESENTANTES ESTUDIANTILES
ANTE CONSEJO DIRECTIVO**



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

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

CC. Control Académico

CIEPs.

Reg. 026-2009

CODIPs. 1259-2009

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

21 de septiembre de 2009

Estudiantes

Celia Virginia Mejia Molina
Mirna Raquel Galindo Dominguez
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiantes:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a ustedes el Punto VIGÉSIMO SEGUNDO (22º) del Acta VEINTITRÉS GUIÓN DOS MIL NUEVE (23-2009), de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 17 de septiembre de 2009, que copiado literalmente dice:

"VIGÉSIMO SEGUNDO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el informe Final de Investigación, titulado: **"LUDO-TERAPIA EN NIÑOS CON DÉFICIT DE ATENCIÓN: ESTUDIO EN EL CENTRO DE SALUD, DE PALÍN, ESCUINTLA, 2008"**, de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

CELIA VIRGINIA MEJIA MOLINA
MIRNA RAQUEL GALINDO DOMINGUEZ

CARNÉ No. 200317220
CARNÉ No. 200317368

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por la Licenciada Heidi Marie Peña, y revisado por la Licenciada Ninfa Cruz. Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los Trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación de Tesis, con fines de graduación profesional."

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAR A TODOS"

Licenciada Blanca Leonor Perilla Yanes
SECRETARIA



/Velveth S.

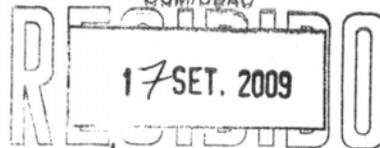


ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

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

Escuela de Ciencias Psicológicas
Recepción e Información
CUM/USAC

CIEPs.: 149-09
REG.: 026-09



Firma: *[Signature]* hora 19:10 Registro 026-09

INFORME FINAL

Guatemala, 17 de septiembre del 2009.

SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO

SEÑORES CONSEJO DIRECTIVO:

Me dirijo a ustedes para informarles que la Licenciada Ninfa Cruz, ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN** titulado:

"LUDO-TERAPIA EN NIÑOS CON DÉFICIT DE ATENCIÓN: ESTUDIO EN EL CENTRO DE SALUD, DE PALÍN, ESCUINTLA, 2008".

ESTUDIANTE:
Celia Virginia Mejía Molina
Mirna Raquel Galindo Domínguez

CARNÉ No.:
2003-17220
2003-17368

CARRERA: Licenciatura en Psicología

El cual fue aprobado por la Coordinación de este Centro el día 02 de septiembre del 2009, y se recibieron documentos originales completos el 11 de septiembre del 2009, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes para obtener **ORDEN DE IMPRESIÓN**.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

[Signature]
Licenciada Mayra Luna de Alvarez
COORDINADORA

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



/Sandra G.
CC. archivo



CIEPs. 150-09
REG. 026-09

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

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

Guatemala, 17 de septiembre del 2009.

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

Licenciada Luna:

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

"LUDO-TERAPIA EN NIÑOS CON DÉFICIT DE ATENCIÓN: ESTUDIO EN EL CENTRO DE SALUD, DE PALÍN, ESCUINTLA, 2008".

ESTUDIANTE:
Celia Virginia Mejía Molina
Mirna Raquel Galindo Dominguez

CARNÉ No.:
2003-17220
2003-17368

CARRERA: Licenciatura en Psicología

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE** el día 20 de agosto del 2009, por lo que solicito continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,
"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Licenciada Ninfa Cruz
DOCENTE REVISOR



/Sandra G.
c.c. Archivo

Guatemala,
Marzo 30 de 2,009

Señores
Coordinación
Centro de Investigación en Psicología –CIEPs-
"Mayra Gutiérrez"
Ciudad.

Estimados señores:

Por éste medio me complace adjuntarles el Informe Final de Investigación titulado: "Ludo-terapia en niños con déficit de atención: Estudio en el centro de salud de Palín, Escuintla 2008", de las estudiantes en la carrera de Licenciatura en Psicología:

Celia Virginia Mejia Molina	2003-17220
Mirna Raquel Galindo Dominguez	2003-17368

El cual yo asesoré y aprobé, por lo que solicito se siga con los trámites correspondientes.

Sin otro particular, me es grato suscribirme de ustedes.

Atentamente,

Heidi Marie Peña Riley
Lic. Heidi Marie Peña Riley
Colegiada No. 8136



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

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

REG. 091-08
CIEPs. 134-08

APROBACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Guatemala 06 de Octubre del 2008.

ESTUDIANTE:
Celia Virginia Mejía Molina
Mirna Raquel Galindo Dominguez

CARNÉ No.:
2003-17220
2003-17368

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

“LUDO-TERAPIA EN NIÑOS CON DÉFICIT DE ATENCIÓN: ESTUDIO EN EL CENTRO DE SALUD, DE PALÍN, ESCUINTLA, 2008”

ASESORADO POR: Licenciada Heidi Marie Peña Riley

Por considerar que cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología –CIEPs., ha sido **APROBADO** por la Coordinación de Investigaciones y se solicita iniciar la fase de Informe Final de Investigación.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

Licenciada Ninfa Cruz
DOCENTE REVISORA



Vo.Bo. Licenciado José Alfredo Enriquez Cabrera. Coordinador. a.i.
Centro de Investigaciones en Psicología –CIEPs.- “Mayra Gutiérrez”

/Sandra G.
CC. Archivo



MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
DIRECCION DE AREA DE SALUD DE ESCUINTLA
CENTRO SALUD PALIN
AV. CENTRAL 1-41 ZONA 1
Telefono: 78389728 – 42192719
www.dasescuintla.net

Palín,
Agosto 31 de 2,009

Señores
**Coordinación Centro de Investigaciones
en Psicología (CIEPs) "Mayra Gutiérrez"**
Ciudad.

Estimados señores:

Por medio de la presente hago constar que las practicantes:

Celia Virginia Mejia Molina	2003-17220
Mirna Raquel Galindo Dominguez	2003-17368

Realizaron el trabajo de campo correspondiente a "Ludo-terapia en niños con déficit de atención: estudio realizado en el Centro de Salud de Palín, Escuintla, 2008" entre junio y noviembre del mismo año.

Y para los usos legales que a las interesadas convenga, extiendo, firmo y sello la presente en el municipio de Palín, a los treinta y un días del mes de agosto de dos mil nueve.

Atentamente,

Dra. Zoila Calderón
Coordinadora Municipal
Centro de Salud de Palín, Escuintla



PADRINOS DE GRADUACION

Por

CELIA VIRGINIA MEJIA MOLINA

Fernando Adolfo Alarcón Navas
Contador Público y Auditor
Colegiado No. 4663

Por

MIRNA RAQUEL GALINDO DOMINGUEZ

Ninette Mejía de Muñoz
Psicóloga Clínica
Colegiado No. 1293

AGRADECIMIENTOS

- A Dios (Mi Señor): Por todas y cada una de las bendiciones con que cuento día a día.
- A mi padre: Romeo Mejía Ordóñez, porque eres un ejemplo en mi vida y estoy honrada de tenerte como padre.
- A mi esposo: Carlos Estuardo González, por todo tu apoyo, comprensión y amor. Sos un sobreviviente.
- A mis hijas: Luisa Fernanda y María Ximena, gracias por existir.
- A mi hermano y mi cuñada: Víctor Hugo y Ana Lucía, los quiero mucho a los dos.
- A mi suegra: Blanca Juárez viuda de González, gracias por ser una segunda madre para mi.
- A mi Asesora: Licda. Heidi Marie Peña Riley, por compartir con nosotras sus valiosos conocimientos y su amistad.
- A mi Revisora: Licda. Ninfa Cruz, por toda su paciencia y apoyo.
- A mi gran amiga y Compañera: Mirna Galindo, con quien me desvele incontables veces en todos estos años.
Gracias por tu amistad invaluable y cariño.

Celia Virginia Mejia Molina

AGRADECIMIENTOS

- A Dios: Por brindarme la sabiduría e iluminar mi camino hasta el final.
- A mis padres: José Antonio Cardona y María Teresa Domínguez por su comprensión y apoyo, Gracias.
- A mis hermanos: Elizabeth, Vivi, Raúl y José Pablo, Dios los bendiga
- A mi asesora: Licda. Heidi Peña Riley por su apoyo y paciencia.
- A mi revisora: Licda. Ninfa Cruz por su apoyo.
- A mi amiga: Celia Mejía: Por el apoyo y comprensión, gracias, con mucho cariño.
- A mis catedráticos: Que me guiaron y me apoyaron en los cinco años de carrera, gracias.
- A mis amigos: Gracias por sus consejos y entusiasmo hacia mi persona.

Dios Bendiga a todos.

Mirna Raquel Galindo Dominguez

ÍNDICE

	Página
PRÓLOGO	2
INTRODUCCIÓN	3
CAPITULO I	
ANTECEDENTES	4
EL JUEGO EN PACIENTES CON TDA.....	7
HIPERACTIVIDAD	12
DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD	13
EL JUEGO	14
FASES Y ETAPAS DE LA TERAPIA DE JUEGO	14
LIMITES Y REGLAS DENTRO DE LA TERAPIA DE JUEGO	16
LA FAMILIA DEL NIÑO CON DÉFICIT DE ATENCIÓN	18
HÁBITOS	19
CAPITULO II	
TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	20
CAPITULO III	
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	22
CAPITULO IV	
CONCLUSIONES	39
RECOMENDACIONES	40
ANEXOS	41
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42
RESUMEN	46

PRÓLOGO

El juego es esencial para desarrollar en el niño independencia, relaciones interpersonales adecuadas y seguridad personal; respecto a estas características se tiene como objetivo principal de la investigación, evidenciar la pertinencia de la ludo-terapia para aprovechar la inquietud del niño y mejorar su atención. Con la realización de este trabajo se previeron logros personales para los niños tratados.

La ludo-terapia, fue escogida como tratamiento debido a que es parte de un proceso que ayuda a modificar en el paciente patrones de relaciones en forma independiente y adaptativa, permitiendo desarrollar en psicoterapia un trabajo adecuado que satisface necesidades en un alto porcentaje.

Como uno de los hallazgos más concluyentes de la investigación verificamos que el niño con Trastorno por Déficit de Atención (TDA) maneja muchas etiquetas tales como tonto, rebelde, mal portado, pero en realidad es un niño incomprendido que necesita mucha tolerancia y aceptación por parte de los padres, maestros y pares.

Durante la investigación se atravesó por ciertos inconvenientes, tales como improvisaciones en la calendarización de sesiones terapéuticas; que fueron entorpeciendo el desarrollo del trabajo, lo que nos obligó a reprogramar las actividades.

Consideramos de gran importancia, la valiosa colaboración de la Dra. Zoila Calderón, Directora del Centro de Salud de Palín, Escuintla, de todo el personal del centro, que de una u otra forma colaboraron para llevar a cabo el trabajo de campo y de manera muy especial la de nuestros niños, ya que sin ellos, la investigación no hubiera sido posible; a todos ellos, nuestro más sincero agradecimiento.

INTRODUCCIÓN

Nuestra investigación se originó en la observación de la realidad que viven los niños, que asisten al Centro de Salud de Palín, Escuintla, comprendidos entre 6 y 10 años que presentan bajo rendimiento escolar, problemas de conducta, irritabilidad, impulsividad y culpa, la investigación se llevó a cabo en el periodo comprendido entre junio a noviembre de 2,008. El objetivo primordial de la investigación fue evidenciar la pertinencia de la ludo-terapia para aprovechar la inquietud del niño y mejorar su atención.

