

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE HUMANIDADES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

TERAPIA DE JUEGO Y DÉFICIT DE ATENCIÓN

(Estudio realizado bajo revisión de literatura científica sobre terapia de juego y déficit de atención en niños de nivel primario)

TESIS DE GRADO

MARÍA ALEJANDRA VELÁSQUEZ CABRERA
CARNET 15541-15

QUETZALTENANGO, ENERO DE 2021
CAMPUS DE QUETZALTENANGO

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE HUMANIDADES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

TERAPIA DE JUEGO Y DÉFICIT DE ATENCIÓN

(Estudio realizado bajo revisión de literatura científica sobre terapia de juego y déficit de atención en niños de nivel primario)

TESIS DE GRADO

TRABAJO PRESENTADO AL CONSEJO DE LA FACULTAD DE
HUMANIDADES

POR

MARÍA ALEJANDRA VELÁSQUEZ CABRERA

PREVIO A CONFERÍRSELE

EL TÍTULO DE PSICÓLOGA CLÍNICA EN EL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA

QUETZALTENANGO, ENERO DE 2021
CAMPUS DE QUETZALTENANGO

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR

RECTOR: P. MARCO TULIO MARTÍNEZ SALAZAR, S. J.
VICERRECTORA ACADÉMICA: MGTR. LESBIA CAROLINA ROCA RUANO
VICERRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y PROYECCIÓN: LIC. JOSÉ ALEJANDRO ARÉVALO ALBUREZ
VICERRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA: MGTR. MYNOR RODOLFO PINTO SOLÍS
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO: MGTR. JOSÉ FEDERICO LINARES MARTÍNEZ
SECRETARIO GENERAL: DR. LARRY AMILCAR ANDRADE - ABULARACH

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE HUMANIDADES

DECANO: DR. JUAN PABLO ESCOBAR GALO
SECRETARIA: MGTR. ANA ISABEL LUCAS CORADO DE MARTÍNEZ

NOMBRE DEL ASESOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN

LIC. JORGE ARMANDO PÉREZ ORELLANA

REVISOR QUE PRACTICÓ LA EVALUACIÓN

LIC. JOSUÉ DAVID OVANDO ARREAGA

AUTORIDADES DEL CAMPUS DE QUETZALTENANGO

DIRECTOR DE CAMPUS: P. MYNOR RODOLFO PINTO SOLIS, S.J.

SUBDIRECTORA ACADÉMICA: MGTR. NIVIA DEL ROSARIO CALDERÓN

SUBDIRECTORA DE INTEGRACIÓN
UNIVERSITARIA: MGTR. MAGALY MARIA SAENZ GUTIERREZ

SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO: MGTR. ALBERTO AXT RODRÍGUEZ

SUBDIRECTOR DE GESTIÓN
GENERAL: MGTR. CÉSAR RICARDO BARRERA LÓPEZ

Quetzaltenango, 28 de Octubre de 2020.

Ingeniera
Nivia Calderón
Subdirectora Académica
Universidad Rafael Landívar
Campus Quetzaltenango

Estimada Inga. Calderón:

Por este medio hago de su conocimiento que he revisado la tesis titulada: **TERAPIA DE JUEGO Y DÉFICIT DE ATENCION** (Investigación exploratoria, diseño revisión sistemática, enfoque descriptivo.), elaborada por la estudiante María Alejandra Velásquez Cabrera, quien se identifica con carné No. 15541-15, de la carrera de Licenciatura en Psicología Clínica; la cual considero cumple con los lineamientos requeridos por la Universidad.

Por lo anteriormente expuesto emito dictamen favorable, para que dicho trabajo continúe el trámite administrativo previo a la defensa del mismo.

Sin otro particular me suscribo.

Atentamente,

Lic. Jorge Armando Pérez Orellana

Colegiado activo No. 3346

 Lic. Jorge A. Pérez Orellana
PSICOLOGO
Colegiado Activo 3346
Colegio de Psicólogos
de Guatemala



Universidad
Rafael Landívar
Tradición Jesuita en Guatemala

FACULTAD DE HUMANIDADES
No. 054208-2020

Orden de Impresión

De acuerdo a la aprobación de la Evaluación del Trabajo de Graduación en la variante Tesis de Grado de la estudiante MARÍA ALEJANDRA VELÁSQUEZ CABRERA, Carnet 15541-15 en la carrera LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA, del Campus de Quetzaltenango, que consta en el Acta No. 052756-2020 de fecha 4 de diciembre de 2020, se autoriza la impresión digital del trabajo titulado:

TERAPIA DE JUEGO Y DÉFICIT DE ATENCIÓN

(Estudio realizado bajo revisión de literatura científica sobre terapia de juego y déficit de atención en niños de nivel primario)

Previo a conferírsele el título de PSICÓLOGA CLÍNICA en el grado académico de LICENCIADA.

Dado en la ciudad de Guatemala de la Asunción, a los 18 días del mes de enero del año 2021.



Universidad
Rafael Landívar
Tradición Jesuita en Guatemala
Facultad de Humanidades
Secretaría de Facultad

MGTR. ANA ISABEL LUCAS CORADO DE MARTÍNEZ, SECRETARIA
HUMANIDADES
Universidad Rafael Landívar

Agradecimiento

A Dios: Porque su amor, bondad y sabiduría infinita estuvo presente conmigo en estos 5 años de formación profesional, “Todo lo puedo en Cristo que me fortalece”. Filipenses 4:13.

A mis Padres,

Rudy Velásquez

y Lucrecia Cabrera:

Qué con sabios consejos siempre estuvieron conmigo alentándome a no rendirme y dar siempre ese brillo interior que vive en mí; Gracias por todo lo que me han dado, son muy importantes para mí; “Los amo mis queridos padres”.

A mis Hermanos,

Omar y Pedro:

Porque me han apoyado y siempre me han regalado los mejores momentos a lo largo de este tiempo, dando de más su positivismo y alegría a mis días, “Los adoro”.

Familia en General

y Amigos:

Porque sus palabras, deseos y experiencias de vida por ser una profesional exitosa siempre estuvieron, puesto que motivaban a salir adelante.

A mi Casa de Estudios,

Universidad Rafael

Landívar Campus

de Quetzaltenango:

Puesto que me brindó una formación no solo a nivel profesional, sino que también en los valores que tanto se han perdido en la humanidad.

A mis Catedráticos:

Por los conocimientos y experiencias brindadas, ya que cada uno apporto a mi crecimiento personal, pero en especial a Licda. Flor Barrios, Licda. Gabriela Lemus, Licda. Fabiola Hurtado, Lic. Jorge Pérez, y Lic. Hugo Pereira.

**A mis Amigos y
Compañeros:**

Siempre recordaré a mi promoción 2015-2020, porque pasamos tantos buenos momentos, en especial con mi grupo de amigas Angela, Bianqui y Rocio; los llevaré en mi corazón.

A mis Pacientes:

Porque logre de confirmar lo que siempre he querido “Satisfacción” tras brindar y acompañarlos para generar cambios en la vida de cada uno.

A mi Querida Amiga

Marta Villagrán:

Puesto que la distancia no fue suficiente para no contar con su apoyo incondicional, gracias por escucharme y estar siempre “Mejor amiga”, la quiero mucho.

A mi Novio,

Julio Mazariegos:

Llegaste en un punto clave a mi vida; nunca dejaste de creer en mí y de alentarme a finalizar mi carrera, ¡Te amo, gracias por lo que has hecho amor!

Profesionales de un

Mismo Sentir:

A los licenciados Yosselin Pérez, Yovani de León y David Villagrán, porque sin importar el momento o la situación de pandemia, dieron su tiempo sin medida alguna para orientarme y dar lo mejor.

Dedicatoria

A Dios: Porque me brindó la vida y la oportunidad de vivenciar esta etapa junto a mi familia, licenciados, amigos y compañeros; momentos y experiencias que no solo son expresados a nivel físico, sino psicológica y profesionalmente.

A mi Papá

Rudy Velásquez: Porque tu amor, guía y ejemplo de vida siempre estuvieron conmigo, al darme las palabras correctas y el apoyo físico y económico; gracias por siempre motivarme, ¡Este logro es por ti papi!

A mi Mamá

Lucrecia Cabrera: A ti mami, infinitamente gracias porque nunca dejaste de creer; porque sé que cada llamada de atención que tu hacías no era en vano, “Hoy dedico este logro a ti también”.

A mis Hermanos

Omar y Pedro: Porque como la hermana mayor, quiero que puedan ser exitosos y sobrepasar aquellos límites que de manera errónea se nos han expuesto; Creo en ustedes, “Esto va por ustedes bichos”.

A mis Abuelos

y Abuelas: Quizás mis abuelos no se encuentren, pero sé que desde el cielo hoy sonrían junto a mí; a mis abuelas, aunque lejos en distancia, las dos a su manera siempre me motivaron a salir adelante; “Este logro también es por ustedes mis queridos”.

A los Profesionales

de la Salud Mental: Porque somos nosotros los psicólogos quienes tenemos la capacidad generar cambios en cada individuo, para que esté encuentre esa fuerza motora de superación, “Resiliencia”.

A los Niños con

Déficit de Atención:

Mi respeto y admiración para cada uno.

Índice

	Pág.
I. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 Terapia de juego.....	7
1.1.1 Definición.....	7
1.1.2 Historia de la terapia de juego.....	8
1.1.3 Elementos de la terapia de juego.....	10
1.1.4 El juego en la psicología.....	12
1.1.5 Campos de aplicación del juego.....	14
1.1.6 Poderes terapéuticos del juego.....	16
1.1.7 Técnicas de juego.....	18
1.1.8 Terapia de juego centrada en el niño.....	20
1.1.9 Terapia de juego grupal.....	22
1.1.10 Terapia de juego de liberación en los niños.....	24
1.2 Déficit de atención.....	25
1.2.1 Definición.....	25
1.2.2 La química cerebral del déficit de atención.....	27
1.2.3 Síntomas de la inatención.....	28
1.2.4 Modelo neuropsicológico de la inatención.....	29
1.2.5 Los trastornos de aprendizaje y las fallas en la edad escolar.....	31
1.2.6 Inatención dentro de la sociedad.....	32
1.2.7 Causas del déficit de atención.....	34
1.2.8 Estrategias para la inatención en el hogar.....	35
1.2.9 Tratamiento de la inatención.....	37
1.2.10 Ayuda para niños escolares con déficit de atención.....	39
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	42
2.1 Objetivos.....	43
2.1.1 General.....	43
2.1.2 Específicos.....	43
2.2 Variables o elementos de estudio.....	43

2.3	Definición de variables.....	44
2.4	Alcances y límites.....	44
2.5	Aporte.....	45
III.	MATERIAL Y MÉTODO.....	46
3.1	Sujetos.....	46
3.2	Procedimiento.....	46
3.3	Tipo de investigación, diseño y metodología.....	47
IV.	ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	49
V.	DISCUSIÓN.....	51
VI.	CONCLUSIONES.....	62
VII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	63
	ANEXOS.....	67

Resumen

La terapia de juego es un enfoque terapéutico fundamental en el desarrollo cognitivo y físico de los niños, al permitir expresar conflictos, sentimientos, experiencias o fantasías por medio de las técnicas de juego; el déficit de atención es un trastorno del neurodesarrollo en la edad escolar, tras presentar dificultad para mantener la atención y la resolución de problemas, el objetivo es documentar según la bibliografía científica las técnicas de terapia de juego en niños de nivel primario con déficit de atención, la investigación es de tipo exploratoria y diseño de revisión sistemática. A través del juego, el niño proyecta de manera inconsciente un mundo distinto al del adulto por medio de técnicas como narrativas, arteterapia y modalidades expresivas, al ser útiles en el ámbito familiar, social y escolar, puesto que es importante que la terapia de juego pueda ser previamente seleccionada y utilizada en niños de nivel primario con déficit de atención.

Palabras clave: déficit, expresión, inatención, juego, niños, primario.

I. INTRODUCCIÓN

En Guatemala, el proceso educativo requiere de atención constante durante la formación de los estudiantes, ya que es común escuchar que un niño presenta problemas de aprendizaje al elaborar tareas, trabajos o actividades que requieran de atención. Dentro del país existen factores que no permiten que se cultive ni se desarrollen las competencias básicas de conocimiento y de pensamiento crítico, la educación que se brinda en muchos establecimientos puede carecer de la calidad necesaria y programas adecuados para ayudar al aprendizaje; es por ello que para los alumnos es importante la constante atención, ya que les permite obtener un aprendizaje óptimo, un reconocimiento de los recursos y potencialidades que poseen y así lograr un mejor desarrollo en el área educativa.

El trastorno por déficit de atención es una afección que tiene el inicio en la infancia a la edad de 3 años y el cual se encuentra clasificado como un trastorno de conducta, al establecer dificultades en los comportamientos para realizar determinados trabajos y responsabilidades que pueden surgir tanto en el área educativa como también en el área familiar o social. Los niños y adolescentes que presentan déficit de atención suelen tener problemas en el rendimiento escolar, porque se les dificulta mantener la atención en dos o más estímulos que se les presenten, tienden a extraviar u olvidar factores o elementos que son necesarios para el día a día, además de generar inconvenientes tanto a nivel personal como con cualquier otro vínculo social en el que se desenvuelven. En varias situaciones se ha malinterpretado a los inatentos, porque se tiene la creencia que son personas desordenadas o despistadas por la escasa información que poseen y llevan a la práctica en el diario vivir. La terapia de juego es un enfoque terapéutico que engloba una serie de métodos y técnicas lúdicas que tienen como objetivo que el infante encuentre diferentes oportunidades para la expresión y el autocontrol de las emociones, como también el nivel de conciencia que establecen. La terapia está conformada de actividades divertidas y agradables que generan en el niño o adolescente la expresión de lo que les incómoda, cuando no se tiene un lenguaje verbal para expresar pensamientos y sentimientos que les generan conflictos internos. Es el juego quien facilita al infante la vinculación entre miembros de la familia, del área escolar u otras personas, ya que propicia un contexto seguro, protegido y natural, así mismo se encuentra asociado al disfrute, la curiosidad, la

imaginación, la creación y el encuentro, al favorecer en los procesos de auto regulación, experiencias y otros contenidos como el aprendizaje.

El estudio de la inatención en niños y adolescentes es relevante en el campo de la psicología debido a que le ayuda al infante a desarrollar capacidades cognitivas y estrategias conductuales tanto en el área familiar y escolar, ya que descubre potencialidades y posibilidades de sí mismo. Son muchos los niños que tienden a padecer la inatención y pocos padres pueden favorecer con un acompañamiento o una forma estable para sobrellevar las dificultades que la inatención implica por medio de un enfoque terapéutico lúdico, es por ello que el objetivo de la investigación es documentar según la bibliografía científica, las técnicas de terapia de juego en niños de nivel primario con déficit de atención.

Ante lo anterior se establece que, la problemática del déficit de atención es algo habitual dentro del sistema educativo del país, por lo que existen técnicas lúdicas utilizadas para la mejoría de la inatención, que vale la pena estudiar y por lo cual a continuación se presentan las siguientes investigaciones sobre los temas antes mencionados:

Calderón (2020) en la tesis titulada Estrés infantil y terapia de juego, en estudiantes de nivel primario, donde el objetivo fue establecer la influencia de la terapia de juego en el nivel de estrés infantil en los estudiantes de primero, segundo y tercero primaria de la Escuela Oficial Rural Mixta, Comunidad Armenia Ortiz, del municipio de San Martín Zapotitlán, del departamento de Retalhuleu; la muestra utilizada fue de un grupo de estudiantes entre las edades 7 a 10 años, que viven en el área rural y urbana. La investigación fue de tipo cuantitativo y diseño pre experimental; la prueba que se utilizó para la investigación fue el Inventario de Estrés Cotidiano Infantil (IECI) que mide el nivel de estrés y se emplea entre las edades de 6 a 12 años, con el reflejo de los datos se concluye que tanto el área escolar y familiar son los mayores causantes del estrés en los estudiantes, por los resultados obtenidos del pre -test y pos- test en las áreas evaluadas, por lo que se aplicó la intervención de la terapia de juego, para la cual se trabajaron las diferentes técnicas en cada una de las sesiones y se evidenció la disminución del nivel de estrés en los sujetos de estudio, lo cual determina que la influencia de esta técnica llega ser positiva.

Afre (2019) en la tesis titulada Terapia de juego y su influencia en el estado de estado de ánimo en estudiantes de nivel básico, en el que el objetivo fue establecer la influencia de la terapia de juego en el estado de ánimo de los jóvenes del Instituto 25 de junio de Santo Tomás Chiché del departamento de Quiché; la muestra utilizada fue de 40 estudiantes de ambos sexos entre las edades de 12 a 13 años procedentes del área urbana y comunidades vecinas. La investigación fue de tipo cuantitativo y diseño pre experimental; la prueba que se utilizó fue el Inventario Diferencial de Adjetivos para la Evaluación del Estado de Ánimo, ID-EA que recoge información precisa y relevante sobre las manifestaciones y cambios en las conductas, por lo que se concluye que a través de la investigación la terapia de juego brinda nuevas alternativas como herramienta moderna dentro de un proceso psicoterapéutico con el fin de modificar conductas en los adolescentes, al ser la terapia de juego utilizada como un medio que permite implementar nuevos recursos durante un proceso psicoterapéutico con el fin de ofrecer alternativas distintas y eficientes para el manejo de las emociones.

Estebez (2019) en la tesis titulada Terapia de juego y trastorno por déficit de atención con hiperactividad de la Universidad Rafael Landívar, Campus de Quetzaltenango, donde el objetivo fue establecer la influencia de la terapia de juego en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad; la muestra que se utilizó fue 60 niños comprendidos entre las edades de 6 a 9 años de ambos sexos. La investigación fue de tipo cuantitativa y diseño pre experimental; se utilizó la evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad EDAH, los autores son Anna Farré y Juan Narbona, que permite evaluar el déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y recoge información sobre la conducta del niño. Se comprobó que la terapia de juego si influye de en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad debido a factores psicosociales. Por lo que se recomienda apoyar a los niños con TDAH para que vivan en un ambiente agradable y estable en el cual encuentren espacios de sana convivencia entre los miembros de la familia y entorno social para lograr cambios efectivos en las conductas.

Ramos (2016) en la tesis titulada Terapia de juego e hiperactividad de la Universidad Rafael Landívar, Campus de Quetzaltenango, donde el objetivo fue determinar la influencia de la terapia de juego en el trastorno de hiperactividad en niños de la Escuela Rural Mixta San Luis zona 5 de la cabecera departamental de Retalhuleu; la muestra que se utilizó fue de 80 alumnos de primero a

quinto grado de primaria comprendidos entre las edades de 6 a 9 años de ambos sexos. La investigación fue de tipo cuantitativa y diseño cuasi experimental; se utilizó la escala EDAH, que evalúa y mide los principales rasgos del déficit de atención con hiperactividad y de los trastornos de conducta. Con el reflejo de los datos, se concluye que al brindar ayuda al niño se debe tomar en cuenta el contexto en el que se encuentra puesto que el nivel de concentración que se presenta en un juego y otro puede variar, ya que en algunos casos los niños desconocen los juegos que se les presentan. Por lo que se recomienda que los juegos que se utilicen en la terapia deben ser acorde a la edad del niño, ya que al trabajar con música en la terapia de juego se deben de tener diferentes tipos de ritmos para que el niño pueda observar la diferencia que existe entre los movimientos que realizará en cada pista determinada, aunque la mayoría debe ser música movida para que la energía pueda ser canalizada en su totalidad.

Candia (2012) en el estudio científico titulado Forma y función del juego libre del niño en la etapa preescolar publicado en la Revista Chilena de Terapia Ocupacional para la Facultad de Medicina de la Escuela de Terapia Ocupacional, volumen 12, núm. 2, páginas 1-10, del mes de diciembre, que se realizó con el objetivo determinar la forma y función de la terapia de juego libre en aspectos relevantes de la conducta de los infantes, que beneficien o dificulten su desempeño en la realidad social y educativa. La muestra que se utilizó fue de 7 niños de 4 a 5 años de la ciudad de Punta de Arenas. Los resultados de la investigación indican que existe similitud en las funciones de juego libre que cada niño establece al ser un motor social que puede tener efecto en su desempeño escolar, por lo que se concluye que cada juego establece un aprendizaje significativo y signos de alerta de las conductas adaptativas de las que se debe de tener en consideración y así mismo se recomienda establecer juegos que sean integrativos y significativos para cada infante y así no presentar dificultades en el día a día.

