

TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN TERAPIA OCUPACIONAL.

ATTENTION DEFICIT DISORDER AND HYPERACTIVITY IN OCCUPATIONAL THERAPY

Palabras Clave: Trastorno déficit de atención e hiperactividad. Evaluación Ocupacional. Terapia Ocupacional.

Key Words: Attention Deficit Disorder with Hyperactivity, Occupational assessment , occupational therapy.

DECS: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, evaluación, ocupaciones, terapia ocupacional.

Mesh: Attention Deficit Disorder with Hyperactivity, evaluation, Occupations, occupational therapy



Autora

Dña. María Ángeles Domingo Sanz.

Terapeuta Ocupacional. Hospital Universitario de Puerto Real, Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil-Hospital de Día.

Como citar este documento:

Domingo Sanz M. Trastorno de déficit de atención e hiperactividad en terapia ocupacional. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2008 [fecha de la consulta]; 5(8): [17 p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num8/pdfs/caso1.pdf>

Texto Recibido : 01/03/2008
Texto Aceptado: 30/05/2008

Introducción

Según el decreto/2008 de ordenación administrativa y funcional de los Servicios de Salud Mental en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud, la Unidad de Salud Mental infanto-juvenil es un dispositivo asistencial de salud mental destinado a desarrollar programas especializados para la atención a la salud mental de la población infantil y adolescente menor de edad del área hospitalaria de referencia o área de gestión sanitaria correspondiente.

La Unidad de salud mental infanto juvenil-Hospital de Día (USMI-HD) se constituye como dispositivo asistencial de referencia para el tratamiento intensivo en régimen de Hospital de Día.

Para ello es esencial en dicho dispositivo el trabajo en equipo multidisciplinar con un enfoque activo, integral y con una acotación temporal limitada, lo

RESUMEN

El caso que se presenta a continuación tiene como objeto mostrar la utilización del Marco de trabajo para la práctica de la terapia ocupacional: dominios y procesos (AOTA, 2002) en un sujeto diagnosticado de trastorno de déficit de atención e hiperactividad en la Unidad de Salud Mental infantil.

Tanto la valoración como la intervención en el Departamento de terapia ocupacional se han basado en los ámbitos de Actividades de la Vida diaria, desempeño ocupacional en la escuela y su entorno familiar y social.

SUMMARY

The case that follows is intended to show the use of the Framework of work for the practice of occupational therapy: domains and processes (AOTA, 2002) in an individual diagnosed with attention deficit disorder and hyperactivity in the Health Unit Mental child.

Both the valuation as intervention in the Department of occupational therapy have been based on the Activities of Daily Living, occupational performance at school and their family and social environment.

que exige objetivos terapéuticos concretos y una evaluación continuada que valore la consecución o no de los mismos con la posterior modificación o reformulación.

Su Objetivo General es proporcionar una atención integral e individualizada ajustada a las necesidades de cada niño. La Cobertura de edad es de 0 a 17 años inclusive. El Equipo de profesionales que lo integran es un equipo multidisciplinar, en continuo contacto con los Equipos de Salud Mental de Distrito y de otros dispositivos.

Este equipo esta formado por los siguientes profesionales: Psiquiatra, Psicólogo, Terapeuta Ocupacional, Trabajador Social, Enfermera, Auxiliar de Enfermería y en algunas USMIJs-HD profesor y monitor ocupacional. La finalidad del Hospital de Día es la reinserción escolar, familiar y social. (1)

En el caso clínico que se presenta, trataremos de mostrar la importancia que una intervención precoz en patología infantil desde el punto de

vista del Marco de trabajo para la practica de la terapia ocupacional (AOTA,2002) (2), puede mantener y/o mejorar la sintomatología que de manera preocupante impide al sujeto, ser capaz de adquirir sus habilidades de desempeño ocupacional adecuadamente en el entorno que le rodea.

Hemos visto conveniente elegir una de las patologías que se dan con más frecuencia y que más puede dificultar a los niños desarrollarse normalmente en las áreas de desempeño ocupacional, habilidades de desempeño, patrones de desempeño u entorno, esta es el Trastorno de déficit de atención e hiperactividad.

Este trastorno se caracteriza por satisfacer la existencia de un número determinado de síntomas de desatención, hiperactividad e impulsividad, en las clasificaciones internacionales; los síntomas deben estar presentes antes de los 7 años y durar más de 6 meses; deben manifestarse en dos o más entornos y debe existir un claro deterioro de la actividad familiar, social y académica.

Los niños que padecen este trastorno suelen cursar con conductas problemáticas y desadaptadas, enfrentamientos con la autoridad, desobediencia, ira y agresividad.

El pronóstico cuando estos niños llegan a la edad adulta, si no ha existido una intervención temprana, es que pueden llegar a tener problemas delictivos, abusos de sustancias, o problemas de personalidad, persistiendo la impulsividad y el déficit cognitivo y disminuyendo la hiperactividad en la adolescencia. De ahí la importancia de una detección e intervención precoz en el período preescolar y escolar.