Se observó que hay desinformación acerca del Trastorno por Déficit de Atención (TDA), que ha generado discriminación en el niño, lo que ha provocado un deterioro en su auto-concepto y personalidad; por lo que concluimos que la adecuada interpretación de estos problemas, nos permitió establecer la ludo-terapia como un tratamiento eficaz.

Como primer paso se recabó la información de los pacientes a través de la anamnesis: que incluye un breve historial del desarrollo del niño y las inferencias de la prueba, aplicada a los pacientes, lo que se incluye en la investigación.

Luego sumamos los resultados obtenidos de la hoja de cotejo, la cual fue aplicada en dos ocasiones, la primera vez, previo al tratamiento y la segunda vez, posterior al tratamiento, en base a las respuestas sobre cuestiones referentes a la conducta del paciente. Luego se procedió a tabular los resultados y se continuó con un orden lógico. Con los resultados establecidos se elaboró un diagrama de barras por cada pregunta. En base a estos resultados se realizó el diagnóstico cualitativo, para comprobar la eficacia del programa que se llevó a cabo.

Posteriormente se realizó la descripción de la entrevista estructurada, aplicada a las madres, la boleta de observación de la ludo-terapia, aplicada por el terapeuta para corroborar la pertinencia del tratamiento, con estas bases se realizaron los diagnósticos que engloban las respuestas obtenidas por estos dos instrumentos.

CAPITULO I

MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES

A través de los años el juego ha sido utilizado por las distintas corrientes psicológicas de distinta forma para tratar al niño, por ejemplo, la terapia tradicional usa el juego para promover el crecimiento y el desarrollo de forma apropiada, por el contrario las terapias conductistas usan el juego como un medio para usar otras estrategias, es por ello que nos hemos dado a la tarea de investigar a través de los antecedentes las diversas formas en que se ha utilizado el juego para comprenderlo de una mejor manera.

Según Schaefer, el uso del juego en la terapia infantil fue hasta 1919, Hug-Hellmuth, quien pensaba que este era parte esencial en el análisis infantil. Sin embargo, Anna Freud y Melanie Klein escribieron ampliamente sobre como adaptar la técnica psicoanalítica tradicional para su uso con niños, incorporando el juego a sus sesiones. La meta principal de su enfoque era ayudar a los niños a trabajar con sus dificultades o traumas auxiliándolos a obtener insight (en Schaefer, 1988: p.5).

Se observó que el insight, es una parte muy importante de la terapia en general, debido a que, es la capacidad de darse cuenta, es tomar conciencia en forma súbita de una realidad interior, que normalmente habría permanecido inconsciente. Es conectar una vivencia, una conducta, un rasgo de personalidad con su significado u origen, lo que permite ampliar la conciencia y acceder a un mayor conocimiento de sí mismo. Además, se debe considerar que es muy importante durante la terapia de juego que el niño logre el insight debido a que esto permitiría quitarle el sentimiento al recuerdo y por ende sanar el trauma.

En 1928 Anna Freud empezó a usar el juego como una forma de atraer a los niños a la terapia con el fundamento detrás de esta técnica, del concepto de alianza terapéutica, el psicoanálisis tradicional sostenía que la mayor parte del trabajo de análisis se consumaba una vez que los aspectos saludables de la personalidad del paciente se unían a las fuerzas que la analista contraponía al yo enfermo del

paciente a estas fuerzas unidas se les llamaba alianza terapéutica, Anna Freud sabía que la mayoría de los niños no asisten voluntariamente a terapia sino son llevados por sus padres quienes no tienen el padecimiento. Por ello usó el juego, el medio natural del niño para construir su relación con los pequeños pacientes, utilizó juegos y juguetes para interesar al niño tanto en la terapia como en el terapeuta. A medida que el niño desarrollaba una relación satisfactoria, el énfasis de la sesión se trasladaba lentamente del juego hacia interacciones de tipo verbal.

Mientras Anna Freud usaba el juego para construir una relación fuerte y positiva entre paciente y terapeuta, Melanie Klein en 1932 propuso usarlo como sustituto directo de las verbalizaciones. Klein consideraba al juego como el medio de expresión natural del niño (en Schaefer, 1988: p.5).

Se reflejó durante el trabajo de campo que los niños que asistían a las sesiones de ludo-terapia no llegaban solos, sino que iban acompañados por la madre y referidos por la maestra de la escuela a la que asistían, observamos que algunos de los niños con déficit de atención eran tímidos, únicamente respondían a preguntas directas y generalmente dudaban de su capacidad para socializar con el terapeuta, por lo que se trabajó el autoconcepto durante las sesiones.

Por el contrario, los niños que presentaban hiperactividad con déficit de atención presentaban verborrea y comportamientos estereotipados que contrastaban con los niños que únicamente presentaban déficit de atención. En éstos pacientes se observó gran dificultad para concentrarse en una sola actividad y un gran nivel de frustración debido a las presiones que el juego representaba para ellos.

En la terapia de juego kleiniana no existe una fase introductoria, ya que hace interpretaciones directas sobre la conducta de juego del niño. Melanie Klein pensaba que cualquier niño del más normal al más perturbado podía beneficiarse con su análisis del juego.

En 1938, Solomon desarrolló la terapia del juego activa, para emplearla con niños 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, como ayuda en la separación de los traumas pasados, de sus actos futuros (en Schaefer, 1988, p.6).

Analistas como Hambridge 1955, recrearon en el juego, el suceso motivador de la ansiedad, pero en una etapa intermedia de la relación terapéutica, cuando el niño ya tiene suficientes recursos para manejar este procedimiento, directo de introspección (en Schaefer, 1988, p.6).

En 1959 Carl Rogers desarrolló el enfoque centrado en el cliente a la terapia para adultos y Virginia Axline 1947, lo modificó en una técnica de terapia de juego. Enfoque basado en la filosofía de que los niños luchan de manera natural para el crecimiento y que esta lucha se ha derribado en los niños emocionalmente perturbados. La terapia de juego centrada en el cliente, tiende a resolver el desequilibrio entre el niño y su ambiente (en Schaefer, 1988: p.7).

Durante el proceso de la investigación se comprobó que la terapia de juego no directiva enfoca al niño como fuente de crecimiento positivo y dirección terapéutica, según Virginia Axline, *este enfoque se compone de métodos que promueven este proceso como la experiencia, la cordialidad y la empatía, que son procesos que crean la atmósfera terapéutica*, así mismo se evidenció que la terapia de juego es un enfoque psicodinámico, ya que no solo implica el inconsciente también la conducta observable, el sistema familiar, el sistema social, el sistema escolar y los amigos; la terapia de juego le proporciona al niño libertad ya que en ella no se le juzga.

La ludo-terapia, se centra en el niño, por tanto, acepta del niño, lo que éste quiera dar durante la terapia. Es ahí donde el terapeuta debe reconocer los sentimientos que el paciente expresa, y devolverlos para que modifiquen su conducta. El vínculo terapéutico se establece mediante sesiones constantes, que además requieren un compromiso por parte de los padres del niño.

Según Virginia Axline el proceso brinda al niño una oportunidad para experimentar el conocimiento bajo condiciones más favorables esto es, al jugar con

sus sentimientos el niño los trae la superficie, los encara, aprende a controlarlos o los abandona. El niño empieza a darse cuenta de su potencialidad para ser un individuo, pensar por sí mismo, tomar decisiones, madurar psicológicamente y tomar consciencia de su individualidad (Axline, 1947, p.16).

Es muy importante que el niño tome consciencia de su individualidad, como una persona diferente a los demás, con sus fortalezas y debilidades. El niño con estas características tiene un autoconcepto empobrecido, que no genera autonomía y seguridad.

La terapia de juego no-directiva, puede describirse como la oportunidad que se ofrece al niño para experimentar crecimiento, bajo las condiciones más favorables. Ya que el juego constituye su medio natural de auto-expresión, el niño tiene la oportunidad de actuar por este medio todos sus sentimientos acumulados de tensión, frustración, inseguridad, agresión, temor, perplejidad y confusión (Axline, 1947, p.25).

La terapia de juego permite al niño expresar sus sentimientos y a la vez enfrentarse a ellos, aprendiendo a controlarlos o a rechazarlos. Así mismo el niño logra realizarse como individuo y pensar por sí mismo.

EL JUEGO EN PACIENTES CON TDA:

Se observó que el trastorno por déficit de atención (TDA) afecta primordialmente el desarrollo de los niños, pero puede prevalecer aún en la edad adulta. Además se pudo constatar que la característica más importante en el niño afectado es que presenta periodos cortos y variables de atención.

De acuerdo con el doctor Reséndiz el déficit de atención es una falla química del cerebro, los niños con TDA no producen suficiente dopamina, cuya función es la de enviar información al área frontal del cerebro donde están localizadas las funciones de concentración y atención.

Los principales factores biológicos del TDA interactúan de manera compleja y van desde los genes hasta los circuitos neuronales del sistema nervioso pasando por

los sistemas bioquímicos. Todo ello produce una disminución de los mecanismos de autocontrol y afecta las funciones cerebrales relacionadas con la atención, la percepción y la anticipación. Respecto a la falta de dopamina en el cerebro del niño con TDA, cabe señalar que ésta también está asociada con la sensación de satisfacción; en el caso de los TDA por falta de dopamina, carecen de esta sensación, por lo que siempre tienen la impresión de estar vacíos e insatisfechos, nada es suficiente y tampoco son capaces de reconocer cuando hacen bien las cosas, les cuesta trabajo aceptar sus logros, se minimizan, esto es independiente de las cargas de rechazo social que llevan encima, el no tener autosatisfacción interna les genera muchos problemas de autoestima (en Rosas, 2002: p.27).

Desafortunadamente el TDA no es como una infección de garganta, no existen pruebas específicas que lo detecten y como se observó en el cuarto de juego los síntomas pueden variar de paciente a paciente.

Los especialistas afirman que en el 70% y 80% de los casos, los padres se enteran del problema y atención de hiperactividad de su hijo por las quejas escolares, debido a esto, se insiste en que el docente y la escuela son detectores privilegiados de esta problemática. Los profesores lo notan más inquieto, más distraído que el promedio, con ciertos problemas sociales de intolerancia y con poca capacidad de adaptación. En la escuela primaria aumentan las demandas hacia el niño, para poner atención, por eso es que en la mayoría de los casos es hasta esa etapa que los síntomas comienzan a manifestarse. También se le reporta que el niño no sigue instrucciones, a menudo está fuera de su lugar, es hablador e interrumpe de manera constante, generalmente mira al salón de clases en lugar de ver al profesor o al pizarrón, es autoritario, molesta a sus compañeros y actúa inconscientemente. Algunos pacientes presentan tics (contracción involuntaria de algunos músculos en una o más partes del cuerpo) dificultades en la lectura, en la escritura y dislexia (Rosas, 2002: p.33).

Para el diagnóstico clínico del TDA se les recomendó a los padres una evaluación oftalmológica y una valoración auditiva, pruebas psicométricas, además verificar problemas de tipo tóxico o deficiencia de hierro que también se asocia con

hiperactividad o distracción; todas estas evaluaciones contribuirán a garantizar un diagnóstico correcto que le evite al niño dolorosas etiquetas a lo largo de su vida, que le impida relacionarse correctamente con sus compañeros y que le permita la oportunidad de desarrollarse en el ámbito adecuado.