Vega (2019) en la tesis titulada Terapia de juego y su efecto en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad tipo predominante inatento de la Universidad Rafael Landívar, Campus de Quetzaltenango, en el cual el objetivo fue determinar el efecto de la terapia de juego en niños de 6 a 10 años de edad con trastorno por déficit de atención con hiperactividad tipo predominante inatento de la Organización Compañeros en Desarrollo del municipio de San Antonio Suchitepéquez, departamento de Suchitepéquez; la muestra que se utilizó fue de 100 niños

con trastorno por déficit de atención con hiperactividad tipo predominante inatento comprendidos entre las edades de 6 a 10 años de sexo masculino y femenino. La investigación fue de tipo cuantitativa y diseño cuasi experimental; se utilizó la prueba Escalas para la evaluación del Trastorno por déficit de atención con hiperactividad EDAH. Con los resultados se logra comprobar que, si hay efecto de la terapia de juego en niños de 6 a 10 años de edad con trastorno por déficit de atención con hiperactividad tipo predominante inatento y por lo tanto es necesario utilizar una herramienta oportuna para tratamiento, preferiblemente durante los primeros años de vida escolar.

Lima (2017) en la tesis titulada Neuronet: técnica para lograr prolongar los lapsos de atención en niños con déficit de atención de la Universidad de San Carlos de Guatemala, donde el objetivo fue implementar un programa para utilizar la técnica de Neuronet en niños con déficit de atención en el colegio Una Vida Feliz, colonia Banvi, Guatemala; la muestra que se utilizó fue de 315 estudiantes, 72 de pre – primaria y 243 de primaria comprendidos en las edades de 4 a 12 años de ambos sexos. La investigación fue de tipo cuantitativa asociada al paradigma neopositivista; se utilizó una evaluación de Neuronet en el cual se evaluó 5 áreas de organización neurológica en forma separada y en un contexto de nivel bajo, en los diferentes niveles simultáneamente (integración del balance, lenguaje y sistema motor); Los cinco engranajes cerebrales 47 que se evalúan son: vestibular, auditivo, visual, integración visual/verbal y motor. Gracias al programa terapéutico de NeuroNet, se propiciaron cambios conductuales, académicos y emocionales en los niños y niñas al permitirles un mejor desarrollo social y así evidenciar mejoras en su escritura con trazos claros, lectura fluida y una mayor independencia al resolver conflictos por lo que las instituciones educativas deben elaborar un programa de NeuroNet para mejorar los lapsos de atención, memoria auditiva, motricidad gruesa y fina en actividades de la vida diaria.

De León (2016) en la tesis titulada Trastorno por déficit de atención con hiperactividad tipo predominante inatento y ansiedad en adolescentes de la Universidad Rafael Landívar, Campus de Quetzaltenango, donde el objetivo fue identificar el nivel de ansiedad que manifiestan los alumnos diagnosticados con TDAH tipo predominantemente inatento del Instituto Técnico Industrial, de la cabecera departamental de Quetzaltenango, la muestra que se utilizó fue muestra de 12 sujetos, los cuales fueron extraídos del universo de estudio constituido por 280 estudiantes, comprendidos entre las edades de 12 a 14 años, de género femenino y masculino. La investigación fue de tipo

descriptiva y diseño correlacional; se utilizó la prueba psicométrica EDAH de Anna Farré y Juan Narbona, que ofrecen un instrumento que permite recabar de modo sistemático la información necesaria para conformar la medida de los principales rasgos del: déficit de atención con y sin hiperactividad. Se logra constatar que los adolescentes manifiestan elevados niveles de ansiedad con un trastorno por déficit de atención tipo predominantemente inatento lo cual les causa dificultades de interrelación y problemas de rendimiento escolar, lo que permite comprobar que la presencia de ansiedad influye en este trastorno. Es por ello que se debe de evaluar al inicio del ciclo escolar a los niños y adolescentes para diagnosticarlos y así comentar acerca del problema que los agobia.

Iglesias (2016) en el artículo titulado Hábitos y técnicas de estudio en adolescentes con trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad que aparece en la página electrónica ScienceDirect tiene como objetivo conocer y mejorar los hábitos y técnicas de estudio mediante un diseño cuasiexperimental. La muestra que se utilizó fue de 20 estudiantes comprendidos entre las edades de 12 a 16 años con TDAH de la Asociación de Niños Hiperactivos del Principado de Asturias de España. El instrumento que se utilizó fue el Inventario de Hábitos de Estudio. Se logró concluir que los adolescentes que presentan déficit de atención con hiperactividad tienden a establecer carencias en los hábitos de estudio, condiciones ambientales y en la asimilación de contenidos, por lo que se recomienda a los adolescentes que padecen del déficit de atención con hiperactividad las intervenciones terapéuticas adecuadas para obtener una mejoría en los hábitos de estudio y su desenvolvimiento por las diferentes áreas que van a desarrollar en el día a día.

Lago (2013) menciona que en el artículo titulado Dos tipos de déficit de atención en el TDA-H que aparece en la página electrónica Fundación CADAH, establece que en el niño con trastorno de déficit de atención con o sin hiperactividad tiende a prestar menos atención durante un periodo medio prolongado a una tarea o detectar el estímulo; es por ello que la atención sostenida es una habilidad para focalizar y codificar estímulos visuales durante un tiempo determinado mientras el sujeto realiza una tarea la calidad atencional es la eficacia en la focalización y codificación de estímulos visuales ante la realización de una acción o tarea. Por lo tanto, los niños o adolescentes con déficit de eficacia o calidad atencional son los que muestran distraibilidad, ensimismamiento,

dificultad para identificar el estímulo relevante y una percepción selectiva de los detalles poco relevantes del estímulo.

1.1 Terapia de juego

1.1.1 Definición

Axline (2012) define a la terapia de juego como un medio natural de autoexpresión que utiliza el niño, para que exprese sentimientos y problemas por medio del juego. Es por ello que dentro de la terapia juego se puede establecer dos formas; la terapia directiva es aquella en la que el terapeuta asume la responsabilidad de guiar o interpretar lo que el infante establece durante el proceso terapéutico. La terapia de juego no directiva, es cuando el terapeuta permite al niño que se haga responsable del camino que desee seguir, el cual puede estar rodeado de muchas situaciones que hacen que el niño haga conscientes elementos que en un momento determinado han sido significativos para la vida del infante. En cada niño existe una fuerza que de manera continua hace un esfuerzo por alcanzar la plena autorrealización, por lo que esto se puede describir como un impulso hacia la madurez, la independencia y la autodirección pero de lo cual hace que se necesite de un ambiente que establezca el crecimiento al desarrollar una estructura bien balanceada, ya que el niño necesita darse el permiso para ser él ante cualquier evento, lo cual está determinado no solo por parte de sí mismo sino como de los demás. Existen diferentes mecanismos de defensa que tienen como característica la desadaptación tales como la identificación, regresión, proyección y la represión.

Esquivel (2010) define que el enfoque lúdico es un modelo que se utiliza con el paso del tiempo para crear una intervención donde la técnica principal es el juego, al ser un método dirigido para los niños que tiene como objetivo integrar al terapeuta infantil en las distintas modalidades que se pueden establecer con el infante, entre ellas la manera de observación y la coherencia en las metas a lograr. El mayor reconocimiento que se establece dentro del abordaje, son las bondades que ofrece el juego en el trabajo con los niños, ya que proporciona la exploración y la capacidad de expresión de las experiencias, sentimientos, pensamientos y al mismo tiempo la conducta de los demás. El juego permite reflejar el contenido del inconsciente que se relaciona con el miedo, la ansiedad, autoestima, el bajo control de impulsos y la dependencia. El juego es quien expresa lo

que él quisiera hacer, por lo que puede ordenar el mundo a la entera satisfacción, al ser este un medio natural de autoexpresión de emociones y sentimientos; por lo que la terapia crea un reto en el infante de lucha constante por conseguir la realización.

García (2016) define a la terapia de juego como aquella acción voluntaria, la cual es realizada dentro de ciertos límites fijados en tiempo y espacio, que tienden a seguirse como regla libremente aceptada, pero completamente imperiosa, proporcionada de un fin en sí misma, muchas veces acompañada de sentimientos de tensión y alegría como de una conciencia de ser algo distinta de lo que tienden a ser los otros enfoques. La terapia de juego es una actividad que tiende a ser diferente del mundo habitual, ya que se desarrolla en un espacio y tiempo determinado, pero que no puede dejar atrás algunas legalidades y reglas propias. El juego es una acción simbólica y libre, de acuerdo a la elección y el deseo del niño; este enfoque terapéutico se ubica en un plano medio entre la fantasía y la realidad. La terapia de juego constituye una realidad compleja que tiende responder a la voluntad, estado de ánimo, intereses y a las interacciones entre paciente y terapeuta, al generarse aprendizajes, roles y un contexto específico.

1.1.2 Historia de la terapia de juego

Schaefer (2012) argumenta que Sigmund Freud llevó a la práctica de la psicoterapia la idea de que el juego terapéutico debe de cumplir 3 funciones principales: fomentar una autoexpresión más libre, satisfacción del deseo y dominio de los sucesos traumáticos. Es por ello que el niño para que tenga autoridad sobre los eventos traumáticos debe de crear un sentido de dominio y control acerca de las situaciones que se le establecen en el día con día, lo que le permite establecer conciencia de los recuerdos que han sido reprimidos pero que a la vez le da apertura a vivenciarlos de una manera apropiada; a este proceso se le conoce como abreacción, ya que esta reconoce la recreación y el dominio de la experiencia en sí.

Klein (como se citó en Schaefer 2012) tomó la decisión de continuar con implementar el juego para la terapia infantil, con un enfoque más psicoanalítico ya que creía que el juego le permitía al infante poder hacer consciente el material inconsciente que le generaba conflictos significativos y que el terapeuta por otra parte es el encargado de acompañarlos en aquellos deseos que se establecían durante un proceso terapéutico al brindarles una resolución a los problemas y

necesidades. Klein es una de las primeras terapeutas que utilizó la técnica en miniaturas para entretener a los infantes con juguetes y que se establecieron por medio de representaciones de objetos o personas que causan un deterioro significativo en la vida de cada uno.

Winnicott (como se citó en Schaefer 2012) estableció que el área de juego no es del todo la realidad psíquica interna, sino que esta se encuentra fuera del consultante al ser un mundo externo, lo que permite al niño interiorizar las relaciones con las personas encargadas de cada uno y así poder crear en conjunto con el experto de la terapia de juego representaciones de elementos nuevos y exitosos que generan en el niño relaciones con él mismo y los demás. El principal aporte era eliminar todas aquellas situaciones inconscientes que se presentaban en los niños durante el abordaje terapéutico al permitir que el juego continuara, de manera que el infante tuviese la oportunidad de aceptarlas o rechazarlas.

Lowenfeld (como se citó en Schaefer 2012) llevó las ideas de Klein aún más lejos, pues ella estableció la técnica del mundo, la cual tiene como instrumento una caja de arena, agua y muñecos en miniatura de cualquier tipo en la que los niños tienden a expresar lo que desean como también establecen mundos reales o fantásticos, de violencia o pasivos de manera ordenada o bien caótica. Para los terapeutas que utilizan las herramientas de juego disponen de diferentes juguetes como personas, animales, edificios, casas, carros, figuras geométricas, medios de transporte y seres sobrenaturales. Lo que se busca con los niños es establecer un mundo imaginario en el que de manera permisiva el niño o la niña pueda expresar el inconsciente sin ser influenciado o terminado por terceros.

Muchos son los terapeutas analíticos que afirman que las relaciones entre terapeuta y niño son componentes esenciales de la terapia, ya que se logra tener la resolución de conflictos inconscientes, que fortalecen el control del yo sobre la vida del niño o la niña. Axline (como se citó en Schaefer 2012) estableció un enfoque más humanista tras defender la creencia de que lo necesario para el abordaje terapéutico era la consideración positiva incondicional del infante, el rapport y la autenticidad, ya que solo los niños son lo que pueden expresar sin prejuicios los sentimientos, pensamientos y deseos por medio del juego. Cada infante dentro de la sesión debe de

tener en cuenta que tienen la elección de los materiales que pueden llegar a necesitar disponibles y que pueden hacer uso de ellos sin límite o condición alguna.

Es necesario tener en cuenta que, el campo de la terapia de juego cada vez amplía la base teórica y la justa aplicación en la mayor parte del mundo a personas desde temprana edad hasta adultez sin condición alguna; ya que la importancia del enfoque día con día es más significativo dentro de la sociedad, ya sea para establecerla con niños, adolescentes, adultos, grupos y familias. Para los profesionales especializados en el enfoque lúdico, es importante la modalidad, ya que reconocen el valor del juego en el desarrollo normal de cada individuo, así como también los distintos poderes, mecanismos de cambio y cualidades personales de cada terapeuta al momento de facilitar la relación terapéutica al formar en parte un vínculo empático y aceptación de cada niño durante la sesión.

1.1.3 Elementos de la terapia de juego

Landreth (2018) comenta que en cada niño existe un mundo de experiencias que cambia continuamente y del cual este es el centro, ya que tiene la tendencia a esforzarse por realizar, mantener y experimentar lo antes experimentado. La técnica del juego se puede utilizar en infantes desde los 5 años lo cual les permite reconocer aquellas defensas que el niño establece, fortalezas y dificultades que intervienen a lo largo de la vida diaria. La terapia de juego puede ser establecida por dos tipos, una directiva y otra no directiva. La primera hace énfasis a la terapia que es guiada para generar cambios en el niño de manera pronta, la cual tiene un orden determinado. La segunda tiene como objetivo que el niño sea el centro de la terapia, ya que él tiene la habilidad de resolución de los propios conflictos internos, lo cual no tiene un orden establecido ni un tiempo determinado, pues es el terapeuta quien crea un ambiente permisivo para que el infante se sienta libre de expresar durante el proceso terapéutico. A continuación, se presentan los diferentes elementos que son utilizados para la terapia de juego no directiva en un proceso determinado:

- Los muñecos: hacen referencia a todas aquellas representaciones inconscientes de roles y relaciones que el infante establece en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve; un ejemplo es el uso de la técnica de Sandplay o caja de arena, ya que es una modalidad terapéutica que ayuda a acceder a las profundidades de la personalidad al ser movilizarlos, reconocerlos e integrarlos de forma natural y segura en diferentes escenarios.

- Los títeres: representan el juego simbólico y la inhibición que el niño puede establecer de manera inconsciente, de lo cual se refiere como aquel tipo de vivencias que al consultante no le gustaría padecer. Un ejemplo sería el solicitarle al niño que escoja de un montón de títeres uno para trabajar y que sea la voz del escogido; se pregunta porque elige cierto títere y se le solicita al niño que lo presente, es de esta forma que el niño proyecta situaciones de manera inconsciente.
- Juego dramático: los niños se disfrazan de personajes fantasiosos lo cual se expresa por medio de conductas improvisadas que van a tener relación con el área familiar y escolar. Un ejemplo es cuando el niño decide ser un superhéroe, al crear el propio vestuario como también al hacer una descripción acerca de los poderes y el rol que desempeña en un ambiente determinado.
- Expresión corporal: es un medio fundamental de comunicación para el niño ya que es el desarrollo de sí mismo al contener movimientos en todo el cuerpo tanto gruesos como finos, al utilizar partes específicas que en ocasiones están acompañadas de elementos como texturas, sonidos, imágenes y olores. Un ejemplo de la expresión corporal es la aceptación de las sensaciones puesto que los niños tienden a reconocer las sensaciones y cómo evolucionan por sí solas sin tener intervención alguna, al dejar que el dolor se desarrolle, crezca o disminuya sin intervención alguna.
- Cuentos: sin importar que tipo de cuento utilicen, representan mensajes tanto a nivel consciente como inconsciente, lo cual les brinda una apertura a sobrellevar las dificultades de la vida. Un ejemplo claro es el cuento “Qué hacer cuando me obsesiono demasiado”, ya que se encuentra basado en los principios básicos de la técnica de exposición y prevención de respuesta, al brindar ayuda a los padres y a los hijos a tratar el trastorno obsesivo compulsivo, al ser los niños capaces de reconocer y responder los criterios de patología.
- Artes plásticas: para muchos niños, es el medio de comunicación más efectivo, ya que por medio de formas, colores o dibujos tienden a expresar como se sienten. Un ejemplo de ello son las esculturas familiares ya que esta tiene como objetivo poner a trabajar a los niños con cerámica o plastilina para que este pueda crear figuras que representen a cada miembro de la

familia, ya sea mamá, papá, hermanos o cualquier otro familiar cercano que tenga influencia sobre el infante; no es solo realizar figuras realistas de cada familiar, sino reflejar de una forma abstracta la personalidad que tiene cada miembro y rol en la familia.

- Juegos de mesa: el niño hace referencia de como se ha sentido acerca de las relaciones que establece con los demás, pues se logra evaluar disposición o integración del infante en situaciones en las que está implicado día con día. Un ejemplo de ello es el *Story Cubes* en el cual se busca asignar tres dados que representarán el inicio del ciclo vital, desde el nacimiento hasta la adolescencia, tres dados más para el ciclo vital intermedio que este hace referencia a la adolescencia hasta el momento presente y los tres últimos dados para el ciclo vital final. Luego se tiran los dados y se les explica a los niños cada fragmento de historia vital al relacionar los pictogramas que son resultantes entre sí, al explicar la historia familiar entre todos el cual puede ser acompañado de fotografías.

1.1.4 El juego en la psicología

Esquivel (2010) expone que gracias al juego los niños integran el mundo afectivo, social y cognitivo al tiempo que perfeccionan las habilidades, ya que al jugar los infantes descubren y comprenden las diversas situaciones del mundo, aprenden roles y ensayan soluciones de los deseos. Es por del medio del juego que los niños establecen elementos mágicos, al crear el propio sentido y tener control sobre el cuerpo, al facilitar una integración de la representación de un proceso inconsciente. Es gracias al juego que los infantes tienden a desarrollar la creatividad, la expresión artística y el lenguaje, por lo que es fundamental al enriquecer la autoestima y la autorregulación que cada niño puede establecer en el proceso terapéutico.

Son las diversas corrientes teóricas del pensamiento quienes coinciden en que la ausencia del juego en los niños es un impedimento para lograr un buen desarrollo tanto armónico como creativo, es por ello que expertos de la salud mental argumentan que el juego es indispensable para expresar, controlar y emitir las vivencias internas que conforman la vida afectiva de cada ser humano, por lo que la actividad lúdica se establece como un elemento de importancia para lograr un autocontrol y comprensión de experiencias que se presentan en diferentes ámbitos del día a día. Los neurocientíficos establecen que el juego es fundamental para lograr obtener una vida más proactiva,

tanto en lo emocional como en la salud física, la motivación y hasta en el aprendizaje ya que facilita los dominios biológicos y culturales de cada persona.

Los niños establecen complejidad en varios ámbitos, por lo que la magnitud del aprendizaje parte desde la manera en que tienen movimiento, saborean, pueden tocar, ver, oler y escuchar; ya que los niños son quienes aprenden por medio del juego interacciones que tienen con los padres y con todas aquellas personas que los rodean en el diario vivir, puesto que exploran el ambiente y al jugar practican diferentes destrezas sociales. Es el juego el que genera cualidades psíquicas y características de la personalidad en cada infante, al establecer roles con diferentes situaciones con contenido simbólico, conductas, cogniciones y emociones. Los conflictos internos que se reflejan en el juego están relacionados con la dependencia, el control, el miedo, la ansiedad y el autoconcepto.

