



INSTITUTO
DE
TERAPIA
OCUPACIONAL

PROGRAMA ORIENTADO A INCREMENTAR LA
VOLICION EN EL NIÑO CON DEFICIT DE ATENCION E
HIPERACTIVIDAD A TRAVES DEL MODELO DE
OCUPACION HUMANO

REPORTE DE PRÁCTICA INNOVADORA
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN TERAPIA OCUPACIONAL
PRESENTA

PAULINA DEL CASTILLO NEGRETE ROVIRA

ASESORA
DRA. MA. CRISTINA HERNANDEZ LARA DE BOLAÑOS

MÉXICO, D.F.

SEPTIEMBRE, 2008

DEDICATORIAS.

A mi madre que gracias a su ejemplo, constancia y dedicación verá alguno de sus sueños cumplidos.

A mi padre por su recuerdo imborrable en mí.

A Javier por su paciencia, apoyo y comprensión.

A Javier y Paulina motor y fin de mi existencia.

A mis hermanos Gonzalo, Miguel y Diego por siempre creer en mí.

Al Kinder "Colores" por ser mi cómplice y aliado en ésta aventura.

AGRADECIMIENTOS:

Quisiera agradecer primero al Instituto de Terapia Ocupacional y a sus miembros el apoyo que me brindaron para la realización del presente trabajo.

Así mismo quiero expresar mi más profundo agradecimiento a la Dra. Cristina Bolaños por sus enseñanzas y entusiasmo, así como por el apoyo que me brindo durante el asesoramiento de éste trabajo.

Gracias Dra. Cristi porque respetaste mi autonomía y me diste gran iniciativa para ahondar en dicha investigación.

A todos y cada uno de mis maestros de la Licenciatura, les doy las gracias porque a ellos debo gran parte de mi nueva formación como terapeuta ocupacional.

Por último quiero agradecer a todos mis compañeros que durante un año compartimos alegrías y aprendizajes juntos.

INDICE:

Dedicatorias	3
Agradecimientos.....	4
Resumen.....	5
Justificación.....	6
Antecedentes	9
Procedimiento	18
Análisis.....	29
Contribución.....	30
Referencias.....	33

RESUMEN:

El objetivo de éste trabajo es poder dar a conocer la nueva perspectiva de la terapia ocupacional aplicado a un caso.

Es importante comprender el modo en que las personas son motivadas hacia la ocupación, en base a qué interés y valores eligen y realizan aquello que les satisface en sus vidas

Por eso la importancia de abrir un nuevo horizonte de intervenciones donde la terapeuta ocupacional pueda contribuir al tratamiento integral del niño a través de la motivación por “el hacer”, y facilitarle su capacidad de desempeño.

El Modelo de Ocupación Humana de Gary Kielhofner centró su teoría e intervención en la ocupación de la persona, su adaptación ocupacional y el proceso terapéutico a través de la motivación para la ocupación, la formación de patrones y rutinas de ocupaciones y la influencia del ambiente sobre la ocupación sirvió de base para organizar un programa de casa para un niño con trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Es a través del trabajo con éste modelo que se busca poder dar a conocer una nueva estrategia de manejo terapéutico y sus beneficios integrales en las diferentes esferas del desarrollo del niño.

JUSTIFICACION:

El presente trabajo tiene como objetivo principal integrar el Modelo de Ocupación Humano dentro del ambiente educativo en donde a través del juego el niño con TDAH (Trastorno por déficit de atención e hiperactividad) pueda ir modificando su desempeño ocupacional.

El Modelo de Ocupación Humana, nos da una visión del ser humano en dos aspectos importantes.

El primero es, que el comportamiento es dinámico y depende del contexto donde éste se desarrolla para influir en la motivación, las acciones y el desempeño.

El segundo punto es que la ocupación es esencial para la autoorganización.

Es así como el MOHO, ayuda a las personas a que participen en su ocupación manteniendo, restableciendo y reorganizando sus vidas ocupacionales. Es aquí donde quiero señalar la importancia de conocer e intervenir en el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad TDAH que es una alteración en el desarrollo que abarca las áreas de atención, el control de los impulsos e hiperactividad.

El TDAH surge tempranamente en el desarrollo del niño sus características principales son la falta de persistencia en actividades que requieren un compromiso cognitivo , existe una tendencia de moverse de una actividad a otra sin completar ninguna , una desorganización y desequilibrio de los procesos de autorregulación y actividad excesiva, dificultad para inhibir los impulsos en el comportamiento social, poca relación con los compañeros de su edad, debido en muchas ocasiones a su agresividad, e impulsividad situación que repercute en su ambiente .

Es durante la infancia donde los niños con TDAH presentan más problemas y es en el hogar y la escuela donde el comportamiento ocupacional debe seguir una secuencia, un ritmo y un orden establecido.

“El TDAH debe ser bien manejado; se tiene que desarrollar un tratamiento individualizado y a largo plazo, la meta es ayudar a controlar su comportamiento y a realizar correctamente las actividades de la vida diaria y su interacción social con el ambiente de acuerdo a su edad. En las edades en que los niños comienzan a ser diagnosticados con TDAH, el escenario familiar empieza a cobrar tal importancia que supera al escolar “. (World Federation for Mental Health, 2003).

La familia principalmente los padres juegan un rol crucial en el manejo del niño con TDAH. Ellos pueden ayudar a crear en casa un ambiente para mejorar el desempeño ocupacional del niño y la familia.

El propósito de este trabajo es ofrecer a los padres y a los educadores de niños con TDAH, un programa de trabajo en casa y/o escuela que muestre las estrategias de manejo adecuadas para mejorar el desempeño ocupacional del niño en las áreas de cuidados personal, así como también en el área educativa y recreativa dentro de los diferentes contextos donde se desenvuelve.

El desempeño ocupacional se define como:

“El resultado de la interacción de la persona, el ambiente y la ocupación; está compuesto tanto por el proceso como por el resultado de la persona que interactúa con el contexto para participar en las tareas”. (Crepeau ,2005)

El desempeño ocupacional es una experiencia dinámica y cambiante de la persona que participa en las actividades, tareas y ocupaciones con propósito dentro de un ambiente.

Es aquí donde el rol del terapeuta ocupacional dentro del ambiente educativo debe contribuir al proceso de evaluación, e intervención.