Paralelamente un estudio físico completo para descartar enfermedades neurológicas. Por lo que fue necesario elaborar una historia clínica detallada del paciente y de la familia, lo que contribuyó a descartar enfermedades físicas, genéticas o de tiroides relacionadas con la falta de atención.

Un encefalograma estaría indicado en casos muy particulares, por ejemplo, cuando el niño tiene distracción intermitente y el médico sospecha que puede padecer epilepsia de ausencia que causa distracción. Las tomografías o resonancias magnéticas deben limitarse a los niños donde halla sospecha médica de enfermedad del sistema nervioso.

Es muy importante hacer una evaluación exhaustiva, debido a que no es sencillo diagnosticar a un niño con TDA, ya que el trastorno tiene muchas combinaciones. Se diagnostica por exclusión.

No se puede definir el TDA como:

- 1. Nerviosismo o inquietud por aspectos emocionales*
- 2. Una alteración del aprendizaje*
- 3. Una tara o retraso intelectual o mental*
- 4. Una inmadurez intransitoria del sistema nervioso central*
- 5. Una enfermedad hereditaria*
- 6. Una reacción temporal del paciente ante las dificultades escolares o familiares*
- 7. Rebeldía*
- 8. Resultado de mala crianza*
- 9. Un tipo de manía (en Rosas, 2002: p.33).*

En algunos casos recibimos consultas de los padres de familia, que se confundían, ya que no se explican como un niño que fue diagnosticado como TDA,

podía permanecer dos horas frente al televisor o jugando maquinitas. Los estudios revelan que el niño con TDA se caracteriza por tener episodios cortos y variables de atención, que pueden perderse ante cualquier complicación y difícilmente se recupera; esto depende de que exista un motivador directo que es algo de mucho interés para el paciente, durante este periodo, el niño no requiere liberar dopamina, que es el neurotransmisor más importante de la atención y la concentración.

¿A QUÉ EDAD SE PUEDE DIAGNOSTICAR EL TDA?

Los especialistas coinciden en afirmar que es difícil saber si un niño padece de déficit de atención antes de los cinco o seis años de edad, etapa donde están descubriendo el mundo exterior y son inquietos por naturaleza. Sin embargo, hay algunos que afirman que probablemente se pueda hacer el diagnóstico después de los seis años de edad.

Para diagnosticar TDA no existen pruebas de laboratorio ni análisis que permitan detectarlo y el problema se intensifica aún más porque los síntomas pueden variar mucho entre un paciente y otro, por lo que incluimos los síntomas más comunes de la falta de atención a continuación.

Síntomas de falta de atención:

- *El niño se equivoca frecuentemente por no poner la suficiente atención a los detalles, o comete errores por descuidos en sus tareas, trabajos y otras actividades.*
- *Tiene dificultad para mantener la atención en sus tareas y en sus juegos.*
- *A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.*
- *Le cuesta trabajo seguir instrucciones, terminar tareas, encargos y obligaciones.*
- *Tiene dificultades para organizar sus deberes escolares o actividades.*
- *Le molesta o evita hacer tareas o trabajos en los que debe realizar esfuerzo mental.*
- *Frecuentemente pierde los objetos que necesita para realizar sus actividades escolares.*

- *Se distrae con gran facilidad.*

Es descuidado con sus actividades cotidianas, las hace mal rápido o se le olvidan (Rosas, 2002: p.23).

Las historias que se escuchaban en la clínica, acerca de los pacientes con TDA, presentan similitudes en cuanto a la etapa post-natal donde se presentaban dificultades de sueño, de alimentación y de llanto espontáneo sin motivo aparente, a lo que los padres respondían impacientemente ya que estaban muy agotados por la falta de sueño conjugado con las presiones cotidianas, todo esto generaba ansiedad en el hogar y los niños lo percibían, por lo que se establece un círculo vicioso en la relación que permanecería con todo y el paso del tiempo. A muchos de estos comportamientos se les restará importancia aduciendo que el niño es muy inquieto y juguetón.

El TDA viene acompañado frecuentemente de conductas desafiantes y antisociales, así como de trastornos del estado de ánimo tales como depresión, de ansiedad y problemas de aprendizaje.

El trastorno por déficit de atención presenta diversos grados de severidad, existen diferentes subtipos, por tanto podemos encontrar pacientes con problemas de atención otros que solamente son hiperactivos-impulsivos y los casos más difíciles son los que presentan una combinación de los dos anteriores. Cabe aclarar que no todos los niños con TDA, requieren medicamento, pueden haber niños en quienes la intervención terapéutica y familiar sea suficiente; existe otro porcentaje que no responde a fármacos, sin embargo, los métodos más exitosamente utilizados son los medicamentos, la terapia individual y terapia familiar (Rosas, 2002: p.37).

Luego de aplicar algunas sesiones de ludo-terapia, se notó que los niños con TDA eran a menudo impulsivos y por lo tanto eran incapaces de planificar sus tareas y frecuentemente las presentaban de forma sucia y descuidada. Además podían cambiar de una actividad sin finalizar a otra. Solían sufrir más accidentes que el

resto de los niños, eran incapaces de esperar su turno, interrumpían constantemente y eran incapaces seguir las normas del juego.

El papel de la corteza cerebral es inhibir los impulsos. En su acepción más simple, son las respuestas internas del cerebro a los estímulos.

HIPERACTIVIDAD

Es un trastorno de la conducta que se caracteriza por altos grados de impulsividad, falta de atención y movilidad constante; en muchas ocasiones la hiperactividad puede desencadenar diversas problemáticas e incrementar el riesgo de usar drogas.

En todo caso el déficit de atención e hiperactividad (DAH) puede entenderse como un Constructo Social. En este caso el constructorista social sostiene que el TDAH se clasifica como trastorno debido a las convenciones sociales en cuanto a lo que se considera comportamiento normal y anormal.

IMPULSIVIDAD

Es la incapacidad para tener presentes las consecuencias de nuestros actos y aplazar las gratificaciones (Rosas, 2002: p.44).

Se observó durante el trabajo de campo, que el niño impulsivo, sin proponérselo, tendía a llamar la atención desfavorablemente ya que podía convertirse en el centro de las observaciones negativas del docente, según información recopilada en las entrevistas a las madres de familia; los pares se quejaron y comenzaron a evitarlo de distintas formas ya que no disfrutaban de sentarse con él o de realizar actividades escolares conjuntas dentro o fuera de la escuela y, eventualmente, los padres de sus compañeros no se mostraron deseosos de que sus hijos se vincularan con un niño que presentaba tales características, por lo que fue muy importante toda esa información que se reunió mediante las entrevistas, donde logramos retroalimentar la información que se manejaba sobre el TDA, a fin de ayudar al niño para que se integrara de forma saludable con el resto de sus compañeros.

DISTRACCIÓN

Se permite que todas las entradas lleguen al cerebro desde los sentidos; entonces se controlan las entradas a un nivel inferior en el cerebro. Por esta capacidad, podemos estar en un lugar bullicioso y oír perfectamente nuestro nombre si se nos llama, sin esta capacidad la mente se aturdiría con el exceso de información. (http://www.desarrolloinfantil.com/lesiones/deficit_de_atencion.htm)

DÉFICIT ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD:

Es un padecimiento detectado en niños en edad escolar. Sus síntomas: Falta de atención, impulsividad, baja tolerancia a la frustración y en algunos casos hiperactividad, provocan que muchos padres de familia se sientan desorientados culpables e incompetentes.

ATENCIÓN: *Es la concentración en una situación u objeto determinado; implica la existencia de un estímulo que puede prevenir del medio ambiente o del propio cuerpo del individuo.*

TIPOS DE ATENCIÓN

ATENCIÓN SENSORIAL: *El niño que sigue los movimientos de un globo o el sujeto que busca un objeto perdido despliega la atención sensorial, la cual pone en juego los sentidos.*

ATENCIÓN INTELECTUAL: *Cuando el niño busca resolver un problema o comprender una lectura, despliega este tipo de atención. En las personas con problemas de aprendizaje suele presentarse un predominio del primer tipo de atención.*

ATENCIÓN ESPONTÁNEA: *Surge como resultado de un hecho sorpresivo. Este suceso puede provenir del medio externo ó del interno.*

ATENCIÓN VOLUNTARIA: *Este tipo de atención esta dirigida por la voluntad, es decir, la iniciativa es del sujeto y no la atracción del objeto. Exige una concentración de todas las funciones mentales dirigidas al estímulo (Rosas, 2002: p.41).*

EL JUEGO:

El juego favorece el contacto con el terapeuta y la posibilidad de expresión, debido a que es la vía de comunicación directa con los niños. La implementación del juego en el contexto terapéutico, debe mantener las características esenciales del jugar.

Es necesario, acompañar estos procesos con la observación del juego del paciente, develando sus patrones lúdicos: como comienza el juego, personajes que elige, personajes que asigna al terapeuta, estrategias que aplica, como finaliza el juego, etc. El juego es una herramienta importante para el psicólogo en la terapia infantil, ya que por medio de este, el niño es capaz de expresar sus sentimientos y emociones.

Se observó que las dificultades aparecen, según la teoría psicoanalítica, *cuando se experimentan desacuerdos entre el yo y la experiencia.* Porque ciertos elementos de la experiencia no concuerdan con la imagen de si mismo. Entonces el yo se defiende para mantener su estructura. El yo puede entrar en conflicto con la experiencia, pero se parte de la base que el individuo tiene la capacidad de representar sus experiencias de un modo correcto, es ahí cuando es necesario el conocimiento de la ludo-terapia.

FASES Y ETAPAS DE LA TERAPIA DE JUEGO:

En la mayoría de los casos para introducir al niño a la terapia de juego pueden distinguirse cuatro fases de tratamiento:

I. Fase: *Establecimiento de la empatía y aprender como jugar.*

II. Fase: *Regresión y abreación del trauma.*

III. Fase: *Comprobación de relaciones reales, desarrollo del control de impulsos y auto-concepto.*

IV. Fase: *Terminación* (Schaefer, 1988: p.264).

Según Finkle *el juego terapéutico le permite al niño el emprendimiento del auto-conocimiento por medio de la exploración y el autocontrol, además los juguetes sirven para suscitar ciertas conductas y se estructura de la siguiente manera:*

- **Etapa I:** *el niño se muestra reticente o parlanchín, explora el cuarto de juego, si es agresivo es en esta etapa.*
- **Etapa II:** *la agresión disminuye, el niño prueba los límites del cuarto de juego.*
- **Etapa III:** *los esfuerzos del niño se dirigen a intentar una relación con el terapeuta, se incluye en los juegos al terapeuta* (en Schaefer, 1947: p.22).

Durante el proceso de investigación, se concluyó que los niños utilizan el juego como una forma de comunicación, y la *terapia del juego* busca entender los mecanismos del juego, para su aplicación al tratamiento de problemas psicológicos. Al aceptar al niño en la terapia de juego, se observó que era necesario iniciar una terapia con la familia, ya que no solo el niño es el llamado problema, sino también el familiar encargado; también se observó que es vital la comprensión y apoyo de la escuela, los pares y profesionales relacionados.