En el enfoque lúdico se crean de manera intensa las cualidades psíquicas y las características de personalidad que se desarrollan en cada niño, ya que muchos de los escolares desean semejarse a los adultos y al no lograrlo recurren a actividades que son simbólicas, en el caso de juego de roles; buscan a otros niños o niñas para que compartan experiencias o intentan acoplarse para no ser ignorados, ya que en muchos niños no se encuentra desarrollada esa voluntad que les permita el proyectarse de manera consciente, por lo que la necesidad de comunicación y estímulos emocionales desencadenan una concentración y memorización que les conduce a un fin determinado. La influencia del juego en la formación de la personalidad radica en que los niños tienden a conocer las conductas e interrelaciones con los adultos, al convertirse en modelos del propio comportamiento.

En el siguiente cuadro se establecen las seis funciones de ayuda en un abordaje terapéutico de juego con niños.

Tabla Núm. 1
El juego en la psicología

• El juego crea un clima seguro y permisivo que permite conductas nuevas.
• En el juego se libera un potencial creativo para la resolución de problemas.
• La utilización de un juego puede desencadenar emociones las cuales pueden comprenderse.
• El juego es un medio de expresión natural del niño.
• El juego busca hacer respetar las reglas como analogía de la vida.
• El juego terapéutico promueve conductas sanas lo que genera un desarrollo social - emocional.

Fuente: elaboración propia con base en Esquivel y Ancona (2010), p. 67.

El juego puede ser visto desde dos perspectivas, como proceso o producto, la primera hace referencia al facilitar la comprensión de habilidades y conceptos que la persona ha logrado, al permitir el desarrollo de algunas funciones, dominios de construcción o bien de representaciones. Como producto hace referencia a que el juego puede promoverse como esa guía para que los niños determinen el entendimiento de habilidades, conceptos, reorganizaciones de nociones en cuanto a los mundos reales, al contexto de desarrollo o como procesos de pensamiento; así mismo, el juego puede ser utilizado para aprendizaje ya que tienden a proporcionar información sobre como el niño aprende de sí mismo, de los objetos, personas, eventos o relaciones, todos ellos a través de ser interpretados por las propias acciones, deseos, estados afectivos o creencias dentro de cada niño.

1.1.5 Campos de aplicación del juego

García (2016) argumenta que al existir un problema de cualquier índole muchas veces se debe de aplicar un tratamiento, es por ello que por medio del juego se puede reconducir a determinadas conductas, actitudes, aptitudes y emociones. El enfoque está dirigido tanto para bebés, niños, niñas y adolescentes que tienen algún conflicto que no les deja funcionar de una manera determinada en la vida, como también los antecedentes socioeconómicos varían. La terapia de juego es una herramienta terapéutica que tiende a ser verdaderamente flexible en la ubicación y al momento de

llevarla a cabo, pues al ser una actividad lúdica da una apertura a la recreación y a la socialización ya que promueve un desarrollo personal en cada uno de los infantes.

Dentro de la psicología, el juego ha llegado a tener dos utilidades básicas tales como de diagnóstico y de tratamiento; en la utilidad de diagnóstico, se busca la observación o la realización de ejercicio que pueden servir para la determinación del nivel evolutivo del infante. En el área de tratamiento, se establece que es donde el juego tiene el mayor auge ya que cada escuela psicológica desarrolla una técnica para el tratamiento con los niños. El objetivo del enfoque de juego, es el comunicar las preocupaciones, emociones o problemas sin necesidad de tener que utilizar el lenguaje, como también el de integrar a los sujetos o reiterarlos de una manera estable dentro de la sociedad.

La terapia de juego tiene una aplicación en hechos como el duelo, rupturas familiares, divorcios, rupturas culturales, situaciones de negligencia, acoso escolar, violencia intrafamiliar, traumas, tratamientos médicos que le han hecho sufrir de dolor o sencillamente miedo ante alguna situación que se encuentra fuera del alcance. Lo que se busca por medio de una recreación lúdica es que el niño se conozca mejor, entienda la historia, se acepte y se responsabilice al darle una resolución a las preocupaciones, incluso a todos aquellos problemas que tienden a ser perturbadores para cada niño o niña como también la aplicación puede establecerse con adultos, ancianos, grupos y familias.

La estimulación sensorial que es provocada por el juego tiende a crear niños con una mayor proyección del interior y creatividad, lo cual será expresado por medio del lenguaje al establecerse una actividad recreativa. No se necesita de un ámbito dinámico y personalizado, sino que él sea el experto en el juego quién logre formar la adecuación de la terapia en la que en niño no se encuentre expuesto de una forma directiva a tener que expresar los conflictos o problemas que le aquejan, la terapia de juego simplemente produce diversión lo cual desencadena en el infante o adolescente mejoras en el nivel psicológico emocional y físico. A continuación, se presentan algunos puntos de aplicación del juego en función de objetivos.

- Aprendizaje: es presentado desde etapas evolutivas al ser percibido desde un punto de vista motriz de patrones de conducta y habilidades, como también desde puntos de lenguaje, memorización, relación espacio temporal y comprensión. En el aprendizaje espontáneo se

encuentran asociadas aquellas necesidades de placer que son representados de manera inconsciente al realizar ese contacto con el exterior.

- Enseñanza: el juego como recurso didáctico tiende a ser una enseñanza por el cual se puede obtener la atención del niño por medio de una forma lúdica, al ser este de su atención o motivación por medio de la repetición o memorización. El juego como contenido es evidente por medio de la educación física, al establecer contenidos de programación de manera anual.
- Terapia: el juego terapéutico o reeducativo tiene como finalidad que, ante un problema, este puede tener un tratamiento, es decir, el establecimiento de nuevas conductas, actitudes o aptitudes, al integrar a los individuos de forma lúdica hacia determinados niveles considerados por especialistas en situaciones como discapacidad física o intelectual, atención en personas mayores o poblaciones marginales, con problemas psicológicos o de lenguaje.
- Animación: hace referencia a la animación socio cultural, al afirmar un desarrollo correspondiente a un esfuerzo, en deseo de convertirse en un agente activo del propio desarrollo y de la comunidad a la que este pertenece en las distintas actividades a desempeñar.
- Deporte: orientada a la adaptación significativa con una duración, que busca la mejora física, técnica o táctica, al ser establecida por objetivos, intereses o motivaciones de los sujetos.

1.1.6 Poderes terapéuticos del juego

OConnor (2017) expone que los poderes terapéuticos del juego hacen referencia a los aspectos específicos que se buscan en un tratamiento en que el juego inicia, facilita o refuerza el efecto terapéutico al ser mediadores que influyen de manera positiva en el cambio deseado en el niño. Es el juego en el que genera cambios en los sentimientos, pensamientos y conductas que un niño puede establecer durante un proceso terapéutico. En la actualidad se han identificado poderes importantes del juego, los cuales contienen elementos específicos que mejoran la formación de cada niño al mejorar el apego, la autoexpresión, regulación de emociones, autoestima y el manejo de estrés.

Los poderes trascienden en el día a día, al ser modelos del cambio terapéutico en la resolución de problemas que un niño puede establecer, por lo que un número cada vez mayor de profesionales de juego busca entenderlos y aplicarlos. Los terapeutas de juego evitan quedarse con una sola teoría la cual debe de estar aplicada con todos los niños de una manera disciplinada y pesada. Es la terapia de juego transteórica la que establece tener una perspectiva sólida. Es por ello que mientras más se disponga sobre los poderes terapéuticos, el terapeuta integrará de una forma prescriptiva las necesidades y los síntomas de un infante al tomar en cuenta las habilidades y el juicio, por lo que se es necesario integrarlos para tener un impacto durante la intervención, sin importar una patología compleja que se pueda establecer en el individuo, ya sean específicos o de larga duración.

Una integración teórica puede implicar una reducción de poderes terapéuticos, ya que el efecto será mayor en comparación al de uno solo. En el movimiento integrativo es el terapeuta quien cambia la teoría, al establecer una orientación que en años recientes el campo lúdico no contaba, puesto que se forman fundamentos sólidos en la integración del trabajo clínico. A continuación, se presentan algunos poderes terapéuticos de cambio dentro de la terapia de juego, al ser los mecanismos que pueden influenciar en los niños en la superación de las dificultades que la vida les puede presentar en cualquier ámbito.

- Autoexpresión: es la capacidad de expresarse o comunicarse, puesto que permite que el niño exprese ideas y emociones tanto de manera consciente como inconsciente y que sea el terapeuta quien imparta el conocimiento.
- Lenguaje natural: cuando los niños no cuentan con un vocabulario establecido el cual contenga la capacidad de expresión del mundo interno, pero que si les permite expresar los sentimientos subjetivos.
- Hablar en tercera persona: es el juego de fantasía el que da la apertura para que cada niño se dirija hacia él mismo en tercera persona, por lo que se complementará de muñecos, títeres y personajes convencionales.

- Carácter “como si” o ficticio: hace referencia, a que en el juego no todo es real y de que en un momento determinado los niños pueden expresar durante un proceso terapéutico emociones, impulsos y pensamientos que no se expresarían en la vida.
- Indescriptible: no todo va a ser expresado por medio de palabras con un niño, sino que ellos tienden a proyectarse de una manera inconsciente por medio de dibujos, oraciones, danza o creaciones en el juego.
- Proyección: cuando el cliente no se hace responsable de las partes inaceptables de sí mismo y se las atribuye a alguien más, en vez de hacerse responsable.
- Enseñanza directa: el terapeuta es quien se encarga de preparar o brindar las herramientas para la instrucción de los niños, ya que aprenden por medio de actividades lúdicas.
- Captura la atención: son todos los elementos que pueden llamar la atención del niño, al ser esta una parte lúdica.
- Ambiente seguro: el niño puede tomar riesgos durante el proceso de aprendizaje, por lo que se recomienda un ambiente relajado y agradable.
- Consolidación de las habilidades: que los infantes tengan la iniciativa de practicar una y mil veces más lo que ya conocen o guardan dentro de la personalidad.

1.1.7 Técnicas de juego

Capurro (2017) explica que en la terapia de juego es el terapeuta quien acompaña al niño de forma directiva y no directiva, ya que la dirección tendrá concordancia con las necesidades que cada infante posea, por lo que se requiere que el experto establezca una formación especializada en el campo. Es necesario que, el terapeuta establezca un buen rapport con el niño, puesto que dará apertura a las situaciones que de manera inconsciente serán proyectadas durante el proceso terapéutico, pero sin crítica ni juicio. Para que el especialista en la terapia de juego se encuentre

certificado, debe de realizar una formación especializada en el área, por lo que a continuación se presentan algunas de las técnicas que se utilizan con niños.

- Técnicas de arteterapia: para los terapeutas lúdicos, el hecho de integrar lápices de colores, plumones, témperas, plastilinas, arcilla o collages no es algo insólito, puesto que algunos elementos son integrados en cada una de las técnicas que los infantes realizarán en el diario vivir, al ser estas peticiones cómodas para llevar a cabo actividades en las que desarrollan la creatividad y la claridad de lo que desean representar durante la sesión. La memoria límbica juega un rol importante en la memoria del evento estresante, ya que los niños tienden a experimentar lo desagradable en cuanto a la emoción, por lo que la arteterapia transforma una memoria explícita e implícita en el evento que es traumático al poder comprender el malestar.
- Técnicas de las máscaras: tiene como finalidad reflejar ambos lados de la máscara “cómo realmente se es” y “cómo lo perciben los demás”, por lo que se acompaña al infante en la creación de la máscara hasta que este dé por finalizado el proceso. El centrarse en la expresión dará lugar al encuentro de los elementos que son concretos en la vida de cada niño que evidencian el sentir, aunque este intente de ocultarlo. Ya que se haya descrito cada lado, se inicia a integrar ambas partes de la máscara para que el niño interprete que es uno solo y que sin importar las veces que trate de ocultarlo las emociones siempre serán evidenciadas.
- Técnicas de las cartas de emociones: tiene como objetivo expresar la emociones y sentimientos básicos como lo son el miedo, afecto, tristeza, enojo y la alegría; los niños tienden a expresarse al sentirse débiles ante los demás lo que permite que puedan tener control y conocimiento de lo que sienten. La técnica tiene como finalidad que el niño pueda relacionar las emociones, por lo que se le permite que el niño acceda al mundo afectivo, el diálogo y las distintas relaciones emotivas, por lo que el terapeuta, facilita modelos de emociones por medio de cartas que pueden encontrarse en tiendas especializadas, librerías o páginas de internet; muchos de los niños no pueden distinguir en el reconocimiento de emociones básicas, lo que tiende a vincularse en dificultades tanto afectivas como conductuales.
- Técnicas narrativas: se encuentran basadas en una serie de cuentos, metáforas, parábolas e historias que tienen como objetivo identificar los deseos del niño. El contar historias de la

vida, del mundo o fantásticas facilitan las creencias y valores puesto que forman la estructura conceptual que va a acompañar al niño para bien o mal. Es por ello que, por medio de las historias se deben proponer soluciones para los problemas que ellos establecen de manera inconsciente al preparar, cambios, reforzar lazos afectivos como también proponer estrategias de afrontamiento. Las historias o cuentos de hadas se utilizan en los niños que han sufrido y que poseen algún trauma; por lo que se trabaja la disminución de recaídas y la solución del conflicto. Se debe tener en cuenta que no se toma cualquier historia, sino que se debe elegir una que se adapte a la situación del infante ya que es por medio de ellas que el niño debe encontrar la solución al problema que se le presenta.

- **Técnicas de los cuentos:** es una de las técnicas de actividad directiva, ya que se tiene como intención la exploración de emociones que se desarrolla con el proceso de lectura, al tener en cuenta la finalización del niño. Existen cuentos para distintos segmentos de edad, al ser distintos en la complejidad del texto, las imágenes o temas como lo son la inclusión de pérdidas, separación de padres o problemas escolares. Algunos de los cuentos vienen acompañados de instrumentos musicales, una obra de teatro o collage de emociones, los cuales tendrán como objetivo invitar al niño a la creación de la experiencia dentro del contexto.
- **Técnica de visualización imaginativa:** es una forma de inducir a la mente y al cuerpo a un estado emocional por medio de la imaginación, al adentrar al niño a un estado inconsciente con la capacidad auto curativa; una de las técnicas más utilizadas es la del elefante rosa el cual tiene como objetivo generar un cambio interaccional en situaciones de problemas escolares como también al temor hacia una persona en específico, por lo que el elefante rosa acompaña al niño en estas situaciones.

1.1.8 Terapia de juego centrada en el niño

OConnor (2017) comenta que la terapia de juego centrada en el niño es una filosofía básica de la capacidad humana innata para esforzarse por alcanzar el crecimiento y la madurez al autodirigirse de manera autoconstructiva, al centrarse en la relación con el infante de manera en que este pueda liberar los poderes desde un punto interno, constructivo, progresivo, creativo y con capacidad de autocuración en cada una de las sesiones que se vayan a establecer; es un enfoque de la terapia de

juego que tiene como finalidad centrar la vida del niño a través de la relación cliente y terapeuta, al utilizar el desarrollo de actitudes y conductas constructivas, al comunicar de la mejor manera la filosofía personal. El niño es quien decide si comparte o no, una parte de aquel mundo como también en el momento en el cual lo desarrolla, por lo que es necesario que el terapeuta encuentre ese vínculo con el niño en un momento que sea caracterizado por el afecto, la aceptación y esa calidez por parte del terapeuta.

Para Landreth (como se citó en OConnor 2017) es necesario comprender y adaptar un sistema de constructos acerca de la personalidad que puede brindar esa consistencia al terapeuta para que en el acercamiento que este tenga con cada niño pueda establecer una mejoría en la sensibilidad frente al mundo interno y las experiencias que puedan surgir a raíz de ello. Para la teoría centrada en el niño de la personalidad, se establece la base de 3 conceptos como lo son la persona, el campo fenomenológico y el sí mismo, ya que la personalidad que cada niño crea y desarrolla surge de las experiencias, relaciones, emociones y pensamientos, siempre y cuando el niño tenga una personalidad sana y así desarrollar una autoconfianza que lo impulse a una autorrealización.

La persona, quien se encuentra constituida por sentimientos, pensamientos, conductas y el ser físico, que tienden a modificarse en cuanto el niño reacciona a los cambios en su experiencia, del cual es centro, por lo que la persona es un juego trabajo en progreso y el juego una parte esencial que lo lleva al crecimiento. Los procesos de asimilación y acomodación que son mecanismos básicos en la persona y su desarrollo cognitivo tienden a formar parte del juego y de la imitación que vincula al niño con el ambiente y la realidad. El campo fenomenológico en el niño va a estar constituido por todas aquellas experiencias tanto internas como externas, que brindan un marco de referencia a partir de lo que percibe alrededor a través de una reorganización de los pensamientos, sentimientos, actitudes o conductas; por lo que el terapeuta tiene que ser empático con cada uno de los deseos y metas del niño y así facilitar un crecimiento psicológico. El sí mismo, que no es más que la percepción del niño en relación con la interacción con otros, al establecer como meta principal la autorrealización.

La percepción del sí mismo, consta de una consciencia existente en las relaciones ya que los valores tanto positivos como negativos se encuentran vinculados con aquellas cualidades de las relaciones

del pasado, presente y futuro. El sí mismo durante la infancia es particularmente caracterizado por los logros emocionales y sociales, la adquisición de habilidades de afrontamiento y el buen funcionamiento en distintos ámbitos de la vida. En la relación entre el terapeuta y el niño el enfoque de juego debe de brindar autenticidad, calidez no posesiva y empatía, para obtener esa confianza en la relación, puesto que el niño tiende a ser el director durante el proceso terapéutico y que el terapeuta no directivo responda de manera que el infante sienta que el terapeuta forma parte de cualquier cosa que él haga, al presentar esa disposición en todo momento.

1.1.9 Terapia de juego grupal

Schaefer (2012) define a la terapia de juego grupal como aquella que establece una relación interpersonal dinámica entre dos o más niños y un terapeuta con su debida especialización en procedimientos de grupo y así fomentar un desarrollo en el que pueda expresarse y explorarse de manera plena. Es la unión natural de dos modalidades terapéuticas que tienden a ser eficaces ya que está tiene el potencial de luchar contra uno de los dolores más grandes del ser humano, al hacer referencia a la soledad. Muchos de los clientes que con más frecuencia tienden a solicitar de esta terapia son niños, ya que buscan la lucha de la autonomía y la identidad, al ser oprimidos de una manera cruel por parte de la sociedad. Por otra parte, la terapia de juego grupal es una forma única de estar dentro, estar para y estar con todos aquellos clientes sin importar una edad en específica, aunque no pueda clasificarse como un enfoque teórico particular, al crear la oportunidad para que la soledad de lucha no se aborde de una manera expresiva para el desarrollo.

La terapia de juego grupal, es el medio de comunicación de los niños, este al combinarse con la conexión humana, tanto de un niño como de un adulto el cual se encuentra entrenado y afectivo. Los terapeutas de juego y los terapeutas de grupo comparten rasgos, puesto que se encuentran comprometidos con un proceso terapéutico tanto dinámico como creativo como también el desarrollo y mantenimiento de las relaciones seguras y terapéuticas que se presentan durante la sesión al realizar esfuerzos de supervisión y entrenamiento. Es necesario tener en cuenta que, un terapeuta de juego grupal, que carezca de formación, comprensión y dinámicas de la terapia puede ser dañino para cada uno de los infantes.

El terapeuta de juego grupal puede proporcionar a cada uno de los infantes algunos medios de juegos que bien son utilizados en la terapia individual, por lo que se debe de facilitar el desarrollo de relaciones seguras para que los niños establezcan participaciones en la exploración de sí y de otros, pero sin olvidar el fin del juego como medio natural de comunicación para cada infante, al beneficiarse de las relaciones e interacciones con otros niños en un contexto determinado al crecer y aprender. Para muchos niños que tienden a descubrir que sus pares también presentan problemas, la consejería grupal toma un papel importante puesto que experimentan las cualidades terapéuticas de la liberación y la disminución de barreras que surgen del sentimiento de estar solos, al experimentar un sentido de pertenencia y la creación de nuevas habilidades interpersonales, como también el desarrollo de la sensibilidad hacia los demás.