Éste proceso debe ser dinámico, progresivo e individual, centrado en el niño y la familia y debe determinar las necesidades educacionales, las etapas de los comportamientos de acuerdo al ambiente que rodea al niño y **observar** e identificar el grado de desorganización, **situar** el desempeño de tareas dentro de los roles ocupacionales y ambiente del cliente, **analizar** que afecta al desempeño de las

tareas, **evaluar** el nivel de deficiencia de las habilidades y **comprender** los trastornos médicos y psicológicos del cliente. (Spackman, 1998).

Es importante señalar que el terapeuta ocupacional tuvo un rol de consultor, entendido éste como la persona que pone en juego sus conocimientos y experiencias para dar un apoyo terapéutico en aquellos casos donde la intervención directa está limitada. (Polonio, 2007). Es importante que el terapeuta consultor posea habilidades de observación y análisis de los datos más significativos del cliente a tratar.

En esta práctica innovadora fue importante aportar estrategias de manejo para los padres ofreciendo técnicas para la integración sensorial, aprendizaje motor, habilidades cognitivas, conductuales y sociales orientadas al desempeño ocupacional del niño. Fue necesario trabajar con padres y profesores, con el objetivo de crear ambientes óptimos de aprendizaje y así crear en el niño estrategias de autorregulación.

La terapeuta ocupacional debe desarrollar un programa de ocupaciones significativas y de desempeño ocupacional, donde se traten específicamente y de manera individual, los problemas que presente el niño y las expectativas ocupacionales de acuerdo al ambiente, seleccionando gradual y progresivamente las actividades terapéuticas, y evaluando los resultados para hacer las modificaciones en el plan de intervención de acuerdo a los avances terapéuticos.

El juego es una de las ocupaciones más importantes en la infancia, es aquí donde el niño aprende, ensaya, domina la relación social. Para el niño en la edad preescolar el juego es su actividad central, enseña al niño a equilibrar las actividades laborales y lúdicas, le ayuda al niño a adaptarse a su ambiente, a su cultura, a su entorno cognitivo y emocional, situación que en los niños con TDAH se encuentra alterado, y que es uno de los objetivos de este caso, trabajar integralmente los aspectos volitivos del niño con TDAH a través del juego.

ANTECEDENTES:

“Los orígenes de la enfermedad nos señalan la evidencia científica de una alteración en el performance del cortex prefrontal. Se sostiene que es un síndrome biocomportamental, de naturaleza evolutiva, presentación heterogénea y con un componente genético importante.” (Scandar O Rubén ,2007)

La Organización mundial de la Salud, órgano dependiente de las Naciones Unidas publica el ICD-10. (Clasificación mental de los desordenes del comportamiento) y manifiesta lo siguiente:

“Éste grupo de trastornos está caracterizado por: establecimiento temprano, combinación de hiperactividad, pobre modulación del comportamiento con marcada inatención y deficitaria involucración en tareas que requieren un compromiso persistente “. (Scandar O Rubén, 2007)

A lo largo de la historia del estudio del TDAH han existido algunas teorías ambientales ó psicosociales sobre su origen, aunque su investigación nunca ha logrado datos suficientes determinantes. Teorías como el mal control de los padres sobre la conducta de los hijos como origen de la pobre autorregulación conductual del niño con TDAH, como las aproximaciones y conductas hiperestimulantes por parte de los padres como causa del trastorno, o como la presencia de trastornos psicológicos en los padres, no han sido capaces de explicar los déficit neurológicos y psicológicos que presenta el niño hiperactivo.

El TDAH se manifiesta principalmente con el ingreso escolar entre los 3 y los 5 años, y afecta más a varones que a niñas.

Aunque al principio parezca un trastorno leve, si no es diagnosticado y manejado adecuada y tempranamente es posible el abandono escolar en la secundaria, y presenten problemas de salud mental en la edad joven-adulta como abusos de sustancias, trastornos de ansiedad, de conducta e incluso depresión.

La población se divide en tres categorías:

- De tipo inatento.
- De tipo hiperactivo impulsivo.
- De tipo combinado.

* *Los síntomas de inatención* son: faltos de atención a los detalles, dificultad para mantener la atención ó escuchar, dificultad para organizar, renuencia del esfuerzo mental sostenido, problemas relacionados con actividades de organización, dificultad de seguimiento de instrucciones, tendencia a perder objetos, olvido de actividades diarias.

* *Los síntomas de hiperactividad* son: agitación, permanecer fuera del asiento y correr, hablar excesivamente, dificultad de jugar en forma tranquila, sensación de estar siempre de prisa, responder impulsivamente a preguntas sin escuchar primero el contenido de estas, tendencia a interrumpir o entrometerse.

* *Los síntomas de impulsividad* se caracterizan son: dejar escapar bruscamente respuestas, dificultad para esperar turnos, interrumpir a los otros.

Estos síntomas se pueden confundir o presentar con otras alteraciones como: Trastorno desafiante caracterizado por terquedad, arranques de temperamento actos de desafío y rompimiento de reglas. Con trastornos afectivos como la depresión, ya que son aislados, con baja tolerancia a la frustración y por lo tanto con baja autoestima. Con trastornos de ansiedad que incluyen: preocupación excesiva, miedo o pánico, trastornos obsesivos compulsivos y tics nerviosos motores o vocales. Así como también dificultades en el aprendizaje para la lectura, escritura, pensamiento y razonamiento.

“La sintomatología del TDAH, por áreas observables, en el contexto familiar y escolar, se podrían sintetizar en:

- Área Cognitiva.
- Área afectiva–emocional.
- Área Motora.

- Área de habilidades sociales

Algunas de las estrategias generales de intervención serían:

- * Entrenamiento en técnicas de modificación de conducta.
- * Entrenamiento en técnicas de auto dirección: auto instrucciones.
- * Acomodaciones educativas.
- * Entrenamiento en técnicas de autoevaluación reforzada.
- * Asesoramiento y seguimiento. (Santos C, 2007).

Para poder manejar, diagnosticar y darle un tratamiento a los niños con TDAH es importante contar con un Equipo Multidisciplinario.

El Equipo Multidisciplinario debe abarcar todas las áreas donde el niño se desenvolverá y serán principalmente en:

Sistema escolar: que incluye a los profesores, Terapeutas de educación especial, Psicólogas, Terapeutas de lenguaje y aprendizaje y Terapeutas ocupacionales, ya que pueden realizar contribuciones valiosas al conocimiento del trastorno cognitivo-perceptivo, se deben analizar los criterios y los enfoques individuales de cada especialidad.