Se pueden detectar ciertas conductas predominantes como:

- **Inatención:** no termina las tareas que empieza, comete muchos errores, no se centra en los juegos, muchas veces parece no escuchar cuando se le habla directamente, tiene dificultades para organizarse, evita las tareas que requieren esfuerzo, muy a menudo pierde las cosas que necesita (lápices, libros, ropa...), se distrae con cualquier cosa, es muy descuidado en las actividades, son "lentos e inexactos".
- **Hiperactividad:** movimientos constantes de manos, pies, se levanta constantemente, corretea por todos lados, le cuesta jugar a actividades tranquilas, está activado como si tuviera un motor, habla en exceso.
- **Impulsividad:** se precipita en responder antes de que se hayan completado las preguntas, tiene dificultades para guardar turno, suele interrumpir o se inmiscuye en las actividades de otros (por ejemplo, se entromete en conversaciones o juegos), estilo cognitivo impulsivo: "rápidos e inexactos".
- **Conductas agresivas:** empuja, pega y da codazos para ponerse el primero, discute enfadado, no le gusta que le lleven la contraria, se niega a trabajar y se muestra desafiante, quita y destruye las cosas de los demás, se niega a

compartir las cosas, fuerza a otros niños a hacer algo que no quiere, tira las cosas y las destroza, insulta, pega y da patadas a los adultos.

- **Funcionamiento cognitivo:** disfunción de la atención, más que déficit de atención; dificultad de la atención controlada frente a la automática; dificultad en procesar varios estímulos simultáneamente; dificultad en distinguir los estímulos relevantes de los irrelevantes (ej., baraja de cartas, clasificación por forma); dificultad para mantener la atención de forma continuada, dificultad para atender estímulos que aparecen con una frecuencia lenta; dificultad en aprender y recordar lo aprendido procesando la información de forma más superficial y momentánea; mayor sensibilidad a las variaciones del contexto o del ambiente de trabajo; estilo de procesamiento cognitivo impulsivo, rápido, e inexacto, dependiente del campo perceptivo que se le presente, predominando actitudes poco analíticas, estrategias de ensayo y error poco elaboradas y rigidez cognitiva; dificultades de aprendizaje traducido normalmente a un fracaso escolar por dificultades en la comprensión lectora, cálculo, resolución de problemas matemáticos, escritura y nociones perceptivo-espaciales. Por último, dificultades para seguir instrucciones y mantener la motivación.
- **Área socio emocional:** baja tolerancia a la frustración, baja autoestima por las escasas experiencias de éxito, aparición de sentimientos depresivos, desfase entre capacidad intelectual y emocional: inmadurez, comportamiento infantil e inestable, cambios bruscos de humor, necesidad de llamar la atención: comportamiento desobediente, aun a costa de ser castigado o premiado con apariencia de que no le importan las consecuencias de sus actos, dependencia de la aprobación de los adultos, tienden a culpar a los demás de sus errores, les cuesta ponerse en el lugar del otro y tener en cuenta sus deseos y sentimientos, menos autónomos, dificultades en las relaciones sociales siendo niños más rechazados por sus iguales.

1. METODOLOGIA:

A continuación expondremos el caso según el marco teórico de la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA, 2002), en el que la **evaluación ocupacional** se centra en identificar los problemas relacionados con:

- El desempeño ocupacional: actividades de la vida diaria (básicas y personales), actividades instrumentales de la vida diaria, educación y trabajo, juego, tiempo libre y participación social.
- Habilidades de desempeño: motoras, procesamiento, comunicación.
- Patrones de desempeño: hábitos, rutinas y roles.
- Entorno: cultural, físico, social, personal, espiritual, temporal y virtual.
- Demandas de la actividad.
- Características del cliente.

A través de la evaluación ocupacional identificaremos los déficits e inadaptaciones del sujeto en los diferentes ambientes ocupacionales, obteniendo al final del proceso, ***el perfil ocupacional-funcional que es la información que describe la historia ocupacional y experiencias del cliente, sus patrones de desempeño en la vida diaria, sus intereses, valores y necesidades (2)*** y así poder elaborar un plan de tratamiento adecuado a las características, necesidades e intereses del sujeto.

La información, en nuestro caso clínico, se ha recogido de la siguiente manera: de forma indirecta del informe y reuniones del facultativo referente, y de forma directa a través de las entrevistas realizadas por el terapeuta ocupacional a la familia, al tutor escolar, valoración Psicomotora y por mediación de la observación del juego e interacción social de H.A.

Una vez que se han recogido los datos evaluativos, el terapeuta revisa la información y desarrolla una hipótesis de trabajo en relación a las necesidades prioritarias y los puntos fuertes y débiles del paciente. Pasamos así, al **análisis del desempeño ocupacional** que se define como *“la capacidad para llevar a*

cabo las actividades de la vida diaria, incluyendo las siguientes actividades en las áreas ocupacionales: actividades de la vida diaria: básicas e instrumentales, educación, trabajo, juego, ocio y participación social".

"El desempeño ocupacional resulta de la consecución de la ocupación o actividad seleccionada y ocurre a través de una transacción dinámica entre el cliente, el entorno y la actividad. La mejora o desarrollo de las habilidades y patrones del desempeño ocupacional permite el involucrarse en una o más ocupaciones (adaptado en parte del Law et al. 1996, pag. 16)". (2)

El siguiente paso es el **proceso de intervención**, que se divide en tres pasos: plan de intervención, aplicación de la intervención y revisión de la intervención.