Ginott encontró que la terapia de juego no dirigida era muy adecuada para estos niños; pese a sugerir eliminar algunos materiales tales como pinturas de agua y agua corriente, en su lugar recomendaba juguetes que tuvieran un potencial de enfoque, tales como: bloques para construcción, clavos para remachar, sierras y rifles de juguete. Estos proporcionan forma y dirección a las urgencias desorganizadas de estos niños... dentro de una atmósfera donde se da aliento, se aumenta la tolerancia a la frustración y se enfoca la energía en metas y objetivos dentro y fuera del salón de terapia (en Schaefer, 1988: p.385).

Los objetivos de la terapia de juego son dotar al niño de experiencia de crecimiento positiva, para que descubra fuerzas internas. Lo que hace en definitiva

es acompañar en una búsqueda mutua para que quién consulte llegue ser quién es y decidir desde su intimidad. El terapeuta entonces mediante técnicas trata de reflejar la vivencia de sus clientes. Se trata de reeducar al sujeto enfermo en una atmósfera de comprensión, de confianza descubriendo los propios valores. Según Singer en 1974, tales experiencias parecen promover una conducta madura y adaptativa y ayudan al desarrollo cognoscitivo (en Schaefer, 1974: p.383).

LÍMITES Y REGLAS DENTRO DE LA TERAPIA DE JUEGO: *Según Bixler en 1949, anunció un movimiento en el que el desarrollo y ejecución de los límites, se consideró el vehículo principal de cambio en las sesiones de terapia, donde sugiere que el terapeuta establezca los límites con los que se sienta cómodo, incluyendo:*

- 1. No debe permitirse al niño que destruya propiedades de habitación excepto el equipo de juego.*
- 2. No debe permitirse al niño atacar físicamente al terapeuta.*
- 3. No debe permitirse al niño permanecer más tiempo del programado para la entrevista.*
- 4. No debe permitirse al niño llevarse juguetes fuera del cuarto de juego.*
- 5. No debe permitirse al niño que arroje juguetes ni algún otro material por la ventana (en Schaefer, 1988: p.8).*

Como norma general se evidenció que es necesario establecer ciertas reglas específicas dentro de la terapia ya que el terapeuta dispondrá de paciencia y respeto para el niño, pero también establecerá límites, que permitirán que el niño asuma su responsabilidad en la relación terapéutica, y se exprese sin herir a otros.

Los límites ayudan al niño a adquirir el control de la verbalización en lugar de expresar sus sentimientos a través de actuar el sentimiento (acting out), por lo que el autor Charles E. Scheafer nos brinda en su manual de terapia de juego los siguientes lineamientos:

- 1. Agresión física contra el terapeuta o él mismo.*

2. *Dstrucción de objetos costosos o irreparables.*
3. *Correr fuera y dentro del cuarto de juego.*
4. *Permanecer más allá del periodo de juego.*
5. *Desvestirse (excepto chumpas/suéteres y zapatos) (Schaefer, 1988: p.35).*

Las reglas básicas de Axline se reproducen aquí porque se han convertido en el credo del enfoque, debido a que guían al psicólogo en todos sus contactos terapéuticos no-directivos son muy sencillas, pero de enormes probabilidades cuando son ejecutadas con sinceridad, consistencia e inteligencia.

A continuación, se describen las reglas básicas, según Virginia Axline:

1. *El terapeuta debe desarrollar una relación interna y amigable con el niño, mediante la cual se establece una armonía lo antes posible.*
2. *El terapeuta acepta al niño tal como es.*
3. *El terapeuta crea un sentimiento de actitud permisiva en la relación, de tal forma que el niño se siente libre para expresar sus sentimientos por completo.*
4. *El terapeuta está alerta a reconocer los sentimientos que el niño está expresando y los refleja de nuevo hacia él de tal forma que logra profundizar más en su comportamiento.*
5. *El terapeuta observa un gran respeto por la habilidad del niño para solucionar sus problemas, si a éste se le ha brindado la oportunidad para hacerlo. Es responsabilidad del niño decidir y realizar cambios.*
6. *El terapeuta no intenta dirigir las acciones o conversación del niño en forma alguna. El niño guía el camino; el terapeuta lo sigue.*
7. *El terapeuta no pretende apresurar el curso de la terapia. Este es un proceso gradual y, como tal, reconocido por el terapeuta.*
8. *El terapeuta establece solo aquellas limitaciones que son necesarias para conservar la terapia en el mundo de la realidad y hacerle patente al niño de su responsabilidad en la relación (Schaefer, 1988, p.7).*

LA FAMILIA DEL NIÑO CON DÉFICIT DE ATENCIÓN

La familia guatemalteca es una familia migrante que debe trabajar para mantenerse, por lo tanto, se pudo comprobar durante la entrevista que los niños con TDAH carecen de una atención personalizada incluso en el hogar.

La aceptación generalmente es lo más difícil en el ámbito familiar del niño con TDA, siempre hay un sentimiento de inconformidad ¿por qué a mi?, cuando logramos superar esto buena parte de las nubes del camino se tornan menos negras, por su puesto es duro, pero de como las madres lo transmitan a sus hijos dependerá la evolución.

La aceptación de la madre es muy importante en el tratamiento de los niños con déficit por que de esta depende la imagen que el niño tenga de si mismo, los hijos son una extensión de los padres y si los padres se aceptan entonces aceptaran a sus hijos (Rosas, 2002: p.57).

Una pobre y muy disminuida autoestima es característica de los niños con TDAH y por eso la mayor parte el trabajo de los padres y de los psicólogos es ayudarles a rescatarla. La falta de autoestima es el resultado de muchas de las situaciones que estos niños experimentan, como lo es no poder concluir sus trabajos escolares al mismo tiempo que el resto de sus compañeros, su incapacidad para seguir instrucciones y la constante lucha de quienes los rodean por entenderlos y aceptarlos (Rosas, 2002: p.55).

Ser la carne de cañón de unos padres frustrados y desorientados por la conducta del niño con déficit, es vivido por el niño de manera dolorosa. Estos niños escuchan la voz de los padres al referirse a ellos sienten el rechazo y generalmente se ven como tontos, malos y problemáticos frente al resto de sus compañeros. Esta falta de aceptación del medio ambiente familiar, escolar y social en general los lleva a actuar fuera de las reglas.

LOS HÁBITOS DE LA FAMILIA DE NIÑOS CON TDA

Dentro de las familias guatemaltecas, no se le brinda mucha atención a la prevención, que en el caso de los niños con TDA es muy importante, por lo que se recomendó ampliamente a los padres de los pacientes un ámbito estructurado para los niños.

Los hábitos son importantes en la vida general de las personas, pero estos niños en particular que manifiestan estas características tienden a llevar un tipo de vida más organizado debido a los problemas que conlleva tal trastorno.

La familia es parte fundamental para el desenvolvimiento tanto social como educativo del niño y es por ello que estos niños deben cerciorarse de todas las indicaciones que se les dan para lograr mayor autoconfianza y no generar disfuncionalidad emocional en él, pues ellos manifiestan sentimientos de culpa e inseguridad.

Es importante definir las reglas, las consecuencias y los premios ya que pareciera como si los niños con TDA siempre quisieran estar metidos en líos, pese a los esfuerzos de sus padres en explicar las reglas el niño no obedece y parece sorprenderse cuando lo castigan. Para evitar ese problema, hay que asegurarse de hablar con él, escribir las reglas y verificar que el niño las entendió. Habrá que definir frente al niño lo que entendió sobre cada regla.

Además será mejor retirar de su entorno todo lo que le pueda lastimar: guardar tijeras, medicinas, productos químicos, utensilios punzo cortantes y verificar que las ventanas estén perfectamente cerradas. Crear un ambiente estructurado y muy organizado para el niño. También es importante anticiparse siempre a la conducta inadecuada del niño y así la evitaremos, ya que esta anticipación impide la llegada del impulso (Rosas, 2002: p.63).

CAPITULO II

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

El estudio se realizó con cinco niños, en edad escolar, comprendidos entre los seis y diez años, se ubicó socio-económicamente al grupo de estudio como de extracción social baja, provenientes de familias disfuncionales que asistieron una vez por semana a recibir terapia psicológica al Centro de Salud de Palín, Escuintla.

Durante las sesiones realizadas se hicieron observaciones individuales a los niños y se platicó con las madres como parte complementaria. Seguidamente se realizó la entrevista estructurada a las madres. Posteriormente se administró la evaluación psicométrica por medio del test de la figura humana de Karen Machover el cual se adjunta como anexo al trabajo de investigación, teniendo los resultados de la prueba se elaboró el psico-diagnóstico, fuente para la aplicación de la ludo-terapia.

TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El procedimiento para recabar información sobre la población en estudio, se realizó en la clínica psicológica, cedida por el Centro de Salud de Palín, Escuintla.

Se contó con la ayuda de diversas técnicas e instrumentos para alcanzar los objetivos propuestos, las que describimos a continuación:

Entrevista estructurada: Instrumento que nos permitirá obtener datos que de otra manera serían difíciles de conseguir, además es considerado el instrumento ideal, ya que la muestra es pequeña y manejable. Al aplicarlos se dieron las instrucciones necesarias, luego se procedió a leer las preguntas tomar las impresiones por escrito a cada una en sus respuestas. (Ver anexo No.1)

La Observación: Es una técnica que se utiliza para conocer las actitudes y/o aptitudes de las personas en diversas situaciones. Fue participativa, y nos permitió experimentar junto con los pacientes los resultados de la ludo-terapia y comprobar

así su eficacia. La observación se realizó cada lunes en un horario de ocho a tres de la tarde en un término de cuatro meses. (Ver anexo No.2)

Hoja de Cotejo. Se utilizó como medio auxiliar de la observación para sistematizar las conductas reincidentes de la población conjuntamente con la familia, elaboramos y aplicamos pre y post factum donde las madres de los pacientes se expresaron, las aplicaciones se dieron al inicio y al final del programa. (Ver anexo No.3)

Historia de vida: Parte del examen clínico que reúne todos los datos personales y familiares del paciente.

Entrevista no estructurada: Se realizó una entrevista con la madre para obtener información acerca del contexto, desarrollo y ambiente del niño.

Metodología utilizada en el desarrollo del programa: Para la realización de esta investigación utilizamos las siguientes técnicas:

ludo-terapia: Es un proceso subjetivo que restaura y recobra la salud mental, reestructura la personalidad, se basa en el hecho de que el juego es el medio natural de auto-expresión que utiliza el niño. Las sesiones de terapia se llevaron a cabo en la clínica psicológica del Centro de Salud de Palín, Escuintla, con una duración aproximada de una hora.

CAPITULO III

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

CASOS CLÍNICOS:

Caso M.R.G.-001-2008:

El paciente J.P.C.D. residente de Palín, Escuintla, nacido el 31 de diciembre de 1,999, con edad actual de nueve años, ladino, soltero, de sexo masculino, estudiante, proveniente de una familia integrada por cuatro hermanos más, siendo él el menor. Remitido por su madre debido a problemas de rendimiento escolar e intranquilidad. La madre refiere que desde los nueve meses el paciente se levantaba a las cinco de la mañana a jugar; al cumplir su primer año el niño corría descontroladamente y era incapaz de estarse quieto. Actualmente ha recibido diversas quejas por parte de la escuela, tales como: Salirse del aula, no seguir instrucciones y pegarle a sus compañeros.