En el área médica el equipo consta de pediatras, Neuropediatras, Médico general, Médico familiar, Psiquiatra, Paidopsiquiatra, enfermeras y trabajadoras sociales.

Cada miembro del equipo hará un enfoque específico, para obtener la información y ayudar a brindar el tratamiento de una manera integrada.

Es importante que cuando el equipo comience a trabajar con el niño, se observen los comportamientos del niño en las diferentes áreas y así al tener las reuniones interdisciplinarias compartir las experiencias y las sugerencias de manejo para cada momento.

Todos estos profesionales en su campo deben realizar sus valoraciones necesarias para diagnosticar TDAH, dar tratamiento psicológico y tratamiento farmacológico de acuerdo a las necesidades de cada paciente.

La terapia medicamentosa es un auxiliar, a veces necesario, junto con las demás terapias y debe ser de acuerdo al TDAH diagnóstico utilizando estimulantes, no-estimulantes ó antidepresivos.

El terapeuta ocupacional será el encargado de realizar la evaluación ocupacional que tiene como propósito, “detectar todo aquello que es o podría ser un obstáculo o una imposibilidad para el desarrollo normal de una actividad y por tanto, ocasiona disfunción ocupacional es decir, aquello que pone límites al ejercicio de una ocupación en conjunto o en parte, de forma transitoria o permanente, para una persona determinada “. (Hornero S 2000).

De acuerdo a Spackman (1993), las destrezas de observación, la historia lúdica, el conocimiento de las secuencias del desarrollo y el análisis de las actividades brindan una base para la evaluación.

La Evaluación en Terapia Ocupacional se centra en:

- 1) Áreas de desempeño Ocupacional: actividades de la vida diaria, educación, trabajo, juego, esparcimiento u ocio y participación social.
- 2) Habilidades y destrezas de desempeño ocupacional: motoras, de procesamiento y de comunicación e interacción.
- 3) Patrones de desempeño ocupacional: hábitos, rutinas y roles.
- 4) Intereses y motivaciones de la persona.
- 5) Contextos de actuación: cultural, físico, social, personal, espiritual, temporal y virtual.

6) Demandas de la actividad: objetos utilizados y sus propiedades, demandas especiales, demandas sociales, secuencia y regulación/ritmo, acciones requeridas, requerimientos funcionales del cuerpo, requerimientos estructurales del cuerpo.

7) Factores de la persona función del cuerpo y estructura del cuerpo.

En conclusión la Terapeuta Ocupacional es la responsable de la evaluación del comportamiento ocupacional, abarcando el modelo persona, ocupación y ambiente.

La Terapia ocupacional debe ser un proceso sistemático de planeación y suministro de servicios terapéuticos y educativos para las familias que necesitan ayuda para satisfacer las necesidades de desarrollo de los bebés, niños pequeños y preescolares.

Uno de los principales instrumentos que utiliza el terapeuta ocupacional en el proceso terapéutico es el juego.

El juego es una actividad importante en la infancia es aquí donde el niño aprende, ensaya, domina la relación social. Para el niño en la edad preescolar el juego es su actividad central, enseña al niño a equilibrar las actividades laborales y lúdicas, le ayuda al niño a adaptarse a su ambiente, a su cultura, a su entorno cognitivo y emocional, situación que en los niños con TDAH se encuentra alterado.

Es a partir de la etapa sensoriomotora señalada por Piaget en donde el niño empieza a tener mayor interés por el ambiente, va poco a poco teniendo una postura más propositiva, puede anticipar eventos, experimentar curiosidad e ir explorando activamente su mundo lo que hace posible la imitación diferida, la simulación y la solución de problemas (reacciones circulares terciaria, 12 a 18 meses).

Es en ésta etapa donde aparece por primera vez la comprensión por la causalidad “el principio de que un evento causa a otro “, es importante porque permite al niño predecir y controlar su mundo. (Papalia, 2007).

A partir del desarrollo del lenguaje se puede observar como desde los tres meses el bebé “juega con los sonidos del habla”, a los nueve meses” juega con los gestos”, empiezan los juegos sociales y aparecen aquí **los primeros comportamientos**

volitivos del niño manifestando los sentimientos sobre lo que se quiere, la **habituación** en los patrones de repetición de las acciones cotidianas y en la **capacidad de desempeño** que implica las acciones motoras y cognoscitivas.

Las etapas del comportamiento lúdico son:

Juego Observador: El niño mira a los otros jugar y participa en la conversación con los que están jugando, el niño claramente está observando a los niños y no los acontecimientos, aunque no participa en el juego real.

Juego Independiente Solitario: El niño persigue actividades lúdicas solo y de forma independiente de los otros niños que están jugando. Aún cuando el niño se sitúa cerca de los otros, no hace ninguna referencia a lo que están haciendo.

Juego Paralelo: El niño juega con juguetes similares a los utilizados por los otros niños que están cerca de él pero juega junto a ellos y no con ellos.

Juego Asociativo: El niño juega con los otros. No existe ninguna organización de las actividades lúdicas en su grupo de compañeros, ninguna división de las tareas y ningún producto. Cada niño actúa de forma individual; su interés está centrado en la asociación y no en la actividad lúdica.

Juego suplementario cooperativo u organizado: El niño juega con los otros niños de forma organizada, con un propósito. Existe un sentido pronunciado de la pertenencia al grupo, que ahora está dirigido por uno o dos líderes. Cada niño encuentra algún rol en la nueva organización y sus esfuerzos están aumentados por los otros miembros del grupo. (Parten, M.B.1932).

Por lo anterior expuesto se deduce que hablar del niño es hablar de juego, donde el niño aprende y desarrolla sus esquemas sociales y emocionales.

El juego y la socialización es el trabajo en el niño, el papel del terapeuta ocupacional es el de “conductor–organizador”.