En la terapia de juego grupal, los niños aprenden acerca de sí y de otros al cuando al escuchar y observar las percepciones por parte del terapeuta, por lo que se tienden a interpretar que ser único no es aceptable, al darle una valoración que se emplea con la cooperación. El niño, durante este proceso grupal formulará que solo se establece la sumisión para implementar límites o bien actividades estructuradas; al respetar la creatividad y la originalidad que cada uno establece.

Es necesario tener en cuenta que, el juego grupal terapéutico puede ofrecer una estructura y aceptación de una familia, de lo cual muchos niños en determinada intervención pueden disponer, al animarse y apoyarse entre sí, solucionar conflictos, compartir el dolor y la alegría, al encontrar un apoyo mutuo y la capacidad de dar y recibir ayuda, cada una de ellas consideradas por el niño como cualidades de una familia.

Tabla Núm. 2

Suposiciones de la terapia de juego

• Aprobación total del niño.
• Juego sin explicaciones, expectativas o metas.
• Recreación y expresión del respeto.
• Sentimiento de empatía.
• Respeto de límites sin críticas.
• Prohibición de ataques físicos en los niños

Fuente: elaboración propia con base en Schaefer (2020), p. 229.

1.1.10 Terapia de juego de liberación en los niños

Schaefer (2012) comenta que la terapia de juego de liberación posee un impacto en la ayuda brindada a los niños para sanar, puesto que, a diferencia de la psicoterapia pura, se utiliza en el tratamiento de problemas específicos. El enfoque es muy similar a la terapia de liberación, aunque tiende a implicar una mayor participación del terapeuta en la preparación de técnicas, deben de ser manejadas por los niños cuando no son capaces de jugar por sí solos, algunos de ellos encontrándose en la etapa preoperacional del desarrollo, al ser el juego una simulación o imaginación en cada infante; otros podrían encontrarse en la etapa de latencia o ser mayores, por lo que las técnicas a utilizarse en la terapia les permitirán la liberación de la agresión, ansiedad o tristeza por medio de la diversión y el juego. Levy (como se citó en Schaefer 2012) aprovechó algunos métodos de los niños para curarlos por sí mismo, al proponer y llevar una práctica en cada problema o circunstancia, por lo que propone distintos tipos de liberación:

- La liberación simple: permite al niño que libere sin medida alguna todos aquellos sentimientos de agresión o bien placeres infantiles como golpear o gritar.
- La liberación situacional: que incluye problemas generales de la interacción familiar o social en cada niño, como la rivalidad entre cada hermano o la unión de padres solos.
- La liberación específica: en el que el terapeuta facilita la creación de situaciones, al brindar métodos de juego para que se expresen las ansiedades del niño que muchas veces se encuentran vinculadas con experiencias definidas.

La mayor parte de niños, maneja los problemas emocionales por medio del uso del juego al simular como imaginar cada una de las situaciones que le aqueja y así eliminar tensiones. En la vida cotidiana, los niños se ven implicados en circunstancias o contextos sobre las que no pueden poseer un control, otros tratan de asegurar que los sentimientos que le atormentan seas escuchados por medio del llanto o los gritos como también existen niños que simplemente lo mantienen dentro del interior, ya que son incapaces de liberar las situaciones. Es importante tener en cuenta que, si la fuerza de un estímulo es en exceso, el infante puede ser incapaz de afrontarlo, ya que los temores influenciados por algunas intensidades o duraciones tienden a interferir con la capacidad en que

cada niño pueda enfrentar de nuevo la situación por sí mismo. Cuando cualquier de los factores se encuentra conectado con un evento específico, existe la posibilidad de que se desconecte la respuesta emocional, por lo que se puede desarrollar un trastorno de estrés postraumático o un trastorno negativista desafiante.

La terapia de juego de liberación debe de ofrecer a cada uno de los infantes un sentido de seguridad y apoyo, de manera que cada uno experimente sentimientos; para muchos, la fortaleza del yo del terapeuta tiende a involucrarse en el juego, puesto que el niño puede llegar a repetir y recrear eventos traumáticos sin desvincular aquellos sentimientos que tuviesen que haber sido expresados en la experiencia real. Es por ello que es necesario realizar tipos de terapia de juego de liberación en los que los niños se diviertan y a la vez puedan liberar diferentes sentimientos tanto de tristeza, enojo o ansiedad y así permitir el inicio de una curación psicológica como también brindar esa libertad de juego en la asimilación de un evento traumático sin alteración alguna.

Es necesario tener en cuenta que, cuando los niños son mayores el juego de simulación no tiene efectividad, ya que muchos de ellos tienden a preferir juegos con reglas o actividades entre las que ellos puedan elegir; por lo que el ambiente y la relación terapéutica deben de permitir una recreación o liberación de emociones, para que el infante pueda seguir adelante. Algunos de los criterios para hacer uso de la terapia de juego de liberación en los niños va a depender de lo que se requiera en una situación particular; cuando sean referidos por los problemas de conducta el tipo de tratamiento tendrá que decidirse de la dirección del niño, ya que en este tipo de terapia cada uno de los niños puede repetir el suceso en la seguridad del cuarto de juego con terapeuta que se encuentre entrenado y permita la expresión de cada uno de los sucesos en donde se da lugar al trauma original.

1.2 Déficit de atención

1.2.1 Definición

Isorna (2013) define a la inatención como la dificultad para realizar una misma actividad durante un periodo largo de tiempo tanto en tareas académicas como familiares. Los niños y adolescentes con inatención no prestan atención y cometen errores en las materias las cuales podrían dominar,

por lo que deben de hacer un esfuerzo extra para terminarlas y mantener cierta organización a lo largo de los días. De manera muy frecuente, los infantes tienden a olvidar el material necesario para llevar a cabo cada tarea o trabajo como también a perder objetos personales con facilidad, lo que provoca en los niños que cualquier estímulo o situación que se desee llevar a cabo pierda el objetivo y que no se recuerde lo que se iba a realizar. Muchos padres comentan que, de manera continua los niños con el déficit cambian el foco de atención sin alcanzar el objetivo final, puesto que, al parecer, ellos tienden a vivir en el presente inmediato y no piensan en la siguiente acción, ya que tienen que ir acompañándolos en el proceso del siguiente paso a dar; el brindar dos órdenes al mismo tiempo es imposible porque se les olvida. Por lo que se refleja un bajo rendimiento escolar, pues los juegos tienden a estar por debajo de la capacidad y de lo normal que puede ser para la edad, como también suelen tener mala ortografía y organizan mal por no fijarse bien.

Ruiz (2011) define a la inatención como la falla en atender de manera apropiada a los detalles, la dificultad para mantener la atención por un tiempo esperado y cometer errores por descuido, todo ello al estar ausente o ensimismado. Por lo que se les debe de hablar a los niños varias veces, puesto que parecen no escuchar del todo, al evitar trabajos o tareas en los que se necesite más atención o concentración de manera prolongada tanto en el colegio, el trabajo, la casa o en el aprendizaje de alguna rutina. Los infantes con inatención pasan de manera continua alguna actividad a otra sin haber finalizado la anterior, por lo que tienden a distraerse ante cualquier estímulo, a veces producidos hasta por ellos mismos. Los niños con el déficit de atención tienden a tener un aspecto físico descuidado, tienen la ropa sucia o se despeinan con facilidad, pierden objetos personales y la mayor parte lo olvidan todo. Es la falta de concentración lo que hace que los niños sean poco receptivos a las múltiples llamadas de atención o en cierto punto a las recomendaciones de los padres u otra autoridad que se haga responsable de ellos.

Pascual (2010) define al déficit de atención como aquellas manifestaciones de carácter comportamental o de tipo cognitivo, las cuales tienen un origen en la existencia de un déficit por la falta de motivación para realizar determinadas tareas o el hecho de cometer errores de manera consecutiva. El trastorno se encuentra caracterizado por la tendencia a la distracción de manera fácil, la dificultad a la concentración por un tiempo determinado y la desorganización de tareas en los distintos ámbitos de la vida; el déficit de atención tiende a presentarse en las primeras edades

de vida, la adolescencia y en algunos casos, en la edad adulta al presentarse en actividades académicas, laborales, recreativas y sociales. En el déficit de atención, los niños que presenta esta patología tienden mostrarse ausentes o como si no escucharan todo aquello que se encuentra al alrededor, cambian de actividades rápidamente y cometen errores por perderse en los detalles de las cosas.

1.2.2 La química cerebral del déficit de atención

Galicia (2012) explica que una de las principales características de las neuronas es la capacidad que tienen para comunicarse de manera específica. Es por ello que, la capacidad de comunicación neuronal permanece de dos formas: el primero con propiedades eléctricas de las células nerviosas y el segundo con los mensajeros químicos que son liberados como un resultado de un impulso el cual es eléctrico. Es importante conocer los sistemas de neurotransmisión que están asociados con el déficit de atención como también las interacciones que tienen con el resto del cerebro. Existe evidencia que argumenta que los sistemas como el dopaminérgico y adrenérgico se encuentran alterados, lo que provoca una regulación del proceso de atención, control emocional, regulación motora y toma de decisiones. Por lo tanto, se presentan los siguientes sistemas de neurotransmisión claves en el déficit de atención:

- **Acetilcolina:** es el primer sistema de neurotransmisión que se encuentra distribuido en el sistema nervioso central y periférico como en las terminaciones neuromusculares, puesto que constituye el punto de partida de conductas, pero en particular de los procesos de atención y de los estados de alerta por lo que viene a ser un requisito preciso para que se logre establecer un estado de atención como también las modificaciones que provocan el estado de alerta al desencadenar un efecto directo sobre la capacidad de atención del niño o adolescente.
- **Serotonina:** constituye el punto de inicio de cualquier conducta que se pueda establecer en particular del proceso de atención, ya que las modificaciones sobre el estado de alerta provocan un resultado directo sobre la capacidad de atención del niño o adolescente. Desde 1970, se tienen reportes que la actividad serotoninérgica en infantes con déficit de atención, puesto que se establece una disminución de esta acción, la cual se encuentra medida por la baja de los metabolitos en la sangre como también la participación de las enzimas de degradación como la MAO, al tener participación en la etiología del déficit, ya que el gen no es el fin, sino hasta

que se tiene una mezcla con la historia personal del niño, al asociarse con el exceso de actividad motora, la actitud agresiva, el abuso de sustancias y el déficit de atención.

- Sistema adrenérgico: el locus coeruleus es el encargado de medir los efectos simpáticos que se encuentran asociados con la respuesta de estrés, al incrementar la secreción de la norepinefrina, puesto que, al liberarla puede alterar la función cognoscitiva como la toma de decisiones la cual es mediada a través de un incremento de focalización, muchas veces mediada por el sistema de atención frontal como también la actividad adrenérgica, al promover una respuesta de alerta generalizada de la proyección al tallo cerebral. El sistema adrenérgico es quien modifica el estado motivacional y emocional al desencadenar ansiedad, miedo o agresión, lo cual puede generar modificaciones en el núcleo accumbens de reforzamiento.
- Dopamina: es una amina biogénica la cual se encuentra constituida por un grupo de amino unido al anillo del tipo catecol, la cual se encuentra a través de una cadena de dos carbonos; una disminución puede provocar en la actividad del sistema mesocórtico límbico una asociación con el trastorno de déficit de atención en el que se establece una baja de la actividad dopaminérgica en la corteza prefrontal, al alterar la función del sistema de atención anterior. El procedimiento dopaminérgico no solo es necesario para entender los postulados de la teoría dopaminérgica del déficit de atención, sino también para la comprensión de las críticas experimentales a la misma.

1.2.3 Síntomas de la inatención

Valdés (2015) explica que la inatención es un mecanismo central de capacidad limitada que tiene como función primordial controlar y orientar la actividad consciente del organismo de acuerdo a un objetivo determinado. Los síntomas del déficit de atención son los más difíciles que se pueden percibir en las edades infantiles, puesto que son los que se presentan en el inicio de la etapa escolar, al requerir actividades cognitivas complejas, por lo que se persiste de manera significativa durante la adolescencia y probablemente en la edad adulta, todo esto al afectar la calidad de vida. Es necesario comprender que, los síntomas se pueden presentar con una intensidad variable en cada paciente y de forma independiente. El rasgo más relevante en un déficit de atención es la falta de atención el cual se encuentra reflejado en las siguientes conductas.

Los síntomas del déficit de atención interfieren en el trabajo escolar y en el aprendizaje, al ocasionar desórdenes, errores y no prestar atención en los detalles, puesto que dejan las tareas a medias o sencillamente porque evitan hacer esfuerzos mentales, al resultarles complejo elaborar estrategias de estudio como hacer esquemas, organizar información o ya sea elaborar resúmenes; por lo que se presenta un bajo rendimiento en el área educativa, al crear impresiones tanto a padres de familia como a profesores que simplemente no lo hace porque no lo desea. En general, el lenguaje y la escritura son deficientes, ya que se presentan dificultades en la lectura comprensiva y las matemáticas.

Los niños con déficit de atención presentan dificultades para mantener la atención durante un período de tiempo, tanto en tareas académicas, familiares y sociales. También les resulta difícil priorizar las tareas, persistir hasta finalizarlas y evitar actividades que suponen un esfuerzo mental sostenido, por lo que tienden a cambiar de tareas sin llegar a terminar ninguna, ya que se les dificulta escuchar. No siguen órdenes ni instrucciones, tienen dificultades para organizar tareas y actividades con tendencia a los olvidos y pérdidas frecuentes. Los niños suelen distraerse con facilidad ante estímulos irrelevantes. En situaciones sociales, la inatención se presenta por cambios frecuentes de conversación, con dificultades para seguir las normas o detalles en actividades o bien en juegos. La inatención suele prevalecer durante la etapa escolar, cuando se requiere de una actividad a nivel cognitivo más compleja, por lo que tiende a persistir significativamente durante la adolescencia y la edad adulta.

1.2.4 Modelo neuropsicológico de la inatención

Isorna (2013) expone que, desde un punto neuropsicológico, el déficit de atención se debe a defectos funcionales que son necesarios para la regulación conductual, al presentar con una mayor influencia en los trastornos de conducta y todos aquellos síntomas de externalización como lo es la agresividad. El inatento no posee un fundamento de defecto de la desinhibición conductual, sino que se encuentra establecida con la pasividad, el retraimiento y una baja en la validez de procesamiento. Se ha encontrado que el inatento es caracterizado por una disminución en la capacidad y velocidad de procesamiento como también un defecto principal en la memoria de trabajo; al proponer factores neuropsicológicos fronto parietal. En contraste con el elemento fronto estriatal, es para los casos que se establezcan con hiperactividad e impulsividad.

Los investigadores han llegado a coincidir que tanto la inatención como la impulsividad son fenómenos que se tienden a presentar de forma separada, ya que el infante con déficit de atención sin hiperactividad e impulsividad, presentan dificultades para mantener la atención en tareas o actividades lúdicas, extravía objetos y se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes, por lo que deben de ser diagnosticados con trastorno de déficit de atención. Por otra parte, los niños con presencia de hiperactividad e impulsividad tienden a diagnosticarse por déficit de atención con hiperactividad e impulsividad, tras presentar características que tienden a precipitar respuestas antes de haber sido completadas en el infante, la actividad motora excesiva que es modificada por el contexto o exigencias sociales, como también la interrupción de actividades a otros niños.

El trastorno por déficit de atención se encuentra relacionado con dificultades en el desarrollo de las funciones ejecutivas, puesto que refieren que las actividades cognitivas complejas tienden a desarrollarse a partir del primer año de vida de los niños, las cuales son necesarias para la autorregulación, es decir, para la adaptación de manera eficaz al ambiente y para alcanzar las metas. Las funciones ejecutivas tienen como base neurológica la corteza prefrontal del cerebro, por lo que, algunos de los déficits en el funcionamiento ejecutivo que se encuentran en el trastorno por déficit de atención son la memoria de trabajo visoespacial y verbal, el control inhibitorio, la vigilancia y la planificación. Los niños con este trastorno tienden ser vulnerables, ya que toman decisiones ineficientes, optan por recompensas inmediatas y sobreestiman la magnitud de recompensas cercanas en comparación con recompensas a largo plazo. Otras de las áreas que son afectadas son el procesamiento temporal de la información y el manejo del tiempo, alcance de la memoria y velocidad del procesamiento.

Finalmente, en la inatención se presentan déficits en los dominios de memoria de trabajo, variabilidad en el tiempo de reacción, inhibición de respuesta, inteligencia, logros académicos, planificación y organización. Las modernas aproximaciones cognitivas al déficit de atención hacen referencia a las funciones ejecutivas que se derivaran de actividades del córtex prefrontal y estructuras vinculadas al mismo. Es por ello que, las funciones atribuidas a los circuitos fronto estriados tienden a permitir la comprensión de los déficits cognitivos del déficit de atención como a la de otros trastornos comórbidos, por lo que se presenta la siguiente tabla.

Tabla Núm. 3

Modelo neuropsicológico de la inatención

• Planificación.
• Memoria de trabajo.
• Manipular y mantener la información a corto plazo para la realización de actividades.
• Bloques de memoria temporal.
• Manipulación de los datos que se registran en la cabeza.
• Espacio para el trabajo y así combinar los datos.
• Control de atención.
• Pensamiento divergente.
• Retraimiento de respuestas inadecuadas.
• Marcar el encuentro entre el razonamiento y las emociones.
• Experiencias de las emociones.
• Sentimientos involucrados en la toma de decisiones.

Fuente: elaboración propia con base en Isorna (2013), p. 36.

1.2.5 Los trastornos de aprendizaje y las fallas en la edad escolar

Ruiz (2011) comenta que el niño tiende a funcionar por debajo de su edad, inteligencia o grado escolar, al presentar un retraso académico o bien adaptativo como una consecuencia de los problemas para la escritura, la lectura o las matemáticas. Los trastornos del aprendizaje se presentan en un 10 % de la población de edad escolar, mientras que los trastornos por déficit de atención tienen una prevalencia de 20 a 60%, lo que tiende a complicar el desarrollo en cada uno de los estudiantes, por lo que muchas de las manifestaciones clínicas dependen de la edad y la instancia académica en la que se desenvuelva el niño; la escuela tiende a constituir en cada estudiante la principal actividad dentro de los 6 y 18 años de edad, por lo que todo aquello que se involucre de manera directa o indirecta en el rendimiento escolar tendrá a desencadenar en cada infante problemas emocionales y de aculturación.

Existen cálculos de que los niños que padecen de déficit de atención presenta un 30% de problemas de aprendizaje, 13% de dificultades con la matemática, 14% de trastorno de lenguaje y un 23% de ambos, como también se han observado que el 50% de los niños con trastorno por déficit de

atención tienden a requerir de una supervisión pedagógica, al presentar fallas en el área académica, por lo que el 30% de los niños reprueban años escolares o abandonan de manera precipitada los estudios escolares. Algunos de los trastornos de aprendizaje se encuentran asociados con otros trastornos psiquiátricos como lo son los de ansiedad, depresión, el disocial, de conducta, tics o el déficit de atención con o sin hiperactividad. Algunas complicaciones perinatales, la prematurez, un bajo peso al momento de nacer y la leucomalacia periventricular, tienden a alterar el riesgo en la presentación de alteraciones tanto de la coordinación visual y espacial; las infecciones del sistema nervioso y todas aquellas enfermedades que son autoinmunes maternas incrementan la presentación.

En el cerebro existen áreas que intervienen en el aprendizaje; en la corteza del lóbulo frontal, se encuentran los circuitos responsables de la planeación, el razonamiento, el aprendizaje asociativo del proceso de búsqueda, la resolución de conceptos y la metacognición. Por su parte, en la corteza prefrontal, funciona como la memoria de trabajo al relacionarse con la atención; el sistema límbico posee una participación en el aprendizaje, la motivación, memoria, el registro de la nueva información, el análisis y reconocimiento de objetos; la corteza parietal y la occipital son vitales en la coordinación, el cálculo, la lectura y la asociación viso perceptual. Muchos de los problemas relacionados con el aprendizaje y la coordinación motora, suelen acompañarse de intervenciones tanto psicológicas como de tratamientos farmacológicos en cada una de las situaciones presentadas.