Periodo Prenatal: Edad de la madre durante el embarazo 15 años, padre desconocido, fue un niño no deseado, no hubo control prenatal, la alimentación de la madre fue deficiente, tuvo problemas de tipo emocional durante el embarazo, con su propia madre y con el padre de su hijo. Duración del embarazo ocho meses.

Periodo Perinatal: Nacido en el hospital de Coatepeque, atendido por médico, no hubieron complicaciones, peso 5 libras 6 onzas.

Periodo Postnatal: Permaneció un día en el hospital, consumió leche materna por un año, dos meses, inició a los seis meses con alimento sólido, tenía problemas de sueño.

Desarrollo Neuropsicomotor: Sostuvo la cabeza a los seis meses, se sentó a los ocho meses, no gateó, caminó con ayuda a los nueve meses.

Control de esfínteres: A los dos años controló el esfínter uretral, también a los dos años de edad el esfínter anal. Pero empezó a orinarse en la cama a los cuatro años durante la noche.

Lenguaje: La madre refiere que sonrió por primera vez a los tres meses de edad, dijo frases a los seis meses y habló al año de edad.

Enfermedades que ha padecido: Actualmente padece de infecciones intestinales, infecciones en los oídos y bronquitis. Ha sido hospitalizado una vez por fractura en brazo derecho.

La dinámica familiar observada fue la siguiente: Familia integrada por siete miembros, dos padres adoptivos y cuatro hermanos, en el orden siguiente: hermana de 28 años de edad, hermana de 24 años de edad, hermana de 22 años, hermano de 21 años de edad, finalmente el paciente de 9 años de edad, la familia esta integrada pero es disfuncional, de baja condición económica, con pobre relación afectiva.

Los ítems arrojados por la evaluación fueron: agresividad, falta de apoyo por sus padres e infantilismo.

CONCLUSIONES: Durante las primeras sesiones se observaron en el paciente los siguientes signos: Dificultad para mantener la atención, movimientos continuos, no seguía instrucciones, distractibilidad, hablaba constantemente, impulsividad. Luego del tratamiento, el paciente demostró una leve mejoría en todos los signos, incluso ha denotado seguir instrucciones y su nivel de impulsividad también ha demostrado cambios.

Caso M.R.G.-002-2008

El paciente M.R.L.M. originario de Palín, Escuintla, nacido el 18 de junio de 1,999, con edad actual de nueve años, ladino, soltero, sexo masculino, estudiante, residente de Palín, Escuintla, proveniente de una familia integrada por dos hermanos más, siendo él el mayor. Remitido por su madre por problemas con la lectura, debido a que la maestra se ha quejado reiteradamente con ella, aduciendo que el niño tiene problemas de lecto-escritura y de distractibilidad.

Periodo Prenatal: Edad de la madre durante el embarazo 18 años, padre 19 años, no hubo control prenatal, la alimentación de la madre fue deficiente, tuvo problemas de tipo emocional durante el embarazo con el padre de su hijo. El embarazo duró nueve meses.

Periodo Perinatal: Nacido en su casa de habitación en San Marcos, atendido por una comadrona, no hubo complicaciones, la labor de parto tuvo una duración de 18 horas, el parto fue normal y pesó 5 libras.

Periodo Postnatal: Permaneció en casa durante 40 días, consumió leche materna por un año dos meses, inició a los seis meses con alimento sólido, tenía problemas de sueño.

Desarrollo Neuropsicomotor: Sostuvo la cabeza a los cuatro meses, se sentó a los ocho meses, no gateó, caminó con ayuda a los once meses.

Control de esfínteres: Aún no controla el esfínter de uretral, al año dos meses logró el control del esfínter anal.

Lenguaje: La madre refiere que sonrió por primera vez a los tres meses de edad, dijo frases a los siete meses y habló al año y medio de edad.

Enfermedades que ha padecido: infecciones varias, varicela, paperas y bronquitis.

La dinámica familiar observada fue la siguiente: Familia integrada por madre, padre y dos hermanos menores de siete y dos años, es una familia integrada pero disfuncional, el paciente tiene una relación estrecha con el padre y distante con la madre, la familia es de extracto social bajo.

Los ítems arrojados por la evaluación fueron: Falta de apoyo por parte de sus padres, infantilismo y agresividad pasiva.

CONCLUSIONES: Con el paciente M.R.L.M. se observaron los siguientes signos: Dificultad para mantener la atención, ansiedad, distractibilidad. Luego del tratamiento, el paciente demostró una mejoría moderada, ha logrado mantener la atención por un espacio más amplio y se distrae menos.

Caso M.R.G.-003-2008

El paciente E.D.L.G. originario de Palín, Escuintla, nacido el 13 de noviembre de 2,001, con edad actual de siete años, ladino, soltero, sexo masculino, estudiante, residente de Palín, Escuintla, proveniente de una familia integrada por una hermana más, siendo él el mayor. Remitido por la madre por intranquilidad y agresividad. La

madre refiere que la maestra se queja mucho de que el niño le pega a los compañeros, no sigue instrucciones y le grita a todos cuando lo molestan.

Periodo Prenatal: Edad de la madre durante el embarazo 22 años, padre de 22 años, fue un niño no deseado, hubo control prenatal, hubo amenaza de aborto, pero la madre no recuerda la etapa en que sucedió, la alimentación de la madre fue deficiente durante los primeros seis meses, tuvo problemas de tipo emocional durante el embarazo con el padre de su hijo. Duración del embarazo nueve meses.

Periodo Perinatal: Nacido en el hospital Roosevelt , atendido por médico, no hubo complicaciones, la labor del parto duró 12 horas, se utilizó fórceps, el niño pesó 7 libras.

Periodo Post-natal: Permaneció en el hospital un día, la madre no le dió pecho, porque el niño no lo recibió, se le ha dado leche con atol hasta el momento, se le dieron alimentos sólidos a los seis meses, tuvo problemas del sueño durante los primeros tres meses.

Desarrollo Neuropsicomotor: Sostuvo la cabeza a los tres meses, se sentó a los siete meses, no gateó, caminó con ayuda al año y medio.

Control de esfínteres: Al año controló el esfínter uretral, al año y medio controló el esfínter anal.

Lenguaje: La madre refiere que sonrió por primera vez a los dos meses de edad, dijo frases al año y tres meses y habló al año y medio.

Enfermedades que ha padecido: Actualmente padece de infecciones en la garganta, infecciones intestinales. Fue hospitalizado al año y ocho meses por bronconeumonía, durante tres días.

La dinámica familiar observada fue la siguiente: Familia integrada por padre y madre y una hermana de 8 meses y él (7 años de edad), familia integrada pero disfuncional, de extracto social bajo, con pobre relación afectiva entre sus miembros, la relación con el padre es distante, con la madre es fusionada pero conflictiva.

Los ítems arrojados por la evaluación fueron: Falta de apoyo por parte de sus padres, agresividad y bajo auto-concepto de sí mismo.

CONCLUSIONES: Con el paciente E.D.L.G se observaron los siguientes signos: No seguía instrucciones, dificultad para mantener la atención, movimientos continuos,

distractibilidad, agresividad y hablaba constantemente. Luego del tratamiento, el paciente modificó levemente su conducta, lo que se observa en su nivel de agresividad y al momento de seguir instrucciones.

Caso CdeG-001-2008

La paciente L.F.G.M. originaria de Palín, Escuintla, nacida el 22 de noviembre de 1,997, con edad actual de diez años, ladina, soltera, sexo femenino, estudiante, residente de Palín, Escuintla, proveniente de una familia integrada por una hermana menor, de 6 años de edad, siendo ella la mayor. Remitida a la clínica por su madre, debido a problemas de rendimiento escolar y maltrato intrafamiliar. La madre refiere que desde que empezó a estudiar tenía mal rendimiento escolar, actualmente la niña se siente desvalorizada.

Periodo Prenatal: Edad de la madre durante el embarazo 24 años, el padre 29, fue una niña no deseada, hubo control prenatal, la alimentación fue adecuada, pero la madre tuvo problemas de tipo emocional durante el embarazo con el padre de la paciente. Duración del embarazo nueve meses.

Periodo Perinatal: Nacida en el hospital de Amatitlán, atendida por médico, no hubo complicaciones, pesó 5 libras 6 onzas.

Periodo Postnatal: Permaneció en el hospital por doce horas, consumió leche materna tres meses, aduce que se suspendió la lactancia porque rechazaba la leche, inició a los nueve meses con alimento sólido, no respondió lo relativo al sueño.

Desarrollo Neuropsicomotor: Sostuvo la cabeza a los cuatro meses, se sentó a los ocho meses, gateó a los 6 meses, caminó con ayuda a los ocho meses.

Control de esfínteres: A los dos años tres meses controló el esfínter uretral, a los dos años cinco meses logró el control del esfínter anal.

Lenguaje: La madre refiere que sonrió por primera vez a los cuatro meses de edad, dijo frases a los seis meses y no recuerda cuando habló por primera vez.

Enfermedades que ha padecido: Infecciones urinarias, varicela, paperas y bronquitis. Ha sido hospitalizada una vez por nefritis.

La dinámica familiar observada fue la siguiente: Familia integrada por padre, madre, la paciente de 10 años y una hermana de 6 años, la familia esta integrada pero disfuncional, extracto social bajo, con pobre relación afectiva entre sus

miembros ya que tiene una relación distante con el padre y estrecha pero fusionada con la madre.

Los ítems arrojados por la evaluación fueron: Necesidad de contacto, vulnerabilidad, infantilismo, dependencia materna y conducta guiada por los instintos.

CONCLUSIONES: La paciente L.F.G.M. demostró durante sus sesiones de ludoterapia los siguientes signos: Baja tolerancia a la frustración, no seguir instrucciones, dificultad para mantener la atención, distractibilidad y hablaba constantemente. Luego del tratamiento, se observó una leve mejoría en las siguientes conductas: mejoró su distractibilidad y su capacidad para mantener la atención.

Caso CdeG-002-2008

La paciente M.X.J. originaria de Palín, Escuintla, nacida el 22 de octubre de 2001, con edad actual de siete años, ladina, soltera, sexo femenino, estudiante, residente de Palín, Escuintla, proveniente de una familia integrada por un hermano de 11 años, siendo ella la menor. Remitida por la madre por una caída que le ha provocado problemas de aprendizaje y por ende bajo rendimiento escolar. La madre refiere que la niña se cayó cuando tenía dos años desde entonces tienes problemas académicos. Actualmente ha recibido diversas quejas por parte de la escuela, tales como: Salirse del aula y no seguir instrucciones.

Periodo Prenatal: Edad de la madre durante el embarazo 23 años, padre de 23 años, fue una niña no deseada, la madre tuvo amenaza de aborto, si hubo control prenatal, la alimentación de la madre fue deficiente, tuvo problemas de tipo emocional relacionados con un estado alterado de ánimo. Duración del embarazo ocho meses y medio.

Periodo Perinatal: Nacida en el hospital de Escuintla, a través de un médico, no hubo complicaciones, la labor de parto duró 6 horas y media, no hubo llanto espontáneo y pesó 7 libras.

Periodo Postnatal: Permaneció un día en el hospital, consumió leche materna por nueve meses, inició a los cinco meses con alimento sólido, No experimentó problemas de sueño.

Desarrollo Neuropsicomotor: Sostuvo la cabeza a los cinco meses, no recuerda cuando se sentó, no gateó, caminó con ayuda a los trece meses.