Hablar del comportamiento ocupacional es definirlo como lo hace **Mary Reilly**: “Nosotros creemos que el juego en un sentido cronológico y longitudinal es el área de preparación para el trabajo”. (Crepeau. 2005)

Reilly (1974), piensa que en el juego los niños necesitan reglas que dan significado al ambiente (Clark y Allen, 1985). Las tres fases del comportamiento lúdico que siguen facilitan la imaginación, la curiosidad, y la satisfacción de las necesidades:

1. Comportamiento exploratorio intento del niño por investigar la realidad; satisfacer sus necesidades básicas y buscar el significado de movimientos, objetos y personas dentro de su ambiente.
2. Comportamiento de competencia: retroalimentación ambiental y secuencias del desarrollo que facilitan la adquisición de competencia. El niño aprende a adaptar su comportamiento para desarrollar un sentido de dominio y autoconfianza.
3. Comportamiento de logro: Guiados por los estándares sociales, éste comportamiento facilita la habilidad para asumir riesgos y el desarrollo de un sentido de competición. (Spackman, 1993).

Se designa un comportamiento ocupacional a un total de desarrollo del juego y trabajo.

El comportamiento ocupacional esta compuesto por el juego y el trabajo. En el niño con estas características, hay que determinar el grado de desorganización o empobrecimiento del comportamiento ocupacional, y así identificar los pasos para mejorar la disfunción.

A través del juego, el niño aprende a explorar, desarrollar y dominar las destrezas físicas y sociales.

El juego presente varios componentes:

El Componente social del juego: El niño investiga los roles familiares, se relaciona primero como observador y más tarde como participante en las tareas. Es en ésta etapa donde el niño comprende lo que es aceptable y no aceptable y desarrolla el sentido de moralidad social .

El componente físico-sensorial y perceptiva: Las destrezas las multiplica e integra actividades más complejas y coordinadas. La actividad sensorial y motora enseña al niño las realidades físicas del mundo, así como las capacidades y limitaciones de su propio cuerpo. El juego también proporciona una liberación de energía excesiva, ayudando al equilibrio corporal del cuerpo. El niño comienza a clasificar objetos y a relacionarlos con otros, formando una base para el pensamiento lógico.

El componente emocional: Se descubre el sentido del yo, una estabilidad interna en el niño.

Éste componente es la base para la fuerza del ego, la autoconfianza y la adaptación potencial a las necesidades futuras. El juego es diversión: abre un mundo de alegría, humor y creatividad.

El componente cognitivo: El niño aprende a manipular los acontecimientos y los objetos en el ambiente interno y externo, lo cual sienta la base para la resolución de problemas.

El pensamiento representativo surge a medida que el niño participa en el juego simbólico y dramático.

El niño con TDAH tiene que aprender a interactuar con niños de su edad, a manejar la hostilidad y dominio al trabajar en grupo y formar amigos.

A través de sus compañeros deben aprender a desarrollar un concepto de sí mismo basado en sus propias actitudes, destrezas talentos y atributos.

Y es en el contexto del desempeño ocupacional donde el terapeuta ocupacional puede favorecer a través del juego para adquirir el sentido a la actividad. Es importante descubrir el placer y el deseo de jugar que están ausentes muchas veces en las ocupaciones del adulto y que constituyen una de las características más genuinas del juego en el niño. (Lázaro A 1990).

Como terapeutas ocupacionales tenemos que situar al juego del niño en su lugar y, sobre todo, ver hasta donde intervenimos.

A partir del juego, se irán modificando los aspectos volitivos del niño con TDAH Y ofreciendo estrategias de ayuda como:

- * Ayudando a modificar los sentimientos y pensamientos que tiene el niño sobre sí mismo, experimentando, interpretando, anticipando y eligiendo las ocupaciones.
- * Ofrecerle elecciones de actividades y ocupaciones significativas, es darle las herramientas para que el niño decida acerca de qué hacer.
- * Ofrecerle de esta manera las rutinas permanentes del día y la planeación de sus proyectos personales que requieren una extensa serie de acciones para llevarlos a cabo.

PROCEDIMIENTO:

Datos de Identificación

Nombre: Manuel Emiliano Fernández Fernández.

Edad: 4 años.

Diagnostico: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, y Trastorno Opositorista Desafiante.

Actualmente medicado: Stratera

Motivo por el que fue referido a Terapia Ocupacional:

Ayudar a Manuel Emiliano a su integración escolar (ambiente) y dar estrategias de manejo para realizar en casa.

Las Evaluaciones realizadas fueron:

Entrevista Familiar.

Observación del niño en el área regular.

Signos de Déficit de atención e hiperactividad en el salón de clases.

Componentes y contextos del Desempeño Ocupacional (terminología uniforme)

Evaluación del juego Preescolar (Knox, 1997).

EPP Escala de Evaluación de la Psicomotricidad en Preescolar.

Breve Perfil Sensorial. (Dunn, 2002)

Perfil Ocupacional:

Manuel Emiliano es un niño físicamente más grande que su edad cronológica, por lo que en muchas ocasiones se le exige más de lo que su madurez propia puede ir dando.

Es alegre simpático y sociable sólo si logras hacer un buen vinculo con él. Si no es así es grosero y le cuesta mucho trabajo acceder a las peticiones.

Manuel Emiliano ingresa a “COLORES” en el año 2007 teniendo 3 años de edad. Desde su llegada Manuel Emiliano presento conductas disruptivas en el salón de clases, no cooperaba con las reglas del salón, sin tolerar la posición de la actividad por realizar, con bajos niveles de tolerancia a la frustración muy agresivo con sus compañeros constantemente los molestaba. La maestra tenía en ocasiones que contenerlo hasta que se calmara un poco.

La madre principal referente de Manuel Emiliano, justificaba las actitudes de Manuel, diciendo que habían sucedido muchos cambios en el ultimo año como cambio de residencia, de España a México, su hermana se queda en España, llegada a México casa nueva, ingreso al Kinder. La madre nos refiere que así era su esposo de chico y que no ve gran problema.

Durante el primer año de estancia en “Colores”, se establece un plan de trabajo educativo, de lenguaje y comportamental hacia Manuel Emiliano, mejorando bastante su proceso de trabajo en clases.

Se sugirió a la madre una valoración psicopedagógica y una ínter consulta con un Neurólogo pediatra para ayudar a su integración.