1.2.6 Inatención dentro de la sociedad

Mabres (2013) comenta que los niños se encuentran envueltos por reproches y culpas que día con día se multiplican cuando no saben lo que les pasa, por lo que tienden a ser inconscientes de todo aquello que no esperaban. Es el infante quien debe de encajar dentro del marco de la sociedad al convertirse en un ser social, el cual es establecido por los padres por parte de los cuidados y estímulos en el desarrollo, como también en la parte afectiva y la educación, al formarlo de manera positiva. Lamentablemente no siempre se establece, puesto que las manifestaciones de los hijos suponen dosis de culpa y estrés a los miembros de la familia. El diagnóstico del déficit de atención tiende a generar en los padres de familia o maestros estadísticas lógicas de incidencia poblacional que representa un problema de salud pública.

Diversos artículos en diarios, revistas y medios de comunicación se han encargado de popularizar un cuadro de diagnóstico que de manera mediática y generalizada da un aporte de falsa intranquilidad a los progenitores y profesionales que son cercanos a los niños, por lo que se les habla del tema muy a menudo como si esto se tratara de una epidemia. Para la sociedad existen mitos, estereotipos e ideologías acerca de los niños y adolescentes con déficit de atención, al condicionar a tal grado que sobrepasan por encima de lo que se puede establecer de manera individual. Es por ello que, es necesario situarse en un punto de vista más humilde y reflexionar si realmente se habla con niños con déficit de atención o realmente son los infantes con necesidad de atención.

Los padres con escasa capacidad de tolerancia y contención, con problemas sociales y relacionales, generan dinámicas en las que los miembros se quedan enredados en inercias que convierten la experiencia relacional en una estresante, por lo que las demandas de los niños tienden a establecer conflictos con la presión y la exigencia de un adulto. Es por ello que, para los niños con el trastorno de déficit de atención, es necesario adecuar una combinación tanto de interacciones psicosociales, familiares y médicas que sean estables para que puedan desarrollar habilidades y necesidades tanto en el presente como en el futuro; no se trata de buscar culpables sino de reflexionar, prevenir y atender para proteger a los infantes con inatención que son pretendidos por el prejuicio de una sociedad.

En la actualidad las manifestaciones que son más importantes en el padecimiento psíquico de los niños tienen relación en torno a la escuela y los aprendizajes, lo que no tiene nada de extraño, pues es la escuela el principal foco socializador para el infante, por lo que se refiere a la adquisición de conocimientos y de hábitos como también a las interacciones sociales con los demás. Una parte de este sufrimiento se encuentra asociado a los aprendizajes y a la relación que mantienen con el saber, puesto que no siempre es fácil y tampoco es marcada por un deseo y un consentimiento en aprender, ya que muchos de los problemas establecen una relación con las carencias de recursos personales o déficits cognitivos, que a la vez se encuentran vinculados con la atención y la concentración como al rechazo directo de los aprendizajes.

1.2.7 Causas del déficit de atención

Valdés (2015) expone que en la actualidad se desconocen las causas directas o inmediatas del déficit de atención, puesto que los avances que se establecen por medio de técnicas en imágenes o genética no han podido esclarecer algunas cuestiones, al no dejar una evidencia definitiva. Los niños afectados con este trastorno, no prestan atención a los detalles, ya que cometen errores por descuidos en tareas escolares o trabajos al ser realizados sin reflexión. Estudios sugieren que no hay una causa única que desencadene el déficit de atención, sino que son secundarios a la respuesta de interacción durante la etapa de gestación o bien factores de origen biológico, psicosociales y neuroquímicos.

- Factores genéticos: los factores que tienen un origen hereditario han establecido en un 80% que los pacientes con el trastorno de déficit de atención tienden a presentarlo si algún progenitor se ve afectado, por lo que multiplica el riesgo. Los estudios de genética molecular han establecido que este trastorno se encuentra relacionado con genes en los cromosomas y las variaciones en el número de copias, al ser esto un trastorno de herencia poligénica, por lo que el déficit de atención se debe en parte a las modificaciones específicas de determinados cromosomas.
- Factores neuroquímicos: las disfunciones cognitivas y emocionales se encuentran atribuidas a fallas en el desarrollo de circuitos cerebrales del córtex prefrontal, los ganglios basales y a las conexiones fronto estriada, al provocar anomalías en el sistema ejecutivo del cerebro y mecanismos de inhibición. Un déficit de dopamina y noradrenalina genera problemas en zonas del cerebro como los ganglios basales, el cuerpo calloso y el córtex prefrontal, todo ello al alterar las funciones que se encargan del foco de atención, la planificación, organización y la regulación de la conducta, al inhibir estímulos del entorno irrelevantes.
- Factores psicosociales: son todos aquellos factores externos que son precipitantes o contribuyentes a la determinación del déficit de atención en una etapa de gestación o de nacimiento como lo es el tabaquismo, la ansiedad o el estrés en las madres durante el embarazo.

1.2.8 Estrategias para la inatención en el hogar

Ruiz (2011) argumenta que los padres de familia que tienen hijos con déficit de atención (TDA) de manera frecuente desconocen el trastorno, por lo que experimentan desconcierto, culpabilidad a sí mismo y la percepción poco eficaz en un estilo de crianza; al generar problemas en la dinámica familiar, escolar y social. Es necesario que los padres de los niños con déficit de atención se informen acerca de este trastorno, con el fin de comprender las manifestaciones clínicas y adquirir un mejor control en el tratamiento. La manera en que se debe de apoyar en los casos, tanto en casa como en la escuela se encuentran basados en las teorías cognoscitivas del aprendizaje, al promover habilidades en los niños para que se regule la conducta, la planificación y la organización de las actividades, al regular todo aquello que se les dificulte como la frustración y la flexibilidad en la resolución de los distintos problemas acudidos por la escuela.

Es importante la psicoeducación acerca del déficit de atención en los padres, para que se tenga una descripción de todos los procesos intelectuales que se encuentran implicados en las funciones ejecutivas en cual tiene como base a la corteza cerebral; puesto que se encuentra conformado por 6 áreas que son de manera independiente y que se interrelacionan presentadas en edades tempranas al consolidarse durante la adolescencia y la edad adulta; algunos personas sin el trastorno por déficit de atención logran presentar fallas eventuales, por otra parte, los niños que padecen del trastorno de manera distinta experimentan problemas y disfunciones psicosociales, a continuación se presentan algunas áreas.

- Área de activación: los pacientes con déficit de atención aplazan la apertura de las actividades o proyectos, sin importar aquellas que se tienden a considerar importantes se llevan a cabo de último momento, ya que no pueden empezar ni identificar las prioridades a su tiempo, por lo que se afectan los objetivos y la organización de la información; es por ello que las estrategias que se deben de implementar son, enseñar a un niño la utilización de un calendario, para que este sea consciente de una rutina al hacer énfasis en la hora y organización, dividir las tareas extensas en pequeños espacios de tiempo y la selección de las principales actividades para que estas se lleven a cabo, es necesario incorporar actividades de cuidado personal.

- **Área de foco:** es la capacidad para la concentración de la atención y mantenerla en curso al discriminar o filtrar estímulos, lo que para muchos niños se vuelve un reto, ya que existe la presentación de distractores o necesidades fisiológicas, por lo que mantener la atención es todo un reto. Las estrategias a utilizar por parte de los padres son brindar instrucciones claras, contacto visual al hablarle, afirmar que el niño ha comprendido la información antes dada y la realización de las tareas sin distractores como los dispositivos móviles o las mascotas.
- **Área de esfuerzo:** en ella se debe de regular el estado de alerta, mantener el esfuerzo y la manera en procesar la información por lo es necesario implementar estrategias como la programación de un calendario de actividades, división de proyectos en facetas, apoyar al niño en la expresión escrita de ideas o contenidos y la realización de tareas escolares, al partir desde lo más difícil a lo más fácil con la consideración de un tiempo de recreación o descanso como también el establecimiento de una rutina de sueño.
- **Área de emoción:** se refiere al control de las emociones, puesto que los niños con déficit de atención presentan dificultades para el manejo y la expresión a la frustración, habilidades de afrontamiento y el retraso de gratificaciones; las estrategias a utilizar en esta área son la identificación de emociones, no negar la experimentación de emociones negativas, psicoeducación acerca de las emociones negativas que pueden afectar a los demás y las expresiones de agrado o desagrado ante diversas circunstancias.
- **Área de memoria:** hace hincapié en la memoria funcional y la recuperación de la información almacenada. Los niños con déficit de atención tienden a presentar dificultades para recordar eventos o actividades recientes, por otra parte, en el ámbito escolar, los niños tienden a extraviar los útiles escolares, presentan fallas para recordar lo que estudiaron durante las clases en las que asistieron. Las tácticas que se deben de implementar por parte de los padres de familia son brindar pequeñas instrucciones y estrategias de estudio, elaboración de recordatorios gráficos o notas en lugares estratégicos y la implementación de alarmas electrónicas.

1.2.9 Tratamiento de la inatención

Marcía (2012) comenta que la inatención produce un deterioro en la vida del niño como en el entorno familiar, escolar y social al presentar dificultades en el rendimiento escolar y las relaciones interpersonales de riesgo para la aparición de otros trastornos. En la actualidad, existen muchos niños que tienen varias o casi todas las características mencionadas con anterioridad del TDA; sin embargo, los niños o adolescentes que están verdaderamente afectados por un déficit de atención poseen una disfunción cerebral, por lo que hay actualmente más de media docena de fármacos que están experimentados o en vías de desarrollo para el trastorno por déficit de atención. Las intervenciones psicoeducativas tienen como finalidad brindar ayuda, para que el sujeto obtenga un conocimiento sobre el déficit de atención, al permitirle no sólo ser consciente de la interferencia del trastorno en la vida cotidiana, sino también que el mismo sujeto detecte las dificultades y las defina con los propios objetivos terapéuticos.

La intervención psicológica tiene como objetivo reducir los síntomas y prevención de complicaciones, problemas u otros trastornos asociados. El abordaje terapéutico debe de ser individualizado, puesto que centra los objetivos en cada niño en función a las características y a la intensidad de los síntomas que presente o las repercusiones sobre el desarrollo evolutivo del infante, al requerir la implicación de padres y profesores. Se debe de realizar un análisis funcional de cada conducta del problema del niño para integrar toda la información tanto descriptiva como funcional. Los principales objetivos de tratamiento con niños y adolescentes con déficit de atención son estimular la atención sostenida, entrenar las habilidades de planificación y entrenar la memoria de trabajo.

- **Terapia cognitivo conductual:** es un enfoque terapéutico eficaz para disminuir comportamientos que tienden a ser perturbadores para el niño o adolescente con trastorno de déficit de atención. Los aspectos que este aborda es el entrenamiento de auto instrucciones, organización y planificación de objetivos y regulación emocional. Una de las técnicas de la cognitivo conductual más utilizada es la de resolución de problemas, puesto que tiene como finalidad la presentación y práctica de un método con una serie de pasos ya estructurados, al ayudar al paciente a resolver los propios problemas y así tener una mejoría en las competencias sociales como también disminuir el malestar psicológico que éste pueda padecer. Al imaginar

el pasado y el futuro el niño visualizará en la mente el recuerdo de una situación del pasado similar a la que en ese momento debe de enfrentarse. Los profesionales comentan que ayudar al infante hace que este se fije en los estímulos significativos y apropiados de la situación puesto que se brinda información sobre lo que pasa y sobre cómo debe de actuar.

- **Terapia de modificación de la conducta:** basado en condicionamientos, reforzadores y castigos tanto positivos como negativos de las conductas que el infante puede establecer dentro de la escuela o del hogar. Este aborda las normas y límites. Una de las técnicas más utilizadas es la economía de fichas, ya que esta tiene como objetivo fomentar las buenas conductas de reforzamiento positivo al conseguir fichas y disminuir las conductas indeseadas por medio del castigo negativo al perder fichas.
- **Entrenamiento en habilidades sociales:** es una de las otras áreas con la que los niños con déficit de atención presentan dificultades, puesto que no poseen pautas y estrategias de interacción con los demás. En ella se deben de abordar aspectos de comunicación emocional, reglas de sociabilización y habilidades de competencia social.
- **Entrenamiento para padres:** es necesario trabajar con los progenitores del niño o adolescente para identificar las situaciones que generan problemas tanto de aprendizaje como de comportamiento, al analizar las consecuencias positivas y negativas que se establecen con el niño como también enseñar métodos de comunicación para establecer normas de trabajo en equipo entre padre e hijo.

La terapia trabaja con la hipótesis de que el comportamiento de los niños y de los adolescentes se puede modificar al trabajar de manera directa asociaciones adecuadas, la idea es que se realice en función de las consecuencias que se reciben, ya que se pueden manejar las consecuencias de la conducta para aprender. Los niños con déficit de atención que reciben este tipo de terapia obtienen los siguientes efectos positivos tanto de manera personal como con otras personas. También se debe de tener en cuenta la reeducación psicopedagógica, ya que es un refuerzo escolar más personalizado para cada niño el cual se lleva a cabo después del horario escolar día con día y que tiene como objetivo intervenir sobre los efectos negativos del déficit de atención en relación a al

aprendizaje y competencia académica; lo que se busca es trabajar sobre la repercusión negativa de la inatención, en el proceso del aprendizaje escolar.

Tabla Núm. 4
Tratamiento de la inatención

• Aumento y mejora del rendimiento académico.
• Autocontrol de actividades motoras.
• Mejora la interacción social.
• Manipular y mantener la información a corto plazo para la realización de actividades.
• Mejoría en el ambiente de la clase.
• Cambios positivos en la interacción de progenitores e hijos.
• Reducción de estrés familiar.

Fuente: elaboración propia con base en Marciá (2020), p. 120.

Con los temas desarrollados anteriormente se establece que la terapia de juego es un método psicoterapéutico en el que los terapeutas capacitados en este enfoque utilizan técnicas lúdicas para ayudar a los niños o adolescentes a prevenir, resolver o acompañar las diferentes situaciones que les generan un deterioro tanto a nivel físico como psicológico, ya que les brinda un desarrollo óptimo, divertido, creativo y educativo, al promover una buena interacción y comunicación social positiva con el entorno. El déficit de atención por su parte, es un trastorno que se presenta a muy corta edad, el cual se encuentra caracterizado como un patrón persistente de incapacidad para mantener la atención frente a actividades escolares como de la vida cotidiana, no escuchan cuando se les habla de manera directa, a menudo pierden objetos o tiende a olvidar las tareas en un lapso corto de tiempo.

1.2.10 Ayuda para niños escolares con déficit de atención

Pascual (2010) comenta que la primera ayuda escolar la deben de tener los infantes con déficit de atención en la edad preescolar, puesto que debe de existir una eficiente estimulación en el jardín de la infancia o en las clases de párvulos con maestros afectivos, que respeten y sean trabajadores al contribuir al establecimiento de bases sólidas en la disciplina ante cualquier actividad. Por otra parte, el trabajo de los padres en los primeros 5 años es fundamental, por lo que es preciso preparar

a los progenitores para que dispongan de una serie de técnicas prácticas y así mejorar la eficacia en el trabajo que realicen en conjunto con los maestros y los niños. Sin embargo, una de las dificultades que presentan las personas con déficit de atención cuando son adultos, es el cumplimiento con las funciones paternas, al dominar cualquier situación sin atemorizar ni maltratar a los hijos.

La mayor parte de los pacientes con déficit de atención tienden a necesitar de ayuda para la aprobación y seguimiento de los cursos, al ser este más significativo en los niños, de lo que muchos padres y maestros consideran. Esta ayuda la requieren no solo aquellos que se distraen, sino que también los niños que no adquieren de un conocimiento claro de los conceptos y temas en las distintas materias y los que no terminan los deberes cotidianos presentados en cada clase. Es por ello que, en todos los casos, son los catedráticos quienes indicarán las materias en la que tienden a fallar y así mismo, les proporcionarán ayuda precisa para que pueda aprobar los cursos, a menos que, el nivel de conocimiento que presente el alumno sea desastroso y que el paso a un curso superior sea imposible y perjudicial para el infante, lo cual se presenta de manera inusual en el ámbito escolar.

El primer tipo de ayuda por parte de los profesores a los niños con déficit de atención durante la escolaridad es la aceptación del infante tal y como es, al pretender ser tolerantes con él, puesto que los maestros al ser mayores o demasiado jóvenes, no poseen la paciencia necesaria, ya que tienden a preocuparse más de la cuenta por problemas puntuales o bien por vocación pedagógica; es por ello que muchos padres tendrán a escuchar comentarios pocos favorables sobre los hijos, acerca de facetas que ellos tienden a conocer pero que muy pocas veces las padecen. Muchos maestros conocen por experiencia, que cada alumno precisa de un libro determinado el cual es escrito de manera mental por el catedrático para llevarlo y posicionarlo en condiciones favorables y desfavorables en cada momento y situación presentada.

Un cierto número de profesores y profesoras se contradicen al asumir responsabilidades, ya que de manera constante se encuentran en un estado de queja, al argumentar que no se encuentran capacitados para educar y enseñar, porque nadie los ha formado en el campo; por lo que es necesario tener en cuenta que se trata de los malos profesionales, quienes intentan eludir lo que es

evidente. Dentro de la sociedad se aceptan los actos sin medir consecuencia alguna que afecta la integridad y el desenvolvimiento escolar de cada estudiante. En edades tempranas, es común encontrar manifestaciones de signos de dislexia o deficiencias en el aprendizaje, por lo que muchos niños tienden a tomar clases particulares o específicas; es necesario tener en cuenta que, un escolar con estas clases de apoyo atienda más o menos de manera ininterrumpida todos los periodos de cada clase en un tiempo habitual; los problemas escolares de las niñas y niños con edades tempranas, se presentan de la misma manera como la dificultad de aprender, la necesidad de apoyo y las limitaciones de aprendizaje en más de una lengua.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Dentro de la psicología se abordan múltiples temas que están relacionados con lo emocional, lo físico y lo comportamental de cada individuo. El presente estudio es importante puesto que se desea indagar sobre la influencia que tiene la terapia de juego en los niños que podrían ser inatentos y las repercusiones que tendría en áreas en las que ellos se desenvuelven, tanto en lo familiar, lo social, lo educativo y ante todo a nivel personal, al crear barreras que no los deje formarse de la manera correcta; lo que podría excluirlos y no tolerarlos mientras los niños tienen comportamientos ajenos a lo que se ha establecido tanto a nivel mundial como de sociedad guatemalteca.

La terapia de juego es un enfoque terapéutico en el que se trabaja con infantes, quienes por medio del juego tienden a recrearse de una manera significativa al englobar una serie de métodos y técnicas lúdicas que tienen como objetivo que el niño encuentre múltiples oportunidades para la expresión y autocontrol de sus emociones, el nivel de conciencia, el reconocimiento de sus propios recursos y potencialidades. Así mismo, el acompañamiento de un profesional experto en la salud mental es fundamental, puesto que es necesario que se aborden diferentes modelos de trabajo terapéutico que le permita al niño una relación cordial, empática y afectuosa con el fin de proporcionar al infante la confianza necesaria para la superación de posibles situaciones que puedan presentar.

El déficit de atención es un trastorno que podría afectar a millones de niños sin importar el sexo y que a menudo continúa en la edad adulta, al tener dificultades con la inatención y la concentración, las relaciones problemáticas y el bajo rendimiento escolar, como el comportamiento hiperactivo impulsivo. Los síntomas podrían presentarse desde los 3 hasta los 12 años de edad, al manifestarse con más frecuencia en los hombres que en las mujeres, como también los comportamientos pueden ser diferentes en los niños y niñas.

Palacios (2011) en el artículo titulado Conocimientos, creencias y actitudes en padres mexicanos acerca del trastorno por déficit de atención con hiperactividad comenta que, la prevalencia del TDAH en México es de 3 a 5% de los niños en edad escolar, ya que hay aproximadamente 33 millones de niños y adolescentes, de los cuales 1.5 millones podrían ser diagnosticados con

trastorno por déficit de atención e hiperactividad, así mismo hace énfasis en el impacto social por el que atraviesan los niños, asociados a síntomas como baja tolerancia a la frustración, crisis explosivas, cambios emocionales y rechazo hacia su entorno.