Control de esfínteres: A los dos años controló el esfínter uretral y a los dos años y medio el esfínter anal.

Lenguaje: Dijo frases a los trece meses.

Enfermedades que ha padecido: Bronquitis. Ha sido hospitalizada una vez por rotavirus.

La dinámica familiar observada fue la siguiente: Familia integrada pero disfuncional, compuesta por padre, madre, un hermano de 11 años y la paciente extracto social bajo.

Los ítems arrojados por la evaluación fueron: Ansiedad, necesidad de aprobación, necesidad de contacto.

CONCLUSIONES: La paciente M.X.J. demostró durante sus sesiones de ludoterapia los siguientes signos: Dificultad para mantener la atención, no seguir instrucciones, baja tolerancia a la frustración y distractibilidad. Luego del tratamiento, demostró una mejoría moderada en las siguientes conductas: Capacidad para mantener la atención y capacidad para seguir instrucciones, su nivel de tolerancia a la frustración también reflejó una leve mejoría.

Resultados Test D.F.H.

Se aplicó también el test del DFH, que a continuación se describe el resultado de la primera figura aplicada a los pacientes:

Caso M.R.G No. 001/2008 J.P.C.D.

Hipótesis Proyectivas:

- Sentimiento de inferioridad.
- Necesidad de aceptación.
- Posible agresividad e impulsividad.

Diagnóstico:

El paciente J.P.C.D. proyectó a través de su test de la Figura Humana, ser una persona con tendencias agresivas e impulsivas, con problemas de déficit de atención e hiperactividad.

Caso M.R.G No. 002/2008; M.R.L.M.

Hipótesis Proyectivas:

- Necesidad de aceptación.
- Baja tolerancia a la frustración.
- Posible agresividad e impulsividad.

Diagnóstico:

El paciente M.R.L.M. a través de su test de la Figura Humana, denota un bajo autoconcepto y una deficiencia en su capacidad para mantener la atención.

Caso M.R.G No. 003/2008; E.D.D.L.

Hipótesis Proyectivas:

- Necesidad de afecto.
- Baja tolerancia a la frustración.
- Agresividad e impulsividad.

Diagnóstico:

El paciente E.D.D.L. a través de su test de la Figura Humana, denota mucha agresividad reprimida, problemas con control de impulsos y alta deficiencia en su capacidad para mantener la atención.

Caso CdeG No. 001/2008; L.F.G.M.

Hipótesis Proyectivas:

- Necesidad de afecto.
- Baja tolerancia a la frustración.
- Dependencia materna.

Diagnóstico:

La paciente L.F.G.M a través de su test de la Figura Humana, denota mucha impulsividad, problemas de deficiencia en su capacidad para mantener la atención.

Caso CdeG No. 002/2008; M.X.J.

Hipótesis Proyectivas:

- Necesidad de afecto.

- Baja tolerancia a la frustración.
- Tendencia a la regresión y fuerte dependencia oral.

Diagnóstico:

La paciente M.X.J. a través de su test de la Figura Humana, muestra necesidad de afecto y fuerte dependencia oral y problemas leves de deficiencia en su capacidad para mantener la atención.

ANÁLISIS CUALITATIVO

Según se observó, la población con TDA manifiesta problemas de conducta, bajo rendimiento escolar, irritabilidad, impulsividad, culpa y ansiedad, además viven en un mundo muy desordenado, no son capaces o les cuesta acatar órdenes y reglas, les gana la impulsividad y tienen problemas de adaptación, de auto-aceptación y muy poca tolerancia a la frustración. Generalmente estos niños tienen unos padres autoritarios. El trabajo de investigación se centró en esos casos.

Durante la aplicación se llevó a cabo la siguiente metodología: como primer paso, se sumaron los resultados obtenidos, en base a las respuestas dadas, afirmativas o negativas, sobre la conducta del paciente. Con el resultado final se elaboró un diagrama de barras.

Luego se realizó el registro de la entrevista estructurada y la boleta de observación de la ludo-terapia. Finalmente, describimos las inferencias de la prueba aplicada a los pacientes. Con todo el procedimiento terminado, se observaron los siguientes resultados.

Se reflejó que estos niños experimentan restricciones de todo tipo en su casa, en la escuela y en su entorno. Por lo que suelen llegar muy frustrados a las sesiones. Su sentimiento de libertad en la práctica ludo-terapéutica, generó satisfacción y autorrealización, por lo que su nivel de frustración, bajó.

Se observó que es necesario recordarles las reglas dentro del ambiente terapéutico cada vez que entran a sesión.

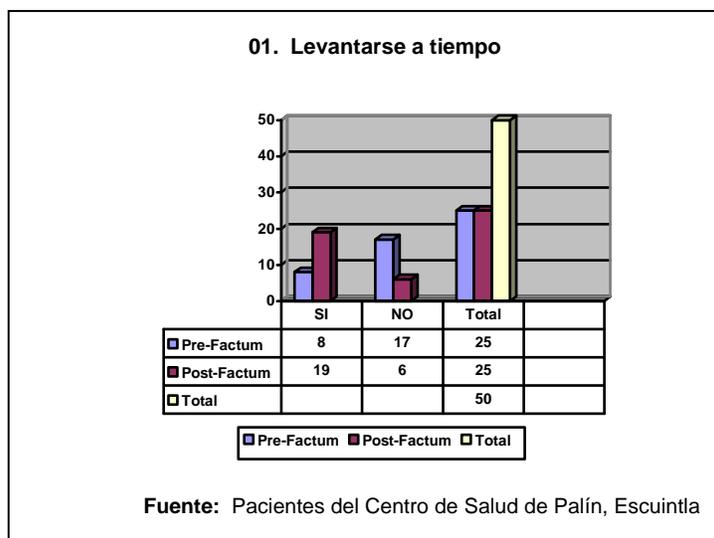
Se utilizaron las siguientes técnicas lúdicas. Técnicas expresivas proyectivas: expresión de emociones, pensamientos y afectos a través del lenguaje oral, gestual y escrito. Comunicación lúdica: dibujo libre y dibujo dirigido. Juegos regulados: que requieren del uso y aceptación de normas a seguir durante la realización de los mismos, tales como juegos de mesa y juegos didácticos

Se evidenciaron los siguientes resultados: algunos ítems no mostraron la mejoría esperada, tomando como ejemplo el número tres *Poner la mochila en su lugar*. Se pudo constatar que debe continuar reforzándose este y todos los demás ítems descritos para continuar evolucionando de forma adecuada la conducta del niño, a corto, mediano y largo plazo. Es importante el espacio familiar para reforzar de manera sistemática y paciente todas estas actitudes, por lo que los padres deben continuar el tratamiento con sus hijos, para lograr el bien común en el hogar.

Del conglomerado de ítems, se experimentó mejoría de acuerdo al testimonio de las madres, en el ítem número 1 *Levantarse a tiempo*, en el número 2 *Estar listo a tiempo para ir a la escuela*, en el ítem número 5 *Lavarse las manos antes de comer*, en el número 7 *Estar listo a tiempo para ir a la escuela*, los niños evidenciaron un avance sustancial, por lo tanto se deduce que los padres reforzaron de forma positiva a los niños en estas áreas, lo que demuestra que con la información adecuada juntamente con sus padres, pueden lograr grandes beneficios en su vida.

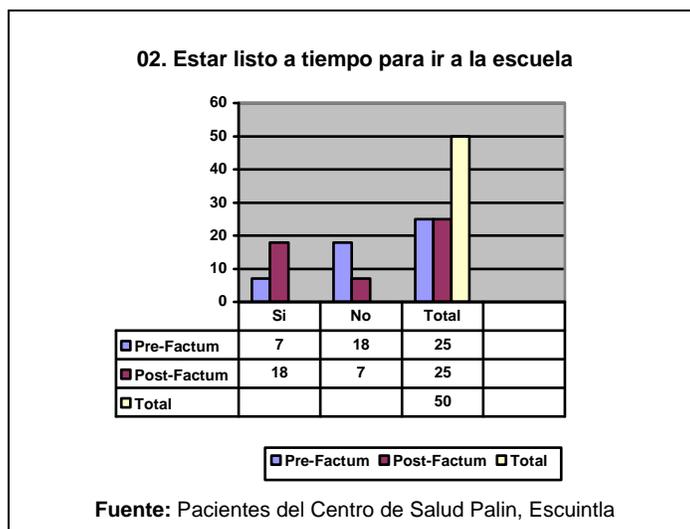
ANALISIS CUANTITATIVO

Gráfica No. 01



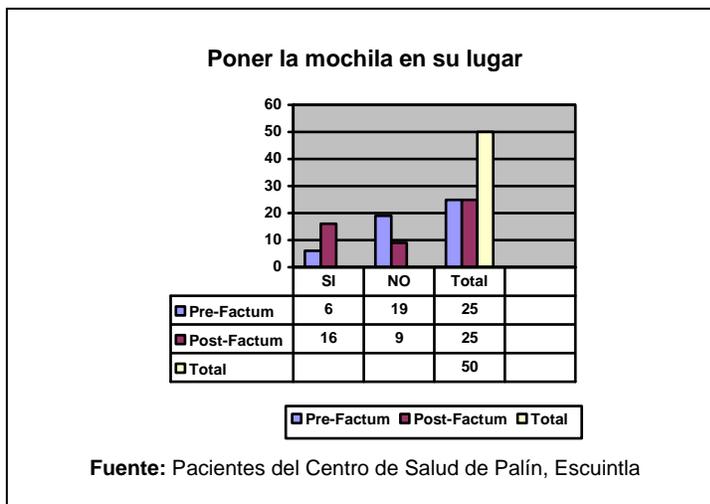
De la muestra compuesta por cinco casos, la gráfica muestra que 8 respuestas (el 32%) de la muestra afirma levantarse a tiempo, en contraposición con 19 respuestas (el 68%) que afirman no levantarse temprano, en la etapa pre-factum de la investigación. En tanto que durante la etapa post-factum de la investigación, tenemos 19 respuestas (el 76%) si se levanta temprano contra 6 respuestas (el 24%) que no se levanta temprano, por lo que se deduce, que luego de la intervención terapéutica, se generó un cambio en los hábitos de los pacientes.

Gráfica No. 02



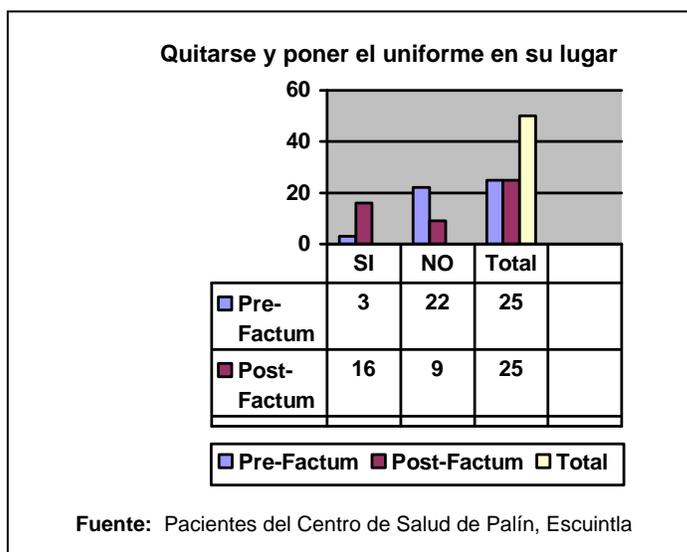
De la muestra compuesta por cinco casos estudiados, en la gráfica se observa que las siete respuestas obtenidas (28%) manifiestan que los niños están listos para ir a la escuela y 18 de las respuestas obtenidas (72%) no lo están, en la etapa pre-factum. En tanto que en la etapa post-factum tenemos 18 respuestas positivas (72%) y 7 negativas (28%) que manifiestan no estar listo a tiempo; por lo tanto se infiere que previo a iniciar el plan terapéutico, los pacientes no se preparaban a tiempo para ir a la escuela, lo que se contrapone al final del tratamiento terapéutico.