La Madre se resistió a realizar cualquier estudio ó valoración extra inclusive contemplo la posibilidad de un cambio de escuela. Con cuidado y buena relación intencional se logró poco a poco sensibilizar a la madre y acepto una ínter consulta con el departamento de Neurología Pediátrica de hospital privado donde se realizaron diferentes estudios y finalmente se observaron datos de inmadurez con irritabilidad cortical. Se evaluó también en el área de Psicología de dicho hospital quien le diagnostico TDAH con trastorno desafiante oposicionista y lo mandaron medicar con Estratera media pastilla en la mañana. (a partir de enero del 2008).

Habilidades del Desempeño Ocupacional.

Es un niño sociable con el adulto, llega a ser tierno y cariñoso si logras tener un vinculo con él; sin embargo su madre lo restringe mucho de las actividades sociales ya que en ocasiones presentar conductas disruptivas.

Manuel Emiliano realiza sus actividades escolares en un espacio agradable, tiene las instalaciones adecuadas y necesarias para su edad y su desempeño ocupacional. Se maneja libremente en el salón de clases, invernadero, salón de psicomotricidad, salón de música, salón de computación y patios de recreo.

A nivel cognitivo Manuel Emiliano se observó que le cuesta trabajo integrarse al trabajo del salón con una baja identificación de hábitos, rutinas y roles. presenta alteraciones en los procesos de atención y memoria, dificultad en la presión del lápiz, rasgado, corrugado, cortado así como alteraciones en la percepción visual; no accede a las sugerencias del maestro, y se desespera con facilidad, mostrando baja tolerancia a la frustración.

A nivel sensorial Manuel Emiliano presentó defensa táctil, inseguridad al movimiento gravitacional, y dificultad para organizar su cuerpo; en el área motora Manuel Emiliano presentó dificultad en la planeación motriz, dispraxias, inhabilidad deportiva, inmadurez perceptual y alteraciones posturales con pobres reacciones de equilibrio.

En las actividades de autocuidado se le dificulta mucho el desvestido, vestido así como los hábitos del día y la secuencia de las actividades.

En el juego Manuel Emiliano presentó dificultad para relacionarse con sus pares, integrarse al juego, poco seguimiento de instrucciones, toma de turnos y tolerancia a la frustración. Llegando a presentar conductas impulsivas, hostiles con irritabilidad e hiperactividad. En general se observó que Manuel Emiliano provoca un ambiente tenso, lleno de presión y con separación por parte de sus compañeros del salón.

Marco de Referencia:

Modelo de Ocupación Humana (MOHO) nos da un enfoque del pensamiento físico social y cognitivo de la persona y de su desempeño ocupacional. Es un modelo centrado en la persona.

“Este modelo nos da una forma de pensamiento sobre la adaptación ocupacional de las personas y del proceso de la terapia. Sus conceptos tratan la motivación para la

ocupación, la formación de patrones rutinarios de ocupaciones, la naturaleza del desempeño experimentado y la influencia del ambiente sobre la ocupación.” (Crepeau, 2003).

El MOHO maneja las áreas más importantes a trabajar con mi cliente:

- Volición la motivación por la ocupación “el hacer que”.
- Habitación el funcionamiento adecuado de los diferentes roles, rutinas, y hábitos.
- Capacidad de desempeño.

Marco de Referencia de Integración Sensorial

La Integración Sensorial es un proceso neurofisiológico y una teoría de relación entre la organización neural del procesamiento y el comportamiento sensorial.

Ayres (1989), terapeuta ocupacional que desarrollo ésta teoría, definió la integración sensorial como:

“El Proceso neurológico que organiza la sensación desde nuestro propio cuerpo y desde el ambiente y hace posible usar eficazmente el cuerpo dentro del ambiente. Los aspectos espacial y temporal de las aferencias de diferentes modalidades sensoriales son interpretados, asociados y unificados.” (Crepeau, 2005).

Este marco nos ayuda a organizar las sensaciones desde nuestro propio cuerpo y desde el ambiente y hace posible utilizar el cuerpo dentro del ambiente.

Plan de Intervención

El plan de intervención se realizo a través de un programa de casa.

El programa de casa se llevo a cabo con la familia y mi cliente desde un rol de consultor ayudando a mejorar las actividades volitivas de mi cliente y de su familia.

Las metas principales fueron: Crear estrategias de manejo en la escuela y la casa mejorar sus hábitos, roles, rutinas y valores; disminuir las actitudes negativas hacia él y hacia los demás y mejorar su interacción en el juego social.

Los objetivos principales fueron: desarrollar en la casa y la escuela ambientes óptimos de aprendizajes, que los padres y profesores aprendan el manejo de mi cliente.

Hacer secuencias diarias de trabajo para que el cliente vaya conociendo e identificando los diferentes roles y hábitos que se presentan en las diferentes ocupaciones y así ir las haciendo rutinas.

Favorecer un ambiente adecuado en los diferentes contextos en que se desarrolla mi cliente. A través de la participación social en el juego conocer las reglas, toma de turnos, grado de dificultad, tolerancia a la frustración.

La Intervención se centro en:

- 1.- Áreas de desempeño Ocupacional: Actividades de la vida diaria (básicas, instrumentales), educación, trabajo, juego y participación social.
- 2.- Habilidades y destrezas de desempeño ocupacional: Motoras, de procesamiento de comunicación e interacción.
- 3.- Patrones de desempeño ocupacional: Hábitos, rutinas y roles.
- 4.- Intereses y motivación de mi cliente.
- 5.- Contextos: Cultural, físico, social, personal, espiritual, temporal y virtual.

Los puntos más importantes a trabajar con Manuel Emiliano fueron:

1. Dificultad para relacionarse con sus pares.
2. Falta de autocontrol, agresión e impulsividad
3. Alteraciones en la volición
4. Alteraciones en la Habitación Roles, Hábitos, Valores, Rutinas
5. No permite observaciones por parte del maestro/padres
6. Juego brusco, agresivo.
7. Baja Tolerancia a la frustración.

El programa de casa consistió en sensibilizar a los miembros de la familia de Manuel Emiliano para trabajar en verano con él en varias actividades volitivas.

Planificar y ejecutar el programa dirigido a desarrollar, re aprender las capacidades y/o habilidades para lograr mayor autonomía y autocontrol en las actividades cotidianas. Diseñar actividades y/o tareas para el desarrollo de habilidades y destrezas motoras, de procesamiento y de comunicación e interacción de acuerdo a las necesidades de mi cliente.