Tanto a nivel internacional como nacional, no se puede estar alejado de las diferentes situaciones con las que la salud mental se enfrenta día con día, al constatar diferentes situaciones que no solo afectan a su desarrollo físico, sino que también existe una deficiencia, lo cual les genera diferentes disfunciones para un desenvolvimiento estable. En el presente estudio se realizará un análisis de la información recolectada con lo que se podrá llegar a conclusiones importantes; dentro de ella surge la siguiente interrogante ¿Cuáles son según la bibliografía científica, las técnicas de terapia de juego en niños de nivel primario con déficit de atención?

2.1 Objetivos

2.1.1 General

Documentar según la bibliografía científica las técnicas de terapia de juego en niños de nivel primario con déficit de atención.

2.1.2 Específicos

- Analizar las causas principales del déficit de atención en niños de nivel primario con déficit de atención.
- Identificar los síntomas del déficit de atención en niños de nivel primario según bibliografía científica.
- Interpretar los elementos más utilizados de terapia de juego en niños de nivel primario con déficit de atención según bibliografía científica.

2.2 Variables o elementos de estudio

- Terapia de juego
- Déficit de atención

2.3 Definición de variables

Terapia de juego

Schaefer (2012) define a la terapia de juego, como un enfoque terapéutico de actividades lúdicas que se utilizan entre terapeutas capacitados e infantes para que se establezca de manera inconsciente conflictos o situaciones que se generan en los niños a lo largo de la vida cotidiana, al dar una resolución en los problemas por medio actividades recreativas que le ayudan a la superación de manera consciente, y sin que sea confrontativa para que no se afecte o revictimice en caso de existir un trauma. La terapia de juego es de gran beneficio, ya que es entretenida, educativa y creativa, al integrar las interacciones y la comunicación social positiva entre el niño y el terapeuta.

Déficit de atención

APA (2014) en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V define al déficit de atención, como un trastorno de patrón consistente de falta de atención que causa un malestar significativo e interfiere con las actividades cotidianas o el crecimiento y desarrollo de un individuo; el déficit de inatención se caracteriza por seis o más síntomas entre los cuales destacan el descuido de las tareas en lo educativo, laboral y otras actividades que se rigen en el día a día. Presentan dificultades para mantener la atención; también parecen no escuchar cuando se les habla directamente. No siguen instrucciones, se les complica realizar tareas y actividades, evita o les disgusta iniciar tareas que requieren esfuerzo mental prolongado, olvida donde deja las cosas, se distrae con facilidad por estímulos externos y suelen no recordar actividades cotidianas.

2.4 Alcances y límites

La investigación se realizó a través de la búsqueda de literatura científica, en la que se argumenta diversos estudios en cuanto a la terapia de juego y el déficit de atención en niños de nivel primario, puesto que, se adquirieron documentos precisos y verídicos por medio de libros y páginas científicas, al lograr documentar según bibliografía científica las técnicas de terapia de juego en niños con déficit de atención. El estudio se realizó en un periodo de tiempo que comprende el periodo de tiempo del año en curso y en la cual se llevó a cabo la recolección de bibliografía científica de terapia de juego y déficit de atención en niños de nivel primario con una temporalidad de 10 años (2010 al 2020).

2.5 Aporte

En Guatemala, tanto a nivel nacional como departamental, se establece un alto porcentaje de escolares pertenecientes al nivel primario, que padecen de inatención como otros trastornos del neurodesarrollo a nivel latinoamericano, puesto que la investigación es de suma importancia tanto a centros educativos como cualquier estudiante o persona que desee indagar en el tema. El estudio aportará herramientas de conocimiento en función a la terapia de juego y el déficit de atención, ya que son temas que guardan relación a los niños escolares. Para la Universidad Rafael Landívar, la facultad de Humanidades y la carrera de Psicología Clínica, brindará a futuras investigaciones un mayor aprendizaje al dar un enfoque lúdico que es útil en niños con inatención.

III. MATERIAL Y MÉTODO

3.1 Sujetos

Para llevar a cabo la presente investigación, se utilizó bibliografía científica la cual va enfocada a los temas de terapia de juego y déficit de atención, con un grupo de 27 niños de nivel primario, entre las edades de 7 a 12 años de sexo femenino y masculino, con procedencia de varios países de latinoamericanos y con diferentes credos y posición socioeconómica.

3.2 Procedimiento

- Elaboración de sumarios: se elaboraron dos sumarios con interés para el investigador.
- Aprobación: de los dos sumarios que fueron presentados ante coordinación, los revisores analizaron y los mezclaron para finalmente obtener el tema de investigación; por lo que se realiza un perfil de investigación.
- Investigación de antecedentes: al obtener un tema de investigación se procede a la búsqueda de fuentes de información tales como tesis, revistas, blogs y estudios científicos que brindarán un mayor soporte de información a la investigación.
- Elaboración del índice: en la investigación es necesaria una estructura para llevarse a cabo, por lo que se acudió a la lectura e investigación de diversos temas y así seleccionar los que fueran de importancia para las dos variables de estudio.
- Realización del marco teórico: al tener los subtemas seleccionados para cada variable, se procedió a leer libros no mayores de 10 años de su edición los cuales servirán para sustentar y fundamentar la investigación.
- Planteamiento del problema: es estructurado a raíz de las causas y los factores que tienen incidencia en la problemática para llevar a cabo la investigación.
- Elaboración de material y método: determinación de estructura y diseño de investigación monográfico, temporalidad y documentos.
- Búsqueda y recopilación: nuevas investigaciones para la fundamentación de objetivos.
- Análisis de resultados: elaboración de rutas de investigación.
- Discusión: síntesis en función de la búsqueda y resultado de la teoría de antecedentes marco teórico.
- Conclusiones: elaboradas en base a los objetivos de investigación.

- Referencias bibliográficas: se presentan las fuentes de información que fundamentan y sustentan la investigación con base a la normativa apa.
- Elaboración del resumen: síntesis del contenido de investigación en base a los resultados.

3.3 Tipo de investigación, diseño y metodología

Borda (2013) define al tipo de estudio exploratorio como el primer nivel de conocimiento científico, el cual se emplea cuando no se tiene una amplia comprensión sobre el comportamiento de estudio. El objetivo principal es la formulación de un problema el cual posibilite una investigación más específica o bien, en el desarrollo de una hipótesis; entre otras funciones se establecen el aumentar el conocimiento del investigador, la aclaración de conceptos y el establecimiento de preferencias ante algunas investigaciones. En el estudio, la definición del carácter exploratorio del estudio dependerá de la documentación que se tenga por parte de otros investigadores acerca del problema planteado, por lo que es necesario que en el diseño se indiquen las razones por las que es estudio es formulativo o exploratorio.

Fernández (2020) define al diseño de revisión sistemática como aquella investigación que es reproducible y que tiene como finalidad el identificar, evaluar y resumir todos los hallazgos de todos los estudios de cualidades, relevancia e individualismo que se realiza sobre un tema específico y ordenado. Es en este tipo de investigación es necesario que las personas quienes serán las encargadas de la revisión del tema y el método, tengan experiencia o conocimiento del tema a indagar. En la revisión sistemática, el investigador no especifica el proceso seguido en cuanto a lo reunido de información, sino que busca responder en profundidad a todas aquellas cuestiones clínicas de manera concreta y específica.

Achaerandio (2010) define al enfoque cualitativo como aquel que se diferencia en distintos aspectos del cuantitativo, desde que no pretende establecer vínculos o relaciones entre las variables como tampoco realiza mediciones de manera estricta tanto de los participantes y fenómenos que se puedan establecer durante el estudio. La realidad que se tiende a estudiar en el enfoque cualitativo es menos absoluta pero si más relativa e interpretada, puesto que todo cambia según se recolecta y analiza la información, por lo que el planteamiento del problema es abierto y flexible, los antecedentes y la revisión de la literatura son relevantes y no se trabaja una muestra de población

sino que son sujetos o casos individuales según la orientación del estudio; en algunas ocasiones es el investigador quién se involucra de manera personal, puesto que se integran experiencias propias.

- Temporalidad de ejecución

El estudio se realizó en un periodo de tiempo que comprende el año en curso y en el cual se llevó a cabo la recolección de bibliografía científica de terapia de juego y déficit de atención en niños de nivel primario con una temporalidad de 10 años (2010 al 2020).

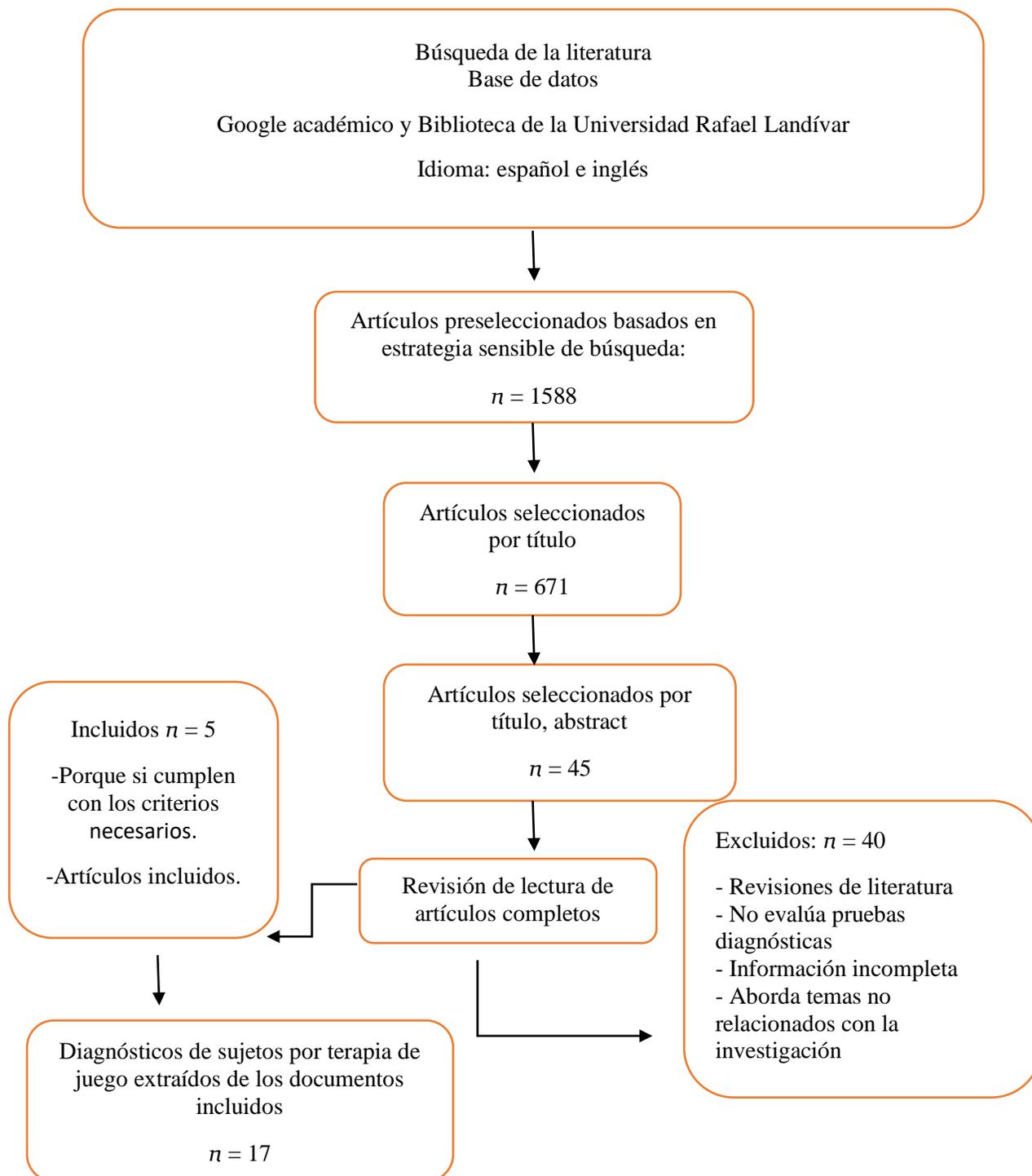
- Documentos

Para la realización de la presente investigación se utilizaron tesis, artículos tanto nacionales como internacionales, libros físicos y digitales, todos con características de ser científicos, los cuales responden a los objetivos de la investigación que es presentada.

IV. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Esquema núm. 1

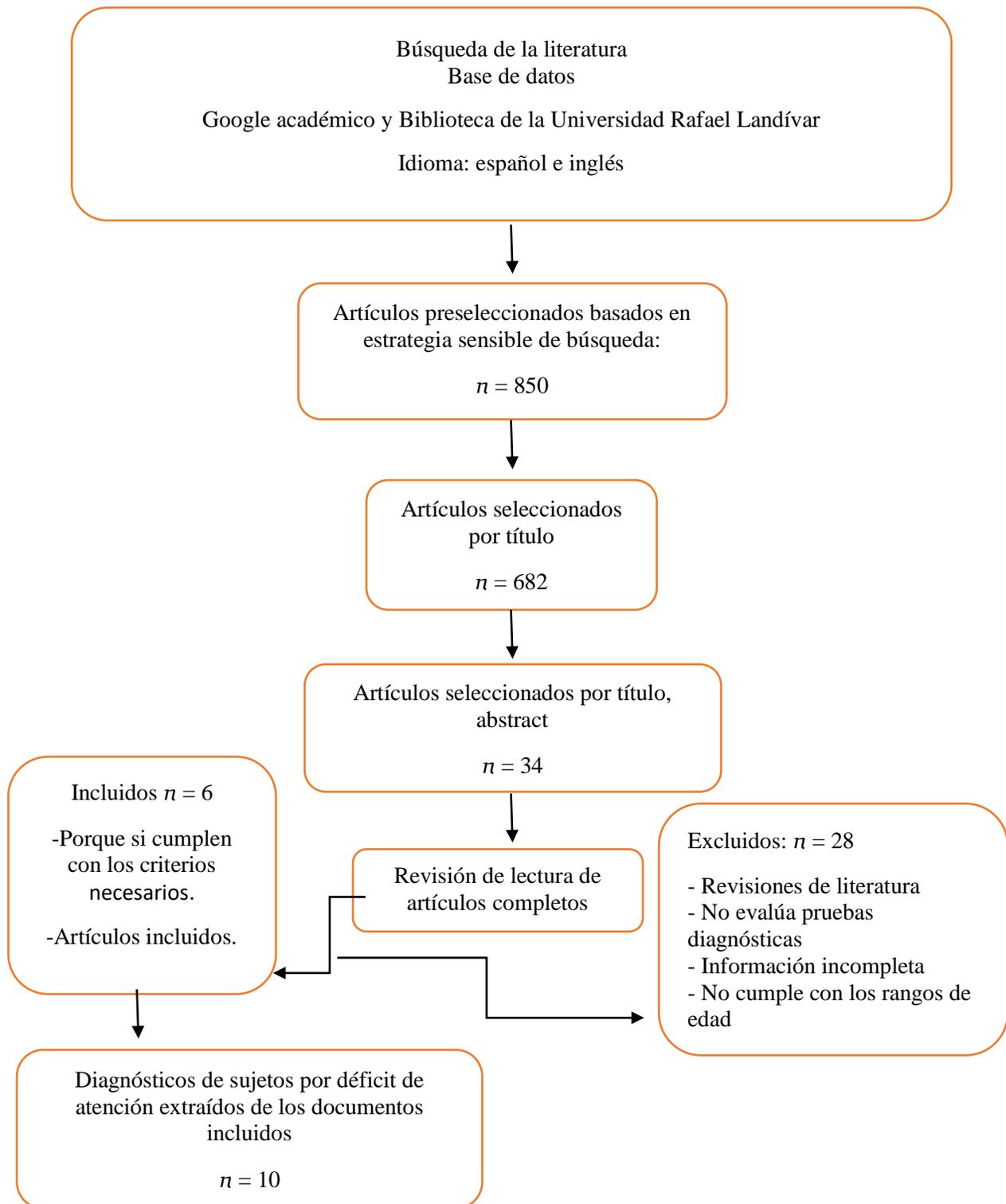
Ruta de investigación de los documentos



Fuente: elaboración propia 2020.

Esquema núm. 2

Ruta de investigación de los documentos



Fuente: elaboración propia 2020.

V. DISCUSIÓN

El juego es una de las principales actividades a través de las que el niño tiende a desarrollar parte de la vida, al expresar de manera libre y espontánea, sentimientos, emociones y conductas, donde crea un contexto en el que el niño inatento puede aprender con mayor facilidad nuevos conocimientos y el cumplimiento de tareas ya sean a corto, mediano y largo plazo.

Axline (2012) define a la terapia de juego como un medio natural de autoexpresión que utiliza el niño para expresar sentimientos y problemas por medio del juego de manera directa o indirecta, puesto que en cada infante existe una fuerza que ofrece un esfuerzo por alcanzar la plena autorrealización, al describirse como un impulso hacia la madurez, la independencia y la autodirección. El niño necesita darse el permiso para ser él ante cualquier evento, lo cual está determinado no solo por parte de sí mismo como de los demás. Existen diferentes mecanismos de defensa que tienen como característica la desadaptación tales como la identificación, regresión, proyección y la represión.

Ruiz (2011) define la inatención como la falla en atender de manera apropiada a los detalles, la dificultad para mantener la atención por un tiempo esperado y cometer errores por descuido, todo ello al estar ausente o ensimismado. Los infantes con inatención pasan de manera continua de una actividad a otra sin haber finalizado la anterior, puesto que tienden a distraerse ante cualquier estímulo, a veces producidos hasta por ellos mismos. Los niños con el déficit de atención tienden a presentar un aspecto físico descuidado, tienen la ropa sucia o se despeinan con facilidad, pierden objetos personales y la mayor parte lo olvidan todo.

La investigación tiene como objetivo principal documentar según la bibliografía científica las técnicas de terapia de juego en niños con déficit de atención, es por ello que a continuación se presentan los distintos criterios por parte de los siguientes autores que fundamentan la investigación.

Capurro (2017) explica que, en la terapia de juego, es el terapeuta quien acompaña al niño inatento de forma directiva y no directiva, tras depender de las necesidades de cada uno; se visualiza que es

necesario el establecimiento del rapport y una formación especializada en cuanto a las técnicas sin realizar una crítica o juicio durante el proceso terapéutico, de ahí deriva la propuesta de las siguientes técnicas: técnicas de arteterapia, las cuales tienen como enfoque la integración de elementos como los plumones, las témperas, plastilinas o arcilla que el infante puede adaptar en el diario vivir por medio de la creatividad; técnica de las máscaras, el objetivo es reflejar la percepción de uno mismo, a partir desde la perspectiva de sí mismo y la de los demás, por elementos que evidencian al niño en el sentir, aunque intente ocultarlo; la técnica de la carta de emociones busca expresar todas aquellas emociones y sentimientos que suelen ser básicos en el mundo afectivo como conductual; las técnicas narrativas, tienen como fin contar historias de vida, del mundo o fantasías por parte de la expresión del niño ante creencias o valores que son parte del marco conceptual de cada infante; técnicas de los cuentos, es una de las técnicas directivas que son acompañadas por música u obras de teatro para la exploraciones de emociones que se desarrollan por medio de la lectura.

Oconnor (2017) comenta que otras de las técnicas esenciales en el proceso terapéutico con los niños con déficit de atención es el juego con arena, puesto que busca de manera expresiva y proyectiva el procesamiento de asuntos intrapersonales e interpersonales al utilizar elementos específicos como un medio de comunicación no verbal, el cual es plasmado por el niño, pero facilitado por el terapeuta con experiencia; técnicas de las metáforas o historias tienen como finalidad vincular al niño con su mundo interno, este brinda un sentido y un descubrimiento de soluciones ante los problemas que se pueden suscitar, puede ser empleada por medio de fábulas o leyendas; las técnicas de modalidades expresivas, tienen como objetivo la comprensión interna del niño a través de la búsqueda de significados por medio de la integración de sonidos, sabores, imágenes y texturas durante el proceso terapéutico como los son el arte, la danza y la música; la técnica del drama, busca por medio del juego dramático escenas imaginativas, interactivas y de cambio de roles, para que el niño sea capaz de comunicar experiencias internas al afrontar y mejorar las habilidades sociales; las técnicas de juego de mesa van definidas en cuanto al tipo de reglas y objetos que conforman a cada niño, al permitir la revelación de una dinámica inconsciente con el fin de sanar y cubrir necesidades específicas.