Gráfica No. 03



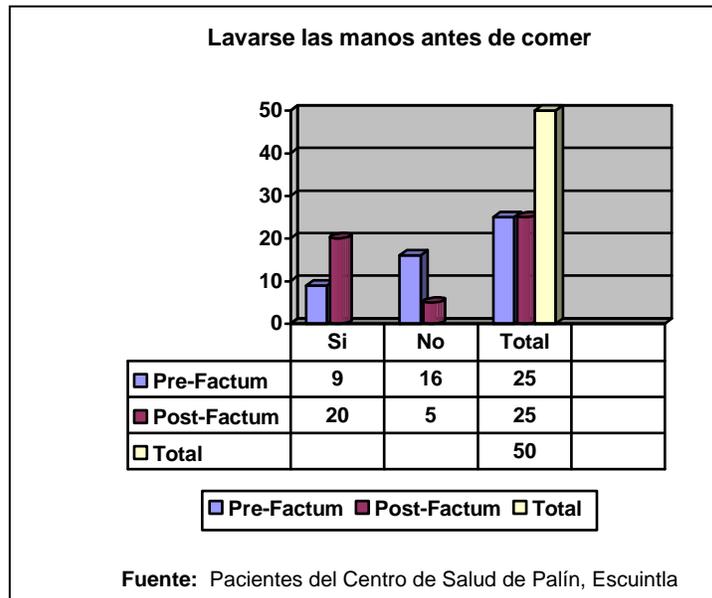
De la muestra de cinco casos, en la gráfica No. 03, se observa que las seis respuestas obtenidas (24%) manifiestan que los niños ponen la mochila en su lugar y 19 de las respuestas obtenidas (76%) no lo la ponen en su lugar, en la etapa pre-factum. En cambio en la etapa post-factum tenemos 16 respuestas positivas (64%) y 9 negativas (36%) que manifiestan poner la mochila en su lugar; por lo que se puede concluir que el tratamiento terapéutico surtió un efecto favorable en la muestra.

Gráfica No. 04



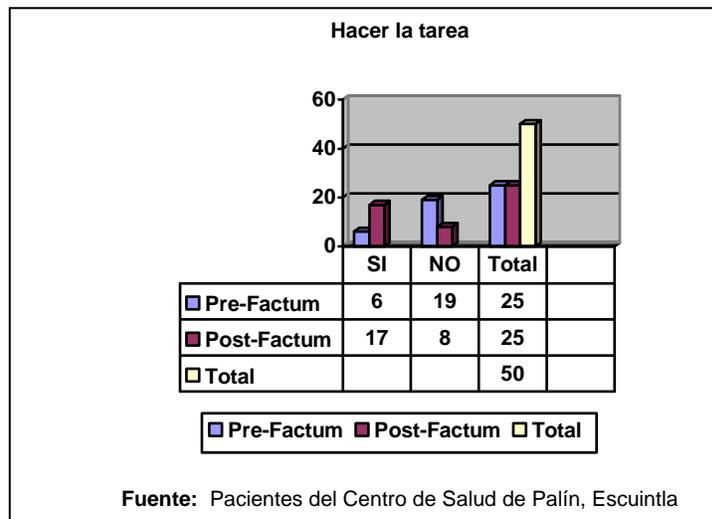
De la muestra de cinco casos de estudio, en la gráfica No. 04, se observa en la etapa pre-factum que 3 de las respuestas obtenidas (12%) manifiestan que los niños ponen la mochila en su lugar y 22 de las respuestas (88%) no la ponen en su lugar; durante la etapa post-factum, en cambio tenemos 16 respuestas positivas (64%) y 9 negativas (36%) que afirman poner el uniforme en su lugar; por lo deriva en un efecto terapéutico favorable en la muestra.

Gráfica No. 05



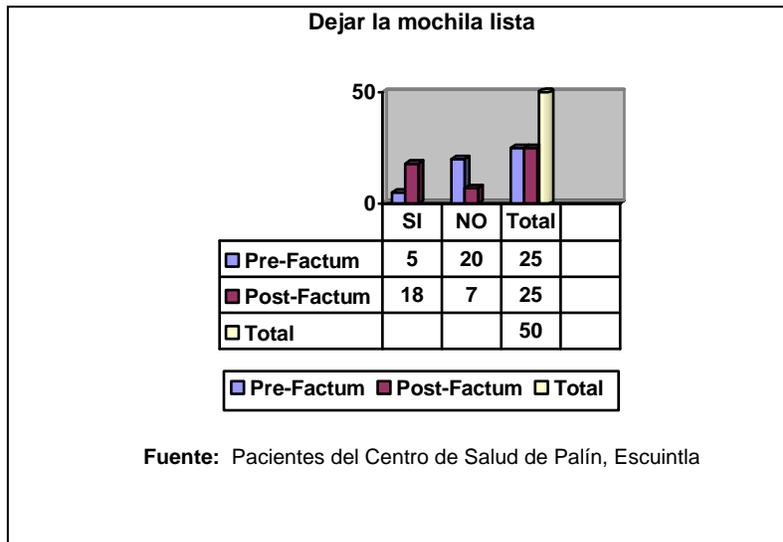
En la gráfica No. 05, la muestra de cinco casos de estudio, demostró los siguientes resultados: en la etapa pre-factum 9 de las respuestas positivas obtenidas (36%) manifiestan lavarse las manos antes de comer, 19 respuestas negativas (64%) no se lavan las manos antes de comer; en la etapa post-factum, tenemos 20 respuestas positivas (80%) y 5 negativas (20%) que manifiestan lavarse las manos antes de comer; por lo que se infiere un efecto terapéutico favorable en la muestra.

Gráfica No. 06



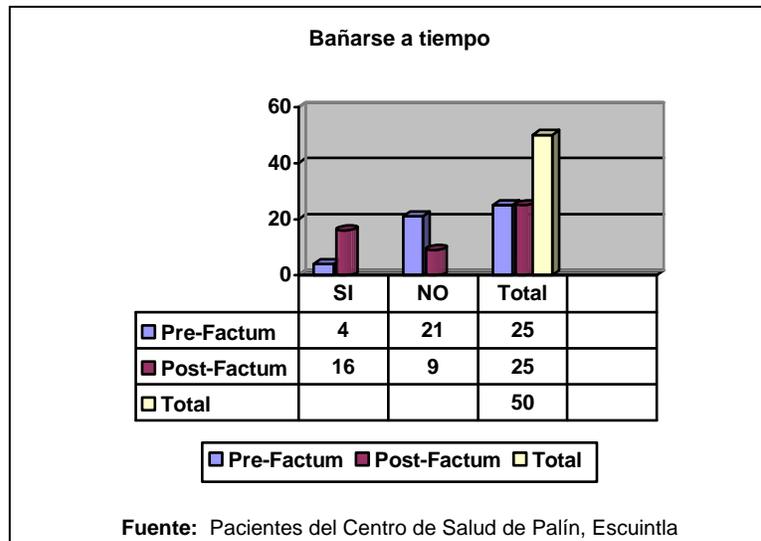
En la gráfica No. 06, de la muestra de cinco casos de estudio, se demostraron los siguientes resultados: en la etapa pre-factum 6 de las respuestas positivas obtenidas (24%) hacer la tarea y 19 respuestas negativas (76%) no hacen la tarea; en contraposición durante la etapa post-factum, tenemos 17 respuestas positivas (68%) y 8 negativas (32%) que testifican hacer la tarea; por lo que se deduce un efecto terapéutico favorable en la muestra.

Gráfica No. 07



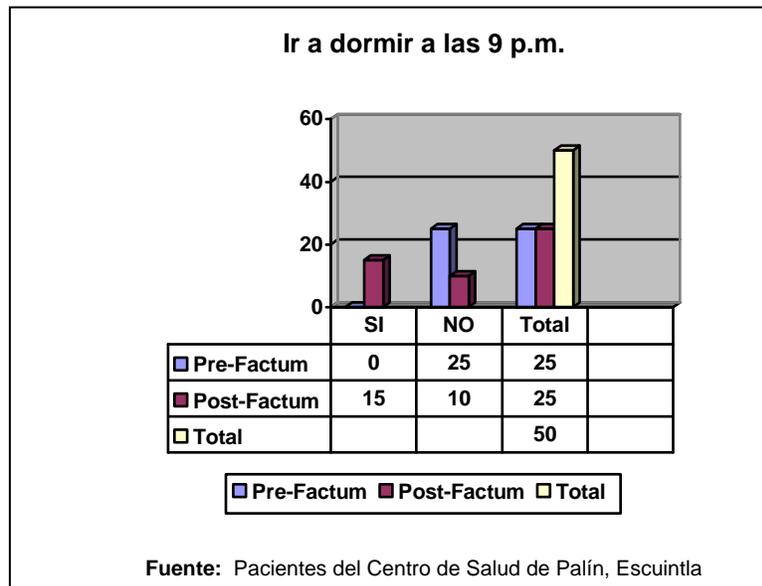
En la gráfica No. 07, en la muestra de cinco casos de estudio, se demostraron los siguientes resultados: En la etapa pre-factum 5 de las respuestas positivas obtenidas (20%) para dejar la mochila lista y 20 respuestas negativas (80%) no dejan lista la mochila; en contraposición con la etapa post-factum, donde tenemos 18 respuestas positivas (72%) y 7 negativas (28%) que no dejan lista la mochila; por lo que inferimos que se operó un efecto terapéutico favorable en la muestra.

Gráfica No. 08



En la gráfica No. 08, de la muestra de cinco casos de estudio, se desprenden los resultados siguientes: En la etapa pre-factum 4 de las respuestas positivas obtenidas (16%) para bañarse a tiempo y 21 respuestas negativas (84%) no se bañan a tiempo; en contraposición con la etapa post-factum, donde tenemos 16 respuestas positivas (64%) y 9 negativas (36%) que no se baña a tiempo; por lo que inferimos que se operó un efecto terapéutico favorable en la muestra.

Gráfica No. 09



En la gráfica No. 09, de la muestra de cinco casos de estudio, se dan a conocer los siguientes resultados: En la etapa pre-factum no hubo respuestas positivas obtenidas (0%) en irse a dormir a las 9 p. m. y se dio 25 respuestas negativas (100%) lo que nos dice que el total de niños no se va a dormir a las 9 p. m.; en contraposición durante la etapa post-factum, tenemos 15 respuestas positivas (60%) y 10 negativas (40%) por lo que se concluye que no se van a dormir a las 9 p. m.; es por eso que se deduce un efecto terapéutico favorable en la muestra.