Se platico con los padres sobre la necesidad de cambiar las conductas en casa: para ello se planeo el programa de casa de acuerdo a mejorar su desempeño ocupacional.

Se recomendó empezar desde hacer contacto ocular con él tener proximidad física, dar instrucciones de una a una en forma concreta y en un lenguaje positivo Una vez que Manuel Emiliano las llegara a cumplir deberían ser elogiadas inmediatamente. Cuando mi cliente este realizando alguna actividad reducir al máximo los estímulos externos que lo pueden distraer.

Se recomendó que Manuel Emiliano conociera muy bien y claramente las consecuencias negativas o positivas en el cumplimiento de la tarea.

PROGRAMA DE CASA:

I. CUIDADO PERSONAL:

- * Vestido
- * Alimentación
- * Baño
- * Higiene

Áreas de trabajo:

- Orientación de la ropa ,calzado
- Diferenciar derecha-izquierda.
- Diferencia delante-atrás
- Estrategias verbales en el proceso de vestido (visuales, físicas o verbales)
- Alimentación: agarre, coordinación bilateral (uso de cuchillo y tenedor), fuerza control.
- Secuencia de la actividad del baño.

Los padres deben observar y registrar:

- Vestido: ropa o calzado colocados al revés.
- Vestido: zapatos colocados al revés.
- Manera de comer descuidada, modales en la mesa.

II.PERCEPCION Y COGNICION:

- Memoria.
- Habilidades constructivas
- Atención
- Habilidades visuales de procesamiento.

Áreas de trabajo:

- Discriminación visual similitudes y diferencias ej. juego de memoria.
- Relaciones visoespaciales. ej. álbum de fotos.
- Memoria de secuencias ej. diario de secuencias de actividades de un día.
Se realizó con Manuel Emiliano un “cuento/agenda para que vea las secuencias de trabajo paso a paso en las diversas actividades a realizar. Por ejemplo: “Hoy es martes, día de escuela con actividades de música; al terminar la escuela te toca asistir a clases de natación, después vamos a casa realizamos la tarea, te bañas, cenas y a dormir “.
- Memoria visual. símbolos memorizados. ej. Portadores de texto en la calle.
- Constancia visual. ej. juegos de construcción.

Los padres deben observar y registrar:

- Falta de atención.
- Dificultad para reconocer letras o reproducirlas.
- Pobre orientación de las piezas de construcción.
- Bajo seguimiento de instrucciones.

III.HABILIDADES MOTORAS FINAS:

- Preescritura.
- Escritura
- Destrezas manuales.

Áreas de trabajo:

- Fuerza en los dedos y mano.
- Agarre y control del lápiz.
- Control de muñeca.
- Copia de formas.
- Calidad del trabajo.
- Rapidez y destreza.

Los padres deben observar y registrar:

- Falta de interés en las habilidades motoras finas.
- Mal agarre del lápiz.
- Incapacidad para hacer laberintos, juegos de números.
- Dificultad para copiar.

IV.HABILIDADES MOTORAS GRUESAS:

- Coordinación óculo-manual.
- Equilibrio.
- Conceptos espaciales.
- Coordinación bilateral.

Áreas de trabajo:

- Habilidad con el balón: lanzar y recoger, golpear el balón.
- Equilibrio: Saltos, equilibrio sobre una pierna, caminar punta-talón.
- Torpeza.
- Saltos y carreas poco coordinadas.
- Coordinación bilateral.
- Dificultad en el seguimiento de bailes.
- Habilidades locomotoras.
- Habilidades de planificación motoras.
- Discriminación derecha-izquierda.

Los padres deben observar y registrar:

- Miedo ante actividades motoras gruesas.
- Bajo nivel de motivación en las actividades gruesas.
- Incapacidad para saltar, correr.

- Dificultad para coordinar.

V. HABILIDADES SOCIALES:

- Autoestima.
- Comunicación.
- Interacción.

Áreas de trabajo:

- Juego cooperativo /habilidades para compartir.
- Desarrollo del autoconcepto y autoestima.
- Atención.
- Habilidades de escucha.
- Seguimiento de Instrucciones.
- Tolerancia a la frustración.

Los padres deben observar y registrar:

- Aislamiento en situaciones grupales.
- Cantidad limitada de amigos.
- Mostrarse reacio a participar en actividades grupales.
- Miedo de hablar en grupo.
- Dificultad para mantener contacto ocular.

Otras actividades sugeridas:

Ayudar con el trabajo del jardín, realizar encargos de los padres, ayudar a vecinos, compañeros, maestros.

Tiempo Especial para Jugar:

Seleccionar un momento del día, aprox de 20 min, sin tensiones ni preocupaciones para jugar con él.

Manuel Emiliano tendría la oportunidad de escoger o decidir a que querría jugar.

Se recomendó no tomar control de su juego ó modificarlo directamente solo dejarlo jugar. Y adquirir el rol que nos corresponda en el juego, si es necesario “jugar con la voz” “hacer ruidos gesticular”.

No enseñarle el juego, sino animarlo a que él siga desarrollándolo.

Si Manuel Emiliano se llegaba a enojar se sugirió retirarse del juego o de la actividad.

Realizar juegos creativos que proporcionen andamiajes necesarios para su avance terapéutico como son: juegos de construcción, juegos con objetos del hogar, herramientas de juguete, manualidades, colecciones, disfraces. inventos, experimentos, cuidado de animales domésticos

Juegos exploratorios donde se promueva la exploración del ambiente de juego, el uso apropiado de los objetos, el juego paralelo y se de inicio a la **resolución de problemas y atención a la tarea.**

Juegos constructivos donde se proporcionen distintas actividades semiestructuradas a muy estructuradas que varíen en complejidad y en el número de pasos e instrumentos para completar la actividad. Con estos juegos se promueven las acciones de **compartir, esperar turnos, interacción con sus pares, resolución de problemas y destrezas en el uso de instrumentos.**

Juego Imaginario **simples donde se centra el aprendizaje en los roles y la participación en juego asociativo con compañeros, una vez dominado éste se pasa al juego cooperativo donde se promueven las secuencias de tiempo dentro del contexto de un rol.**

Juegos de Mesa en una situación estructurada. Aquí se promueve el juego cooperativo toma de **decisiones, seguimiento de reglas, respetar turnos, resolución de problemas y aceptación de ganar o perder.**

Resultados.