Salvador (2017) comenta las técnicas que pueden promover algunas situaciones de autosuficiencia en el niño inatento y que así pueda llevar a cabo tareas o cualquier otra actividad que se le presente es la técnica de auto instrucciones, la cual tiene como objetivo potenciar cambios comportamentales a través de la modificación de verbalizaciones o pensamientos ante situaciones como la resolución de problemas tanto escolares como del hogar o bien de problemas emocionales; la técnica de la autoobservación busca la propia observación por parte del alumno acerca de las conductas de manera consciente, al evaluarse por sí mismo y realizar un cambio en el comportamiento y las técnicas de entrenamiento de habilidades sociales, las cuales tienen como finalidad el reconocimiento de las emociones que la otra persona puede sentir, ahí se busca que los niños actúen en consecuencia a cada situación, puesto que los infantes con déficit de atención no poseen una vida social y satisfactoria.

Figuroa (2013) argumenta que las técnicas de terapia de juego son diversas para aplicar en niños con déficit de atención, donde propone algunas como la técnica del arte, que es un medio terapéutico donde el infante puede crear y expresar escenarios tanto escolares como familiares y las distintas repercusiones que tienen un el diario vivir en la proyección de ideas, sentimientos, problemas y preocupaciones; la técnica de hablar, sentir y hacer, tiene como finalidad la vinculación del pensamiento y la conducta a raíz de las preguntas y las instrucciones que se puede presentar en el ámbito escolar y que imposibilitan el cumplimiento de tareas o actividades en un tiempo determinado.

En cuanto a los hallazgos encontrados en la literatura, se confirma el objetivo general que se refiere a las técnicas de terapia de juego utilizadas en los niños con déficit de atención, las cuales son indispensables para el aprendizaje de cada uno, al ser herramientas que estimulan la formación de conocimientos por medio de actividades placenteras y creativas en las que se busca guiar al niño a través de actividades que enriquezcan el desarrollo integral, en áreas como cognitivas, socioemocionales, sensoriales y de comunicación en el ámbito escolar. Las técnicas de terapia de juego representan la oportunidad para adentrarse en el mundo del conocimiento, al conseguir la atención del niño por medio de actividades recreativas, las cuales tienen un fin determinado, Capurro (2017) explica que la técnica del arteterapia busca integrar elementos en los cuales el niño

expresa de manera creativa y sin límite algunas situaciones, las cuales determinarán la obtención de logros y recompensas agradables con un conocimiento significativo sin ser conscientes de ello.

Por otra parte, Figueroa (2013) argumenta que las técnicas de la terapia de juego deben de entrenar a cada niño en cuanto a las habilidades sociales, puesto que, es necesario que cada infante reconozca y comprenda cada una de las emociones acerca de las demás personas, lo que permitirá que sean empáticos en relación a los distintos individuos y que también encuentren una mejor adaptación en los distintos entornos en los que se vayan a desenvolver como puede ser en la familia, escuela o con los amigos y así lograr una confianza en sí mismo. Por lo que se concluye que, es importante que cada terapeuta quien se vaya a desarrollar en el campo lúdico conozca y tenga una experiencia que avale el trabajo de cada una de estas técnicas, porque sin importar la corta edad de los niños, es necesario que cada segmento y representación por medio del juego sea respetada durante el proceso terapéutico.

Se puede deducir que, para los autores previamente citados, la prevención y el diagnóstico es importante, puesto que así se puede evitar la generación de patologías, las cuales pueden causar mayores dificultades en cada niño en cuanto al área escolar, al ser afectados por factores tanto internos como externos, por lo que es indispensable para este estudio establecer los siguientes objetivos específicos; el primer objetivo trazado en esta investigación busca analizar las causas principales del déficit de atención en niños según bibliografía científica utilizada,

Valdés (2015) argumenta que desconoce las causas de manera directa o inmediata acerca del déficit de atención en niños al no establecerse una evidencia definitiva por medio de las técnicas en imágenes o genética. Los escolares que presentan el trastorno cometen errores por descuidos en tareas o trabajos escolares, puesto que cada uno de los síntomas son secundarios a una respuesta de interacción entre factores de origen biológico, psicosociales y neuroquímicos; los factores genéticos poseen un origen hereditario, es por ello que un 80% de los niños lo presentan al ser heredado por parte de un progenitor; los factores neuroquímicos son disfunciones cognitivas, las cuales se encuentran relacionadas a fallas que son presentadas en los circuitos del córtex prefrontal, ganglios basales y conexiones fronto estriadas, las cuales provocan anomalías en el sistema ejecutivo; factores psicosociales, son elementos externos los cuales contribuyen en la

determinación del trastorno durante la etapa de gestación o del nacimiento del niño, así como el estrés o la ansiedad.

Portela (2016) argumenta que, las causas del déficit de atención en la base etiopatogénica son alteraciones en los neurotransmisores como también en la función selectiva de la formación reticular. Dentro de las causas se establecen los siguientes factores, factor de origen hereditario se ha verificado que no hay una transmisión familiar, sino que los factores hereditarios representan un 80% de casos, aplicado en un 25 a 40% en gemelos dicigóticos y un 80% en gemelos monocigóticos; factores biológicos en los periodos prenatal, perinatal y posnatal como la exposición al alcohol, nicotina y algunos fármacos como también los elevados niveles de la hormona tiroidea, la desnutrición, administración de sedantes durante el parto o traumatismos que afectan la corteza prefrontal; factores neurofisiológicos como las alteraciones en la actividad cerebral en el flujo sanguíneo del lóbulo frontal y afecciones en los ganglios basales; factores psicosociales o ambientales algunas causas como la posición económica baja, estrés en la familia, alcoholismo y mala alimentación, y finalmente, los factores neuroquímicos y neuroanatómicos al establecer una pérdida del 5% del volumen cerebral en los niños como también una baja en la acción reguladora de dopamina, norepinefrina y la corteza prefrontal.

Arroyo y Alsina (2014) comentan que las causas son multifactoriales, al combinar factores genéticos, ambientales y de protección dentro del déficit de atención. Los factores genéticos poseen una herencia de un 80% al origen del trastorno, puesto que se encuentran asociados con frecuencia en el transporte y la recepción de la dopamina y la serotonina como también a una herencia poligénica; los factores ambientales oscilan entre el 9 y 20%, relacionados con las complicaciones prenatales y perinatales, un bajo peso en el nacimiento, lesión cerebral o exposiciones antes del nacimiento al alcohol, nicotina o ciertos niveles de plomo y los factores de protección, al ser relacionados a la calidad de relaciones familiares o las prácticas escolares. Cuando el trastorno por déficit de atención es diagnosticado en la infancia, por lo que persistirá durante la adolescencia y la edad adulta con porcentajes del 8 al 85% de los casos.

Rodríguez (2010) argumenta que son distintas las causas del déficit de atención que se presentan en los niños, los factores genéticos hacen referencia a una consistencia alta de dopamina tanto en

el gen transportador como receptor, en gemelos univitelinos, la variabilidad de los síntomas es de un 75%; en los factores bioquímicos se establecen alteraciones en la vía noradrenérgica, la cual se encuentra relacionada con el sistema atencional posterior y la vía dopaminérgica del sistema de atención sostenida, como los niveles bajos de ácidos grasos omega 3 y 6; factores neuroanatómicos relacionados con las modificaciones de patrones de asimetría cerebral; al ser el hemisferio derecho de la región frontal, menor que el izquierdo como también una reducción del cuerpo caloso y del cerebelo; factores biológicos del ambiente como el bajo peso en el nacimiento, exposición al plomo, traumatismo craneal, consumo de heroína y tabaquismo durante el proceso materno; los factores psicosociales, se encuentran relacionados con la privación social, al desencadenar comportamientos con alteraciones en la familia, a tal grado que los padres del niño no reconozcan el trastorno en su hijo y por tanto, no busquen ayuda.

A raíz de la información recabada, se constata que son diversas las causas que afectan a los niños con déficit de atención, al verse influenciados por factores tanto internos como externos. A continuación, se detallan las principales causas: los factores genéticos se encuentran relacionados a un origen hereditario, Valdés (2015) explica que un 80% de niños lo presentan, al estar vinculado con el progenitor o algún otro pariente; los factores ambientales son externos y se encuentran determinados por situaciones presentadas durante el nacimiento del bebé, al estar relacionados con sustancias como el alcohol, la nicotina o un bajo peso al nacer, es por ello que Arroyo y Alsina (2014) difieren que los factores tienen una prevalencia en los niños entre el 9 y 20%, al relacionarse con lesiones craneales o niveles altos de plomo; los factores neuroquímicos y neuroanatómicos según Portela (2016) se encuentran determinados por la pérdida en el volumen cerebral, dopamina, norepinefrina, corteza prefrontal, cuerpo caloso y el cerebelo, así como también fallas en los ganglios basales y conexiones fronto estriadas.

En relación a lo anterior se concluye que, el déficit de atención presenta alteraciones en el desarrollo al ser determinados por varios factores, uno de ellos es la predisposición genética, puesto que existen cientos de publicaciones que avalan este factor; en este sentido se afirman los resultados encontrados por Portela (2016) al sostener que son presentados en los niños en un 80%, tras ser de origen hereditario por parte de los padres, hermanos o tíos. Así mismo, Arroyo y Alsina (2020)

señalan que con frecuencia el factor genético guarda cierta relación con el transporte y la recepción de la dopamina y la serotonina en los diferentes circuitos neuronales.

Por otra parte, una de las principales causas es el factor ambiental, tras ser presentado de manera externa en cada niño, secundario a las distintas relaciones y elementos con los que se encuentra expuesto día con día, es por ello que, Rodríguez (2010) expone el bajo peso en el nacimiento, la exposición del niño al plomo, un posible traumatismo craneal como también el consumo de heroína, alcohol y tabaquismo durante el proceso materno, lo que puede determinar en el niño la presencia de enfermedades crónicas, fracaso escolar, mayor incidencia de accidentes y un posible aumento de agresividad; todo ello tras verse incomprendidos por el contexto que los rodea.

En la actualidad, son varios los síntomas presentados en la psicopatología del déficit de atención durante la etapa escolar, por lo que son pocos los que logran hacer una diferenciación en cuanto a la inatención, ya sea por parte de algún catedrático o familiar de cada infante. Puesto que, el segundo objetivo específico de la presente investigación, busca identificar los síntomas del déficit de atención en niños, según bibliografía científica utilizada, por lo que se exponen a los siguientes autores.

Valdés (2015) comenta que el déficit de atención es un mecanismo central de capacidad limitada que controla y orienta la actividad consciente del organismo a un objetivo específico, al presentarse al inicio de la etapa escolar en las actividades cognitivas complejas y que en ocasiones persiste durante la adolescencia y la edad adulta al afectar la calidad de vida. El déficit de atención tiende a presentarse con intensidad variable en cada niño, pero uno de los rasgos más significativos es la falta de atención los cuales interfieren en el trabajo escolar y el aprendizaje, lo que ocasiona desordenes, errores, poca atención a los detalles, evitan esfuerzos mentales y poca organización en tareas o actividades asignadas como también un bajo rendimiento en el área educativa, puesto que presentan dificultades con la lectura comprensiva y las matemáticas. A los escolares con déficit de atención en cuanto a las dificultades sociales, tienden a presentar cambios frecuentes de conversación, dificultad para seguir normas y pasan desapercibidos los detalles en actividades.

Río (2014) argumenta que las manifestaciones clínicas del déficit de atención son múltiples y que tienen una variación en cada niño; la inatención es la dificultad para concentrarse y mantener las tareas las cuales se encuentran relacionadas con dificultades académicas o del trabajo. Otros de los síntomas que se presentan es la dificultad para la realización de tareas al estar expuestos en ambientes con la presencia de múltiples estímulos lo que pueden generar la distracción del niño, olvidan los objetos de manera cotidiana y tienden a presentar problemas para la organización como también dificultad en la gestión del tiempo. Los niños con inatención son considerados como vagos por parte de los maestros tras no ser capaces de finalizar con tareas que en la percepción de ellos son aburridas o tediosas, puesto que no tienen la capacidad de discriminar los estímulos que se encuentran alrededor, al presentarse como un problema de desorganización y mantenimiento ante cada meta inmediata.

Sibón (2010), explica que la conducta inatenta radica en el déficit cognitivo o la falta de motivación por parte de cada niño en la realización de tareas, por lo que es necesario contemplar que los niños se desmotiven con facilidad porque tienden a realizar un mayor esfuerzo, ya que, para muchos de ellos los esfuerzos se encuentran por encima de las posibilidades. La atención suele estar incongruente y alterada ante cualquier estímulo, tras no ser capaz de establecer de manera adecuada prioridades en las distintas actividades; algunos de los síntomas que se presentan en los infantes son, la no finalización y el poco esfuerzo de tareas, descuida las actividades, no escucha cuando se le habla de forma directa, se le dificultad la organización, extravía objetos y a menudo comete errores.

Tchang (2020) comenta que el déficit de atención es una alteración en el desarrollo cerebral, el cual tiene un origen neurobiológico y un inicio en la infancia, por lo que hay una serie de síntomas los cuales son recopilados por la familia o profesores; entre ellos se encuentran la falta de atención a los detalles, al marcar mal las respuestas de los exámenes o al invalidar respuestas; no logra mantener la atención en explicaciones; no escucha cuando se le habla por lo que es el típico niño que vive en las nubes; no sigue instrucciones al dejar partes de los exámenes sin darse cuenta, no organiza los trabajos, y siempre le falta tiempo al no distribuirlo correctamente; olvida tareas rutinarias, muchas veces no sabe si ya se ha lavado los dientes, o no anota las tareas en la agenda,

pierde cosas que son necesarias, como por ejemplo olvidar los libros que utilizará en el colegio y evita que se le vea entusiasmado con tareas que requieran un mayor esfuerzo.

En cuanto a los resultados de literatura presentados, se determina que los trastornos del neurodesarrollo tienden a comprender un número significativo de síntomas, los cuales son presentados en las primeras etapas de vida y que tienen la capacidad de desarrollarse en el transcurso del desarrollo cognitivo de cada niño; es por ello que se logran identificar los síntomas del déficit de atención en niños, por lo tanto, Sibón (2010) y Valdés (2015) destacan algunos de los síntomas como la poca atención a los detalles, la evitación a esfuerzos mentales, la poca organización en tareas, el descuido en cuanto a determinadas actividades y el no escuchar cuando se le habla de forma directa.

Los niños con síntomas de déficit de atención, muy constantemente dan la impresión de estar en las nubes, puesto que la mayor parte del tiempo se le dificulta el poder concentrar la atención, así pues, se acepta el argumento de Tchang (2020) quien manifiesta que la mayor parte de sintomatología es determinada en los infantes inatentos por un problema neurológico, tras presentar dificultad para mantener la atención hacia procesos de corto, mediano o largo plazo. Los trastornos del déficit de atención son psicopatologías del neurodesarrollo los cuales tienen una mayor prevalencia en el género masculino, al ser manifestados con discapacidades de aprendizaje y con no llevar a cabo las actividades. A razón de lo anterior, es necesario identificar los síntomas que cada niño puede presentar, puesto que, la detección precoz y el diagnóstico correcto de la inatención son determinantes para que el niño mejore tanto a nivel personal como interpersonal en ámbitos escolares o familiares; es por ello que, es necesario que las personas que se encuentren a cargo de los niños conozcan del problema, mejoren los hábitos y controlen cada uno de los síntomas que se puedan presentar a lo largo del día y así brindar técnicas o tratamientos que llevarán a un plan de mejora.

Por otro lado, el juego es una actividad espontánea en los niños, la cual se espera con ansias tras ser un interés esencial de diversión, desarrollo y aprendizaje, al entrar en contacto con sus iguales en determinadas áreas; el enfoque lúdico es indispensable ya que forma parte esencial del niño al permitir que éste aprenda y se comuniqué, es por ello que, se presenta el tercer objetivo específico,

en el que se busca interpretar los elementos más utilizados de terapia de juego en niños con déficit de atención según bibliografía científica utilizada.

Landreth (2018) explica que en cada niño se presenta un mundo lleno de experiencias, las cuales tienden a cambiar en un momento determinado, al ser el niño el centro de atención; es por ello que, la técnica de juego es un enfoque terapéutico que puede utilizarse en los inicios de la edad escolar, tras realizar un reconocimiento de aquellas defensas, dificultades o fortalezas que el niño va a representar por medio de cada elemento dentro del proceso terapéutico, todo ello, al plasmarlo por medio de la terapia de juego no directiva, puesto que, tiene como finalidad que el terapeuta de permiso que el niño pueda recrear y utilizar los recursos sin limitación alguna, cada uno de los elementos que lo llevará a proyectar de manera inconsciente los problemas o situaciones; algunos elementos que se establecen son los muñecos, al ser representaciones inconscientes de roles y relaciones que el niño presenta en cuanto al contexto en el que se relaciona al integrarlos durante una técnica, los títeres representan el juego simbólico y la inhibición del niño, los juegos de mesa sirven para evaluar una posición o integración del infante en las distintas relaciones en las que se desenvuelve y la expresión corporal, se encuentra vinculada con la comunicación no verbal que el niño establecerá en el proceso psicoterapéutico, la cual será parte fundamental para el terapeuta.

La terapia de juego es beneficiosa para cada niño, puesto que integra y construye los conocimientos por medio del juego, al ser una actividad que se convierte en placentera y en la cual se integra la mayor parte de recursos o elementos ante ciertas aptitudes, habilidades o capacidades que le permitan el desarrollo de las distintas situaciones que le afectan al infante; Augusta (2013) comenta que la clínica debe de estar adaptada a las necesidades del escolar, por lo que se deben de cuidar elementos como el sonido en la sala, la iluminación, la temperatura como también el servicio sanitario; los pisos deben de estar protegidos o cubiertos por un material con buena resistencia y con un uso fácil de limpiar; en lo que se refiere a materiales de juego se necesita una familia de muñecos, una casa amueblada, soldados de juguete, ollas, cucharas, cocina, mesa, sillas, muñecos de trapo, títeres, tizas de colores, plastilina, pinturas de dedo, juego de palas, medios de transporte, animales, fotografías y caja de arena.

Dentro de la terapia de juego, se debe de tener en cuenta que cualquier forma de interacción psicoterapéutica con el niño escolar debe de estar relacionada con el nivel de desarrollo afectivo y cognitivo, por lo que la utilización de elementos o materiales es fundamental, los cuales van a variar según el sexo, la edad y la ideología de cada niño. Es por ello que De León (2011) explica que es importante el principio de economía, la cual es determinada por el involucramiento del niño ante los elementos a la disposición; los materiales deberán inducir a esa consciencia ante el terapeuta dentro del espacio terapéutico, entre ellos se pueden incluir, papel para dibujar, recortar o colorear, marcadores, crayones, plastilina, cubos para construir, juegos de mesa como el ajedrez, vaqueros, pelotas, carros, aviones, barcos, muebles o muñecas.

En cuanto a los resultados obtenidos por los autores, se logra constatar que cada uno de los elementos que se establecerán dentro de la terapia de juego son significativos para cada niño, puesto que, cada uno de los recursos que se utilizan en el enfoque lúdico representan parte de las vivencias que les causan un malestar significativo a cada escolar; es por ello que, se acepta lo establecido por De León (2011) ya que argumenta que, los elementos de juego que se encontrarán en disposición a los niños en el marco terapéutico son diversos y cada uno con un simbolismo sin igual, es por ello que es necesario afianzarse de elementos de expresión como lo son el papel, los crayones, marcadores, muñecos, plastilina o juegos de ajedrez.