ANÁLISIS GLOBAL DE LA ENTREVISTA ESTRUCTURADA

La entrevista estructurada realizada a las madres que corresponde al anexo No. 01, arrojó los siguientes resultados:

En la pregunta No. 1 ¿La escuela a donde su hijo asiste tiene una infraestructura adecuada a sus características personales?, el 100% de las madres respondió que no, por lo que se infiere que las madres están conscientes de que sus hijos tienen necesidades específicas que no han sido tomadas en cuenta por el sistema educativo.

En la pregunta No. 2 cuando su hijo con TDA realiza cosas positivas, ¿Se las reconoce o ignora las mismas? El 80% de las madres reconoció no darse cuenta de los esfuerzos de su hijo con necesidades especiales, el 20% responde notarlos a veces.

En la pregunta No. 3 ¿Conoce los tipos de refuerzo positivo para su hijo? El 100% de las madres respondió no tener claro como reforzar positivamente a sus hijos, por lo que se infiere que existe mucha falta de información al respecto.

En la pregunta No. 4 ¿Se ha preocupado por saber si en la escuela entienden que el TDA es un trastorno de la química del cerebro de su hijo y que nada tiene que ver con que el niño tenga ganas de fastidiar? El 80% de las madres aceptó no haberse preocupado por averiguar si en el colegio comprenden el trastorno de sus hijos, por lo que sostenemos la falta de información con respecto a este trastorno.

En la pregunta No. 5 ¿Siente confianza en los demás y en qué contribuirán con usted para que el niño la pase mejor en cualquier círculo donde se encuentra? El 100% de las madres respondió no tener confianza en que sus allegados procuren el bienestar del niño; por lo que se infiere que las madres manejan un alto nivel de estrés en lo concerniente al comportamiento de sus hijos.

En la pregunta No. 6 ¿Ha fomentado en sus hijos el valor de la tolerancia? Sobre todo porque seguramente alguno de ellos algún día tendrá un compañero con déficit de atención, en esta pregunta el 60% de las madres respondió no fomentar la tolerancia en sus hijos, en tanto que un 40% respondió que sí, por lo que se infiere una sociedad poco empática con los niños que padecen este trastorno.

En la pregunta No. 7 ¿son claros y firmes con las reglas y límites que le marcan a su hijo con TDA? En esta pregunta el 100% de las madres al responder negativamente nos muestran la nula estructura que le brindan a la vida de sus hijos.

En la pregunta No. 8 ¿Le dice frecuentemente a su hijo que lo ama y le demuestra su cariño físicamente? En esta pregunta solo el 20% de las madres respondió positivamente, por lo que se infiere que el TDA, crea barreras difíciles de derribar.

En la pregunta No. 9 ¿De qué forma ayuda a su hijo a organizar su vida emocional, social y escolar? Un contundente 100% respondió no saber como ayudar a su hijo a organizar las diferentes facetas de su vida, por lo que nuevamente caemos en la desinformación con respecto al TDA.

En la pregunta No. 10 ¿Le produce ansiedad y/o depresión las conductas de su hijo? En esta pregunta el 100% de las madres respondió sentir ansiedad y depresión debido a las conductas de sus hijos, lo que denota la gran necesidad de

recibir terapia familiar e información, para que el núcleo familiar completo, pueda sobrellevar exitosamente el trastorno.

ANÁLISIS GLOBAL DE LA BOLETA DE OBSERVACIÓN DE LA LUDO-TERAPIA.

Durante el proceso de la aplicación la ludo-terapia a los pacientes, se llenó la boleta de observación, de la que haremos un análisis global: en el ítem No. 1: Participa el paciente en las actividades lúdicas: Según el terapeuta, el 80% de la muestra participa de las actividades lúdicas realizadas dentro de la clínica, por lo que se infiere que los niños aceptan muy bien la ludo-terapia.

En el ítem No. 2: incluye el paciente al psicoterapeuta en las actividades lúdicas. El 60% de la muestra incluye al terapeuta en las actividades lúdicas, lo que en terapia se llama involucramiento, se infiere que al haber involucramiento el niño se está comprometiendo con el tratamiento.

En ítem No.3: ¿Cómo se observa la auto-imagen del paciente? El 80% de la muestra evidenció desvalorización, por lo que se deduce que los pacientes con TDA tienden a sentirse infravalorados.

En el ítem No. 4 ¿Cómo maneja el paciente la ansiedad durante el juego? El 100% de la muestra demostró no ser capaz de manejar la ansiedad durante el juego, es bueno tener en mente que el juego no cura ni sana, solo es el medio a través de cual el niño muestra su dolor, heridas y sentimientos.

En el ítem No. 5 ¿Tolera adecuadamente la frustración durante el juego? El 100% de la muestra evidenció no tolerar la ansiedad en el juego, lo que demuestra que los niños con TDA pueden estar sometidos a altos niveles de estrés.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES

- Por medio del tratamiento ludo-terapéutico aplicado a los pacientes, se generó en ellos una sensible modificación de la conducta.
- La comunidad educativa de Palín, Escuintla, carece de información efectiva acerca del T.D.A.H., para tratar, diagnosticar e informar a padres de familia acerca del trastorno.
- La familia es el pilar de toda sociedad, por lo tanto es necesario darle más énfasis a los programas de tipo educativo con enfoques informativos.
- La escuela primaria es donde a menudo se nota por primera vez las características del déficit de atención.
- En las primeras sesiones se imposibilita estructurar el juego, es ahí donde se logra empatizar, analizar, comprender y brindar seguridad al niño.
- La terapia de juego nos permitió evidenciar que el niño libere sus sentimientos y emociones.
- Gracias a los progresos realizados por la psicología se ha comprendido que las actividades lúdicas favorecen el aprendizaje.
- El juego es imprescindible en el desarrollo biopsicosocial del niño.

RECOMENDACIONES

- Capacitar, informar y concientizar a los padres de familia sobre el T.D.A.H., para evitar malos tratos derivados de la frustración que genera un niño con déficit de atención.
- Se recomienda a los padres de familia con niños T.D.A.H. utilizar un tono positivo a la hora de expresarle lo que necesitan en vez de remitirse a lo que no se debe hacer.
- Establecer algunas reglas, rutinas y utilizar horarios ayudará a mantener una estructura en el hogar de los niños con T.D.A.H.
- Se debe evitar el uso de castigo físico, aún que el niño se ponga agresivo con las personas, en lugar de eso se recomienda el halago social y el contacto físico.
- Se recomienda a los educadores utilizar una buena comunicación con los padres de familia, evitando la crítica destructiva.
- Sensibilizar al personal que labora en el Centro de Salud de Palín, Escuintla, para que pueda tratar eficientemente los casos de T.D.A.H. que lleguen a las instalaciones, con el fin de evitar la discriminación.

Anexos

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

- Axline, Virginia M., (1,988): *Terapia de juego*. México, Editorial Diana, páginas 367
- Harvey F. Clarizio, (1,981): *Trastornos de la Conducta en el niño*. Segunda edición. México, El manual moderno, S.A. de C.V., páginas 697
- Kolb, Lawrence C. (1983): *Psiquiatría Clínica Moderna*. Sexta edición. México, Ediciones Científicas La Prensa Médica Mexicana, S.A., páginas 699
- Moor, Paul (1981): *El juego en la educación*. Barcelona, Editorial Herder, páginas 160
- Papalia, E. Diane y Wendks Olds Sally, (2001): *Psicología del Desarrollo*. octava edición, Bogotá, Editorial Mc Graw Hill, páginas 837
- Rosas, María, (2002): *Niños Diferentes, ¿cómo dominar el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)?*. México, Editorial Norma, páginas 135
- Schaefer, Charles E., (1,988): *Manuel de terapia de Juego*. México, Editorial El manual moderno, S. A. de C. V., páginas 489
- UNESCO, (1980): *El niño y el juego planteamientos teóricos y aplicaciones pedagógicas*. Paris, UNESCO, páginas 71
- West, Janet, (1,994): *Terapia de Juego centrada en el niño*. México, Editorial El manual moderno, S.A. de C.V., páginas 280
- Zhukovskaia, R. I. (1987): *El juego y su importancia pedagógica*. Cuba, Editorial pueblo y Educación, páginas 140

ENTREVISTA ESTRUCTURADA

1. ¿La escuela a donde su hijo asiste tiene una infraestructura adecuada a sus características personales?
2. Cuando su hijo con TDA realiza cosas positivas, ¿Se las reconoce o ignora las mismas?
3. ¿Conoce los tipos de refuerzo positivo para su hijo?
4. ¿Se ha preocupado por saber si en la escuela entienden que el TDA es un trastorno de la química del cerebro de su hijo y que nada tiene que ver con que el niño tenga ganas de fastidiar?
5. ¿Siente confianza en que las demás personas contribuirán con usted para que el niño la pase mejor en cualquier círculo donde se encuentre?
6. ¿Ha fomentado en sus hijos el valor de la tolerancia? Sobre todo porque seguramente alguno de ellos algún día tendrá un compañero con déficit de atención.
7. ¿Son claros y firmes con las reglas y los límites que le marcan a su hijo con TDA?
8. ¿Le dice frecuentemente a su hijo que lo ama y le demuestra su cariño físicamente?
9. ¿De qué forma ayuda a su hijo a organizar su vida emocional, social y escolar?
10. ¿Le produce ansiedad y/o depresión las conductas de su hijo?

BOLETA DE OBSERVACIÓN

Nombre: _____

1. Participa el paciente en las actividades Lúdicas: _____

2. Incluye el paciente al psicoterapeuta en las actividades Lúdicas: _____

3. ¿Cómo se observa la autoimagen en el paciente?: _____

4. ¿Cómo maneja el paciente la ansiedad durante el juego?: _____

5. ¿Tolera adecuadamente la frustración durante el juego? _____

HOJA DE COTEJO

Nombre del paciente: _____

Actividad	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Levantarse a tiempo.					
Estar listo a tiempo para la escuela.					
Poner la mochila en su lugar.					
Quitarse y poner el uniforme en su lugar.					
Lavarse las manos antes de comer.					
Hacer la tarea.					
Dejar la mochila lista.					
Bañarse a tiempo.					
Irse a dormir a las 9 p.m.					

RESUMEN

Las diferentes terapias entre ellas la ludo-terapia, que es la terapia que se ocupó en este trabajo de investigación, y los diversos estudios realizados sobre el déficit de atención con o sin hiperactividad, han ofrecido alternativas tanto a padres como a maestros y personas cercanas para manejar y controlar este trastorno de tal manera que permita al niño un desarrollo similar al de cualquier otro niño.

En este estudio se profundizó sobre los efectos de la ludo-terapia en pacientes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) que es un padecimiento detectado en niños en edad escolar. Sus síntomas: Falta de atención, impulsividad, mínima tolerancia a la frustración y, en algunos casos hiperactividad, han provocado que en muchos casos los padres de familia se sientan desorientados, culpables, incompetentes e incluso depresivos.

Para obtener la información necesaria se aplicó una entrevista estructurada a la madre de cada paciente, para profundizar en el contexto del niño, además utilizamos la técnica proyectiva del “dibujo de la figura humana” de la autora Karen Machover, se utilizó también la sistematización de las conductas del paciente a través de una hoja de cotejo, en dos momentos, primero: Previo al tratamiento y segundo, posterior a las sesiones terapéuticas, lo que arrojó datos válidos y confiables acerca de la pertinencia de la ludo-terapia en pacientes con déficit de atención.