El programa se está realizando actualmente con la colaboración del niño y la familia de acuerdo a los objetivos planteados para ayudar a su desempeño.

Los padres están reportando periódicamente los resultados en las áreas de trabajo observadas, reportando las actividades que no puede realizar, aquellas que las realiza cada vez mejor ó las que ya realiza sin ayuda.

Actualmente están viendo cambios significativos en la realización de las actividades de cuidado personal, la secuencia de un día con mejores niveles de frustración, mejoría en los sentimiento de sí mismo, identificación de sus roles. Acepta ya sugerencias por parte de los padres y algo muy importante ya solicita la ayuda cuando alguna actividad le cuesta trabajo.

La evaluación del programa se realizará mediante fuentes indirectas (Informes familiares e integrantes del equipo interdisciplinario), y fuentes directas que identificaran los avances y las necesidades de intervención ocupacional.

Los resultados se harán en un informe descriptivo donde el terapeuta podrá hacer juicios clínicos basados en observaciones y en el progreso registrado durante los programas de intervención (Gimeno, Pérez, 2005).

Se documentará periódica y regularmente los avances, las observaciones de los padres y maestros los cambios en el desempeño ocupacional y en los componentes del desempeño de mi cliente.

Se reportaran los **progresos obtenidos, la readaptación de resultados planificados, así como la readaptación de métodos.** Crepeau. (2005).

Los propósitos de la evaluación de resultados son:

- 1) Establecer el progreso desde la valoración inicial.
- 2) Documentar el estado del desempeño ocupacional y los factores que lo apoyan ó inhiben.
- 3) Documentar las recomendaciones para facilitar el desempeño ocupacional.
- 4) Documentar las recomendaciones para cualquier servicio continuo necesario.
- 5) Documentar la eficacia de la terapia ocupacional para que el paciente participe en una ocupación significativa. Crepeau. (2005).

“El papel de terapeuta consultor contiene un elemento difícil a saber: la futura aplicación por parte del cliente de lo ofrecido por el consultor y el grado en que es aplicado “. (Polonio. L, (2001).

El sistema de evaluación de calidad de trabajo del consultor debe ir dirigido a todos los elementos del proceso que dependen de él mismo.

ANALISIS:

Los modelos de programas de casa más utilizados en terapia ocupacional son servicios directos, seguimiento y consulta (Dunn, 1988; Hanft y Place ,1996; Case-Smith, Rogers y Jonson, 2001).

El servicio directo es uno de los modelos más comunes, es cuando el terapeuta se reúne con el cliente en forma regular.

El servicio de seguimiento, el terapeuta identifica las necesidades del cliente y diseña intervenciones apropiadas y otra persona desarrolla el plan. El terapeuta se reúne con el cliente periódicamente para controlar el progreso.

El servicio de consulta emplea la experiencia especializada del terapeuta para mejorar el ambiente del cliente y entrenar a los padres de familia con el objeto de implementar intervenciones para el cliente. (Crepeau, 2005).

El plan de intervención se tuvo que ir modificando por las características de familia de mi cliente.

Se les sensibilizo a los padres de Manuel Emiliano a trabajar con él en actividades volitivas, durante el verano de acuerdo al programa de casa arriba señalado para mejorar: el mecanismo de autorregulación que es el cimiento de la socialización y vincula los dominios del desarrollo físico, cognoscitivo, social y emocional. (Kopp, 1982).

Una de los principales objetivos que se trabajaron con mi cliente fue que: "Antes de que puedan controlar su propia conducta los niños necesitan controlar sus procesos de atención y modular sus emociones negativas". (Eisenberg, 2000).

Se recomendó a los padres de Manuel Emiliano a valorar los logros de él y ver el cumplimiento de los objetivos a corto plazo. El manejo del programa de casa se ha ido supervisando regularmente para ver la respuesta de los padres e irlos motivando en la continuidad del programa.

Estrategias de apoyo para los padres:

- Se ayudó a la familia a entender los métodos terapéuticos ya que de esa manera los padres entenderán la importancia del programa de casa y verán los avances de Manuel Emiliano.

- Se ayudó a la familia a aumentar la comunicación positiva con el niño. Para mejorar su autoestima, su confianza en él mismo y sus actividades que realiza.
- Se están estableciendo los roles familiares y a compartir y responsabilizar tareas.
- La familia ha encontrado pasatiempos, intereses y actividades que pueden hacer juntos.
- La familia a empezado utilizar los recursos apropiados y pedir ayuda en los sistemas de apoyo comunitarios.

En este programa, se esta llevando a cabo el rol de consultor, en el cual el terapeuta ocupacional es un integrante del equipo educativo interdisciplinario que colabora con el profesional **para ayudar a mi cliente.** (Gimeno, I.2005).

CONTRIBUCION:

Los terapeutas ocupacionales ofrecen una contribución importante a la evaluación y rehabilitación de las habilidades del proceso cognitivo-perceptivo debido al conocimiento educacional, el análisis de la actividad y la capacidad para analizar los síntomas cognitivos perceptivos que pueden estar involucrados. En base a ellos darán las intervenciones de manejo.

La Terapia Ocupacional centrada en el juego, que es la principal ocupación del niño y es el medio de intervención en el proceso terapéutico utilizado por el terapeuta ocupacional para adecuar las actividades y lograr un desempeño ocupacional satisfactorio a través del cual se pueda integrar y cubrir las necesidades ocupacionales y así ayudar al autocontrol, conocimiento, comportamiento y aprendizaje sensitivo-motor.

Como terapeutas ocupacionales tenemos la responsabilidad de aportar al ámbito terapéutico la nueva perspectiva de tratamiento de Terapia Ocupacional en estos niños, contribuyendo en su intervención terapéutica para desarrollar a través de los aspectos volitivos del desarrollo señalados anteriormente estrategias de manejo en

casa y escuela mejorando la integración de ellos en el ambiente que se desenvuelven.

Ésta practica innovadora quiere dar a conocer la importancia de la Terapia Ocupacional dentro del diagnostico del TDAH. Es importante llegar a encontrar las alteraciones del desempeño ocupacional de estos niños así como las alteraciones en la parte volitiva.