Así mismo, Augusta (2013) resalta la importancia de la clínica en el proceso de la terapia de juego, al ser este un espacio que debe de cuidar el terapeuta en cuanto a todos aquellos detalles como la ubicación, iluminación, temperatura, los colores como también los cuidados de mantenimiento en la sala para cada uno de los infantes, a los cuales ellos se puedan adaptar y establecer confianza para la expresión de los conflictos. Por lo que se concluye que, los elementos más utilizados por parte de los infantes son los muñecos, al ser representaciones o proyecciones que de manera inconsciente en niño puede adaptar en el marco lúdico, así mismo, otro de los elementos va a ser el papel y los marcadores, ya que por medio de cada color se puede reflejar el estado de ánimo y mental de cada escolar.

VI. CONCLUSIONES

- Las técnicas de terapia de juego son funcionales y efectivas en niños con el trastorno de déficit de atención, al permitir la expresión de sentimientos, emociones, desarrollo integral y la resolución de problemas, a través del juego, puesto que el niño proyecta de manera inconsciente un mundo distinto al del adulto, por medio de técnicas como las narrativas, arteterapia, modalidades expresivas y las metáforas, las cuales pueden ser útiles en el ámbito familiar, social y escolar, al ser aplicadas por un especialista en el juego, puesto que, es importante que la terapia de juego pueda ser previamente seleccionada y utilizada en niños con déficit de atención.
- De acuerdo con los resultados obtenidos en la bibliografía científica, se determinaron las principales causas del déficit de atención, en los cuales se pudieron analizar elementos tanto internos como externos, entre ellos los factores genéticos, los cuales parten de un origen hereditario; los factores ambientales que se encuentra determinados por situaciones externas como el consumo de sustancias ilícitas durante el embarazo y los factores neuroquímicos al establecer una baja en acciones reguladoras de los neurotransmisores.
- Se identificaron los síntomas en niños con déficit de atención en etapa escolar, y se logró constatar que, las manifestaciones de la inatención son múltiples y que por ende tiene una variación en cada niño; entre los síntomas más comunes se encuentra la falta de atención que les imposibilita finalizar las tareas o actividades, extravían objetos de uso diario, prestan poca atención a los detalles como también no siguen o no escuchan instrucciones.
- A razón de lo anterior, se obtuvieron los elementos que son utilizados en la terapia de juego en niños con déficit de atención en etapa escolar, por lo que se demostró que muchos de ellos poseen un simbolismo para cada infante, por lo que el terapeuta especializado en el enfoque lúdico, debe de valerse de estrategias y objetos que serán fundamentales en la proyección inconsciente de cada niño, sin dejar de tener en cuenta que algunos de ellos, no solo están relacionados con los juguetes sino con el mantenimiento del espacio físico y el área lúdica que se tendrá en cada proceso.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

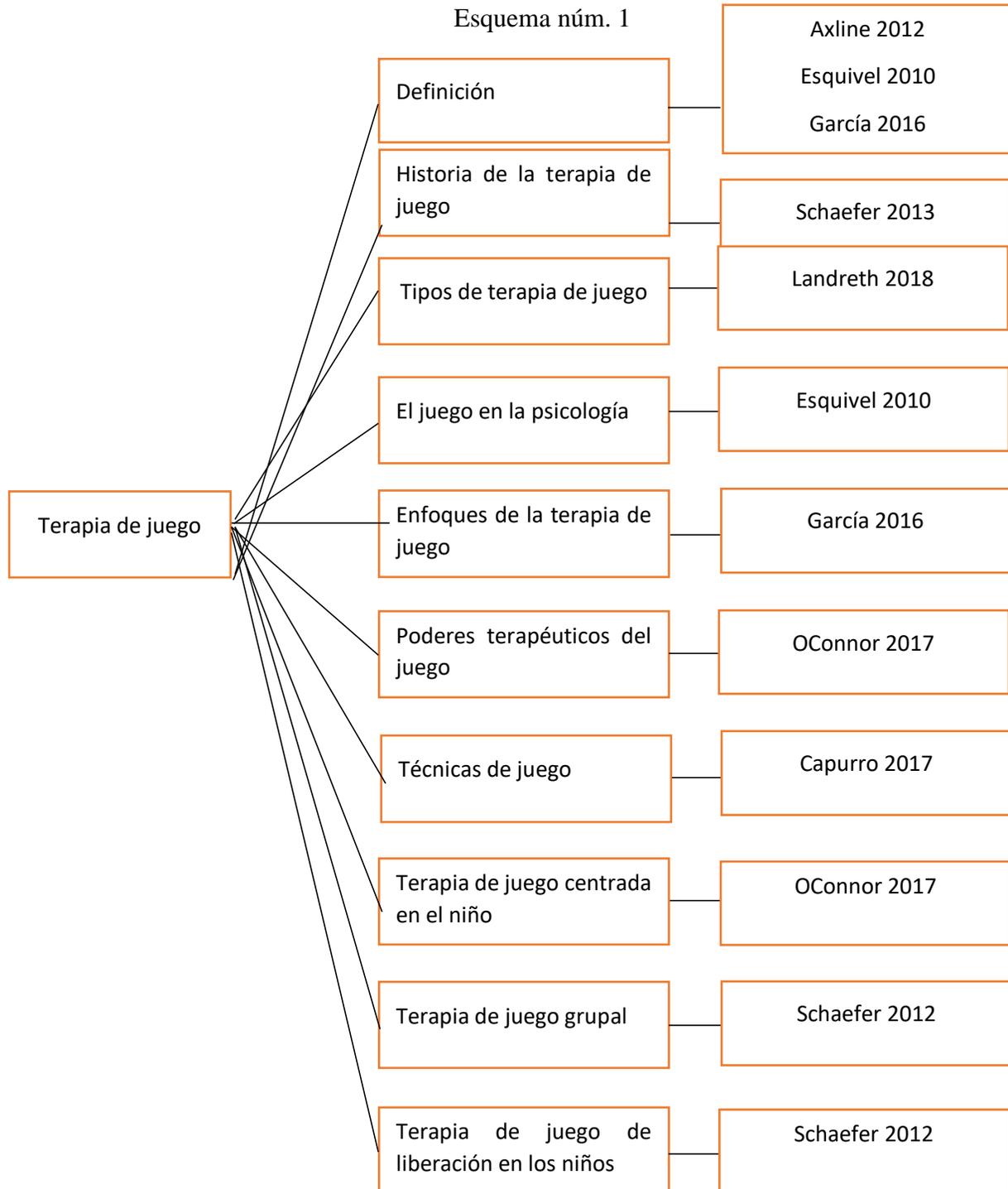
- Achaerandio, L. (2010). *Iniciación a la práctica de la investigación* (7ª ed.). (K. C. Toledo, Ed.) Ciudad de Guatemala, Guatemala: Karen Cecilia de la Vega Toledo.
- Afre, K. (2019). *Terapia de juego y su influencia en el estado de ánimo*. Tesis de licenciatura, Universidad Rafael Landívar, Quetzaltenango, Guatemala. Recuperado de <http://bibliod.url.edu.gt/Tesis/jrcd/2019/5/22/Afre-Karen.pdf>
- Alsina, G. (2014). *Déficits de atención y trastornos de conducta*. Barcelona, España: Editorial UOC. Recuperado de <https://elibro.net/es/ereader/rafaellandivar/113725>
- APA. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastorno Mentales* (5ª ed.). España: Editorial Medica Panamericana.
- Augusta, M. (2013). *Influencia de los Rasgos de Personalidad en la aplicación de la Terapia de Juego No Directiva*. Cuenca, Ecuador: Universidad del Azuay. Recuperado de <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/2532/1/09720.pdf>
- Axline, V. M. (2012). *Terapia de juego*. Ciudad de México: Editorial Diana. Recuperado de <https://rarchivoszona33.files.wordpress.com/2012/10/axline-virginia-m-terapia-de-juego.pdf>
- Borda, M. (2013). *El proceso de investigación. Visión general de su desarrollo*. Barranquilla, Colombia: Editorial Univerdad del Norte. Recuperado de <https://books.google.com.gt/books?id=jjBKBAAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=el+proceso+de+la+investigaci%C3%B3n+borda&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwioxuCXwcHsAhWIylkKHVQgCTcQ6AEwAHoECAMQAq#v=onepage&q=el%20proceso%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%20borda&f=false>
- Calderón, A. (2020). *Estrés infantil y terapia de juego*. Tesis de licenciatura, Universidad Rafael Landívar, Quetzaltenango, Guatemala. Recuperado de <http://bibliod.url.edu.gt/Tesis/wevg/2020/05/22/Calderon-Alma.pdf>
- Candia, P. (2012). Estudio descriptivo de forma y función del juego libre del niño en etapa escolar. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 12, 1-10. Recuperado de <file:///C:/Users/Ale/Downloads/25313-1-82635-1-10-20121207.pdf>
- Capurro, G. (2017). *Psicoterapia Infantil: Orientaciones para el trabajo clínico con niños*. Santiago, Chile: RIL. Recuperado de <https://elibro.net/es/ereader/rafaellandivar/106704>

- Esquivel, F. (2010). *Psicoterapia infantil con juego: casos clínicos*. Ciudad de México, México: El Manual Moderno. Recuperado de <https://elibro.net/es/ereader/rafaellandivar/39606>
- Estebez, M. C. (2019). *Terapia de juego y trastorno por déficit de atención con hiperactividad*. Tesis de licenciatura, Universidad Rafael Landívar, Quetzaltenango, Guatemala. Recuperado de <http://bibliod.url.edu.gt/Tesis/jrcd/2019/5/42/Estebez-Melida.pdf>
- Fernández, C. (2020). *Comprender para cuidar: Avances en Investigación Cualitativa en Ciencias de la Salud* (4ª ed.). Chile: Editorial Universidad de Almeria. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Cayetano_Fernandez_Sola/publication/341446366_Comprender_para_Cuidar_Avances_en_Investigacion_cualitativa_en_Ciencias_de_la_Salud/links/5ec1515e458515626cad2696/Comprender-para-Cuidar-Avances-en-Investigacion-cualitati
- Figuerola, M. E. (2013). *Terapia de Juego desde el Modelo Integrativo aplicado a escolares que presentan Conductas Agresivas*. Universidad del Azuay, Cuenca, Ecuador. Recuperado de <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/3340/1/10108.pdf>
- Galicia, Ó. (2016). *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad*. Ciudad de México, México: El Manual Moderno. Recuperado de <https://elibro.net/es/ereader/rafaellandivar/39738>
- García, P. (2016). *Fundamentos Teóricos del Juego*. España: Editorial Wanceulen Deportiva S.L. Recuperado de <https://elibro.net/es/ereader/rafaellandivar/33693>
- Iglesias, M. T. (2016). Hábitos y técnicas de estudio en adolescentes con trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad. *European Journal of Education and Psychology*, 9, 29-37. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1888899215000379>
- Isorna, M. (2013). *Trastorno por Déficit de atención e Hiperactividad (TDAH)*. España: Servicio de Publicacións. Recuperado de <https://elibro.net/es/ereader/rafaellandivar/53672>
- Lago, M. (2013). *Fundación CADAH*. Recuperado de <https://www.fundacioncadah.org/web/articulo/dos-tipos-de-deficit-de-atencion-en-el-tdah.html>
- Landreth, G. (2018). *La terapia de juego*. Barcelon, España: Ediciones Obelisco. Recuperado de https://books.google.com.gt/books?id=LqcrwEACAAJ&dq=la+terapia+del+juego&hl=e%20s&sa=X&ved=0ahUKEwj06qPfy_nnAhXtnuAKHYmvDZsQ6AEIJzAA

- León, A. L. (2011). *Terapia de juego y su influencia en el desarrollo de inteligencia emocional*. Quetzaltenango, Guatemala: Universidad Rafael Landívar. Recuperado de <http://biblio3.url.edu.gt/Tesis/2011/05/22/De-Leon-Ana.pdf>
- León, E. D. (2016). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad tipo predominante inatento y ansiedad en adolescentes*. (Tesis de licenciatura), Quetzaltenango, Guatemala. Recuperado de <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2016/05/22/De-Leon-Evanidia.pdf>
- Lima, V. (2017). *"Neuronet: Técnica para prolongar los lapsos de atención en niños con déficit de atención"*. (Tesis de licenciatura), Ciudad de Guatemala, Guatemala. Recuperado de <http://www.repositorio.usac.edu.gt/7650/1/T13%20%283075%29.pdf>
- Mabres, M. (2013). *Hiperactividades y déficit de atención: comprendiendo el TDAH*. Barcelona, España: Octaedro. Recuperado de <https://elibro.net/es/ereader/rafaellandivar/61936>
- Maciá, D. (2012). *TDAH en la infancia y la adolescencia: concepto, evaluación y tratamiento*. Madrid, México: Pirámide. Recuperado de file:///C:/Users/Ale/Downloads/TDAH_en_la_infancia_y_la_adolescencia_co.pdf
- O'Connor, K. J. (2017). *Manual de Terapia de Juego* (2ª ed.). Ciudad de México, México: Editorial El Manual Moderno. Recuperado de <https://elibro.net/es/ereader/rafaellandivar/39759>
- Palacios, L. (2011). Conocimientos, creencias y actitudes en padres mexicanos acerca del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). *Scielo*, 34(2), 149-155. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v34n2/v34n2a8.pdf>
- Pascual, I. (2010). *Síndrome de déficit de atención / Hiperactividad* (4ª ed.). Ciudad de México, México: Ediciones Diaz de Santos. Recuperado de <https://elibro.net/es/ereader/rafaellandivar/53201>
- Portela, A. (2016). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: algunas consideraciones sobre su etiopatogenia y tratamiento. *MEDISAN*, 1-12. Recuperado de https://www.medigraphic.com/pdfs/medisan/mds-2016/mds164p.pdf?fbclid=IwAR3bYXcYdntq2zQr9HCc9RV_HrwFkjrpRHFLEfB_lwRPaZEzvPrzT2Asyhs
- Ramos, L. (2016). *Terapia de juego e Hiperactividad*. (Tesis de licenciatura), Universidad Rafael Landívar, Quetzaltenango, Guatemala. Recuperado de <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2016/05/42/Ramos-Lizabeth.pdf>

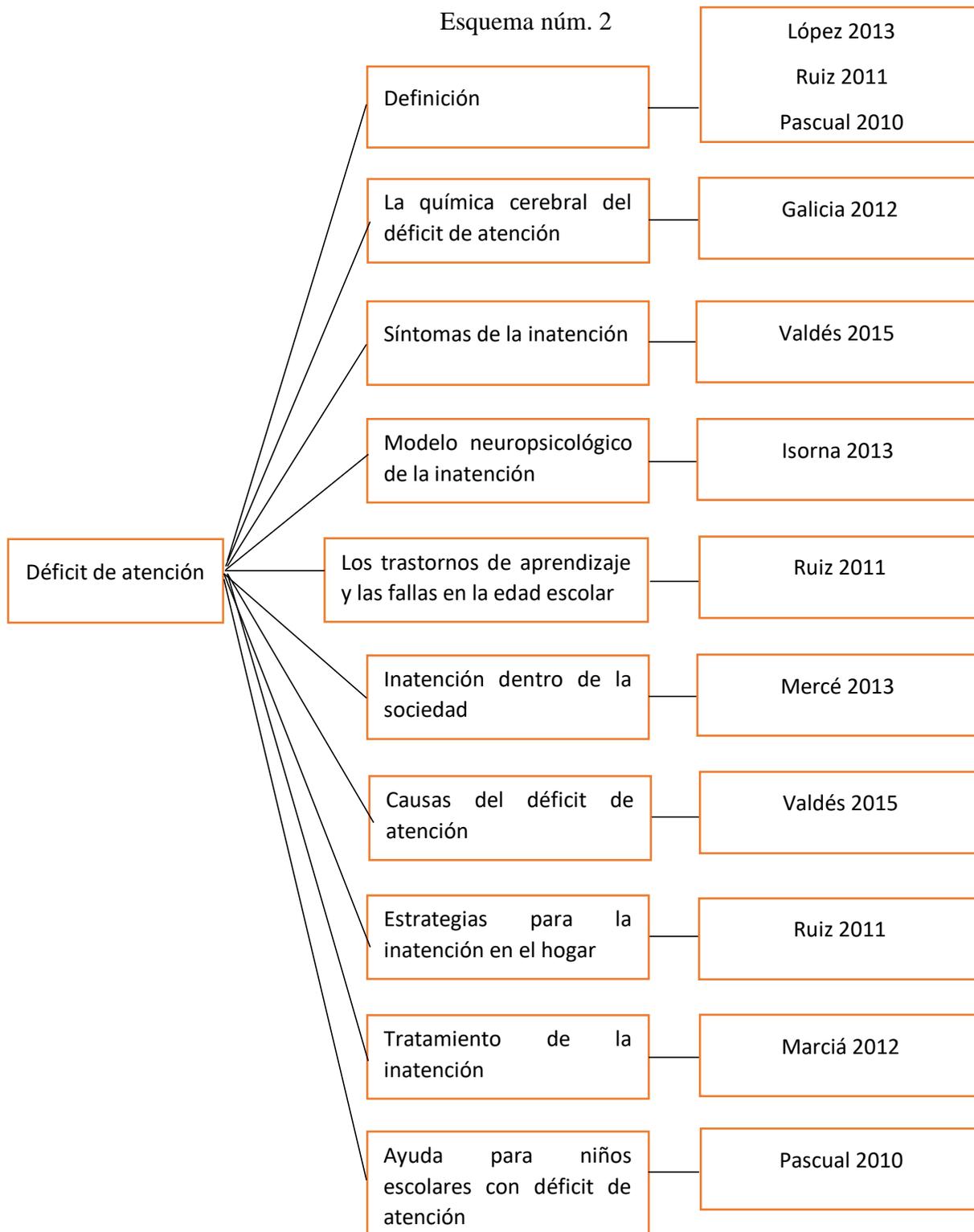
- Río, J. D. (2014). *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)*. Universidad de Salamanca, Salamanca, España. Recuperado de file:///C:/Users/Ale/Downloads/Dialnet-TrastornoPorDeficitDeAtencionEHiperactividadTDAH-4906476%20(1).pdf
- Rodríguez, F. (2010). *El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad: Causas e implicaciones para el tratamiento*. Universidad Autónoma de Madrid, Madrid. Recuperado de <https://journals.copmadrid.org/psed/art/ed2010v16n1a3>
- Ruiz, M. (2011). *Trastorno por déficit de atención a lo largo de la vida*. Ciudad de México, México: Editorial Alfil. Recuperado de <https://elibro.net/es/ereader/rafaellandivar/40794>
- Salvador, A. (2017). *Técnicas inclusivas para la intervención con el alumnado TDAH*. Universidad Jaume I. Recuperado de http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/177772/TFG_2018_SalvadorRodas_Alba.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Schaefer, C. E. (2012). *Fundamentos de Terapia de Juego* (2ª ed.). Ciudad de México, México: El Manual Moderno. Recuperado de <https://elibro.net/es/ereader/rafaellandivar/39612>
- Sibón, A. (2010). "¿Que es el TDAH?". *Revista Digital*, 1-10. Recuperado de https://archivos.csif.es/archivos/andalucia/ensenanza/revistas/csicsif/revista/pdf/Numero_28/ANA_M_SIBON_1.pdf
- Tchang, A. (2020). *Todo lo que necesitas saber del TDAH en la etapa de aprendizaje: Introducción al Trastorno por Déficit de atención e Hiperactividad*. Madrid, España: Wolters Kluwer. Recuperado de <https://elibro.net/es/ereader/rafaellandivar/128920>
- Valdés, A. (2015). *El trastorno por déficit de atención* (UNID ed.). Ciudad de México, México: Editorial Digital. Recuperado de <https://elibro.net/es/ereader/rafaellandivar/41237>
- Vega, P. (2019). *Terapia de juego y su efecto en el trastorno por Déficit de atención con Hiperactividad tipo predominante Inatente*. (Tesis de licenciatura), Universidad Rafael Landívar, Quetzaltenango, Guatemala. Recuperado de <http://bibliod.url.edu.gt/Tesis/jrcd/2019/5/22/Vega-Pamela.pdf>

ANEXOS



Fuente: elaboración propia 2020

Esquema núm. 2



Fuente: elaboración propia 2020.