Lejos de defender una visión reduccionista, esta práctica innovadora considera preciso la integración de los componentes del Modelo de Ocupación Humana para formar parte de un tratamiento integrado **donde se manejen las áreas de volición, habituación y causalidad personal en los niños con TDAH.de acuerdo al modelo persona–ocupación-ambiente .**

Para crecer y desarrollarse humanamente se necesita aprender, adaptarse y enfrentarse al mundo con movimiento y emociones –si este canal de aprendizaje se interrumpe el efecto desorganizador ejercerá un impacto sobre muchas áreas del desarrollo de la función.

Considero que el papel del terapeuta ocupacional en este padecimiento es de gran relevancia pues tiene un gran compromiso en la evaluación del desempeño ocupacional del niño para **ayudarlo de forma significativa.**

Los niños tienen un impulso innato de progresar hasta el próximo nivel de destreza, si el impulso es alterado por una patología, el terapeuta ocupacional complementará y aumentará la función en el nivel de desarrollo.

El terapeuta ocupacional debe ser capaz de capitalizar los potenciales reconocidos del niño y ayudarlo a adaptarse a su situación de vida. Y desarrollar procedimientos para normalizar las interrupciones patológicas y disfuncionales.

No debemos olvidar que:

* Cada niño se desarrolla a un ritmo diferente.

* Las expectativas de los demás afectan la conducta de un niño.

* El comportamiento de un niño no “mejora” constantemente, parece alternar entre periodos de equilibrio y desequilibrio.

Creo que como terapeutas ocupacionales podemos intervenir de manera muy positiva en esta alteración del desarrollo, es necesario hacer una conciencia de la cantidad de niños que padecen actualmente TDAH en México y de esta manera poder contribuir y ayudar al proceso de tratamiento ocupacional de estos niños.

Dentro del ambiente educativo Mexicano se han logrado muchos cambios desde el cambio en el programa, educativo respetando más el proceso individual del niño, la educación basada en competencias y un programa más holístico, situación muy favorecedora para estos niños, pues dentro de su ambiente escolar (público ó privado) se les da la oportunidad de intervenciones tempranas y orientación a los padres y educadores de estos niños.

REFERENCIAS:

Behrman, R. (1997) .Trastorno por déficit de atención e Hiperactividad. Editorial Mac Graw Hill 1ª Edición. España, Vol. 1 109-11

Bruner, J. (1989) Acción pensamiento y lenguaje. (Linaza compilación) Ed.Alianza Psicologica.Madrid.

Crepeau, C.S. (2005). Terapia Ocupacional. Editorial Medica Panamericana .10ª edición .España. 212-215, 223-225,248-251,354-356,

Dickson. M. (2006) Papás con el TDAH: Construyendo relaciones afectuosas con sus hijos/as. Revista para los amigos de ADANA, 1-4

Decroly,O. y Monchamp,E (1986) El Juego Educativo .Ed. Morata 2ª edición .Madrid.

Hornero, S. (2000) Terapia Ocupacional en educación especial. Revista Informativa de la Asociación profesional de Terapeutas Ocupacionales. No 24.11-13.

Lolas, S. e Quezada, S. (2003). Pautas Éticas de Investigación en sujetos humanos: Nuevas perspectivas .Editores Bioética. Chile.

Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process. The American Journal of Occupational therapy, (2002) Vol.56.No .6, 609-639.

Papalia, D. (2007) Desarrollo Humano .editorial Mc Graw-Hill Interamericana.9ª Edición .México .34-36, 168-179, 208-209, 232-244.

Polonio, L. (2001).Conceptos Fundamentales de Terapia Ocupacional .Editorial Medica Panamericana 1ª Edición. España .99-103, 125-132.

Sabino. C, (1992) El proceso de investigación. Ed. Panapo, Caracas.

Santos, C. (2007) Propuesta Psicoeducativa de Evaluación y tratamiento en niños con TDAH. Revista de Psiquiatría y Psicología al niño y al adolescente Vol.7, 110-124.

Scandar, O. (2007). El niño que no podía dejar de portarse mal .TDAH: Su comprensión y tratamiento. Editorial Distal. Buenos Aires. 9-18. ,85-88

Spackman, W. (1998).Terapia Ocupacional. Editorial Medica Panamericana .8ª edición España.95-97, 114-121, 260-263 ,264-265, 507.

World Federation for Mental Health. (2003)TDAH: ¿Tienen la culpa los padres? 1- 3.

Artículos y Revistas:

Dunbar S. (1999). Child's occupational performance: considerations of sensory processing and family context. American Journal of Occupational Therapy. Vol.53 231-235;

Estrella, N. (2003) Terapia Ocupacional y educación. (Departamento de la Universidad Nacional de Vic) .Revista Catalana de educación y atención a la diversidad. Vol.7. 10-13.

Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales .Definición de Terapia Ocupacional. (2004).

Florey, L. (1971). An Approach top lay and play Development. The American Journal of Occupational Therapy. Vol.XXV. No 6 275-280.

Gimeno, I. E Pérez, E. (2006)Terapia Ocupacional en Educación. Colegio de Terapeutas Ocupacionales de Navarra.3-11.

Moreno, G (2001).Tratamiento Psicológico de la hiperactividad infantil: un programa de intervención en el ámbito escolar. Revista de Psicología. 54; 81-93;

Shirley. (1971). The Importance of Creative Play. The American Journal of Occupational Therapy.Vol.XXV.No6, 285-290.

Internet:

www.espacioLogopédico.com 27 febrero 2008 La importancia del contexto familiar en el aprendizaje.

World Federation for mental Health (2003). TDAH: ¿Tienen la culpa los padres? Accesado: www.trastornodehiperactividad.com/ en Agosto 2008

Ekeland, E., Heian, F. H. Agent, Abbott, J. Nordeheim L. (2006) Ejercicios para mejorar la autoestima en niños y personas jóvenes (revisión Cochrane traducida/.En: La biblioteca Cechrane plus Número 2. Oxford: Update Software Ltd. (traducida The Cochrane Library, 2006 Issue 2. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd. Accesado: www.update-software.com en Agosto 2008

Bjurnstad, G. Montgomery, P. (2006). Terapia Familiar para el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en Niños y Adolescentes (Revisión Cochrane Traducida. En la biblioteca: Cochrane plus 2006 Número 3 Oxford: Update Software Ltd. Traducida The Cochrane Library, 2006. Issue 3, Chichester: John Wiley & Sons, Ltd. Accesado: www.update-software.com en Agosto 2008.