Según el Marco de trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional, y después de analizar el desempeño ocupacional en el caso clínico que nos ocupa, hemos seleccionado como estrategias de intervención las siguientes:

- enfoque **restaurador** que se define como *"este enfoque se dirige a modificar las variables del cliente para demostrar una destreza o habilidad que todavía o se ha desarrollado o para restaurar una destreza o habilidad que ha empeorado (adaptado de Dunn et al., 1998, p. 533)".* El foco de intervención son: las destrezas de desempeño, los patrones de desempeño y las características del cliente.
- Y el **enfoque modificador** (compensatorio o adaptador), este enfoque está dirigido a corregir el entorno o la demanda de la actividad para fomentar el desempeño en un entorno habitual; incluye técnicas compensatorias como aumentar algunos elementos con el fin de proporcionar señales o reducir otros elementos con el objeto de no distraer la atención de la persona. (adaptado de Dunn et al., 1998, p. 533).

2. RESULTADOS

2.1 Motivo de consulta

H. A. llega a la USMI-HD con 7 años de edad a petición de la psicóloga del Equipo de Orientación Escolar, por presentar problemas de conducta de relaciones sociales entre iguales y déficit de atención, los padres relatan síntomas similares en el contexto familiar. Se deriva por su facultativo referente a valoración e intervención de terapia ocupacional. Comienza tratamiento farmacológico (Concerta).

H. A. es el mayor de dos hermanos, vive con sus padres y su hermana menor. Nace de un embarazo fisiológico, parto a término. Apgar 9-10, desarrollo normal, tanto en el aspecto motor como es social durante el primer año de vida. Desarrollo psicomotor sin anomalías. Control de esfínteres a los dos años. Fue a la guardería durante un año antes de la escolarización obligatoria a los tres años de edad donde ya referían sus profesoras que era un niño inquieto. Una vez escolarizado comienzan las quejas de los profesores al ser un niño que destacan por sus conductas desadaptadas. Cuando llega a terapia ocupacional las principales quejas son: corre por el aula sin obedecer las ordenes parece como si estuviera sordo cuando se le llama, no termina las tareas a tiempo distrayéndose continuamente y molestando a los compañeros, habla cuando no le corresponde, pierde las cosas, constantemente llama la atención a otros niños haciendo que se cae de la silla o haciendo gestos y ruidos con la boca cuando debería callar, repite preguntas una y otra vez, se olvida que debe hacer cuando se le ha explicado con anterioridad la tarea, pierde las cosas y se levanta varias veces de la silla durante la clase.

2.2 Evaluación Ocupacional

En la valoración ocupacional inicial, H. A. acude con sus padres. A petición de la Terapeuta Ocupacional acepta ir con ella a la sala de exploración. Realiza las actividades propuestas por la T.O. en las que observamos una baja tolerancia a

la frustración y una causalidad personal infravalorada en la competencia y eficacia para la realización de actividades. No es capaz de mantener una secuencia de actividad, dejando algunos ejercicios sin terminar. Alto grado de impulsividad, hiperactividad e inatención en la ejecución de las actividades siendo ineficaz su rendimiento ocupacional.

ANALISIS DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL:

I. Desempeño en Áreas Ocupacionales:

En las **Actividades de la vida diaria**, alimentación, vestido, aseo personal presenta dificultades en su realización, tanto en el inicio de realizarlas, por oposición, como en la secuenciación y finalización de las mismas una vez que las realiza, teniendo comportamientos de enfado y frustración al ver que no es capaz de realizarlas enfrentándose a la figura de autoridad constantemente y exigiendo que le realice, la persona que esta a cargo de él, dicha actividad.

En las **Actividades Instrumentales de la vida diaria**, ayuda a preparar alguna comida y limpieza de su cuarto, con frecuentes enfrentamientos, aunque si le gusta ir a la tienda a por el pan con supervisión.

En educación escolar, en lo referente en su actitud en el aula, según relata su profesor, le cuesta mucho atender a las explicaciones, molesta a los compañeros, y se levanta frecuentemente de la silla con cualquier excusa. El rendimiento escolar es deficitario desaprobando varias asignaturas del curso escolar. En casa tarda mucho tiempo en hacer la tarea, no le gusta y se desanima pues no se concentra y se distrae continuamente. Su nivel escolar es inferior a su edad.

Los juegos que prefiere son los de competición, el fútbol sobretodo, aunque en varias ocasiones tiene conflictos con los compañeros del equipo porque no le pasan el balón. En el recreo le gusta jugar al escondite, al "pilla-pilla", pero en ocasiones se enfada cuando no salen las cosas como él quiere y los niños no quieren jugar con él. También le gusta los video-juegos pasando varias horas jugando a la vídeo-consola en casa.

II. Habilidades de desempeño:

El **área motora** es adecuada a su nivel evolutivo, puntuando por debajo el ítem de control postural y equilibrio, sin ser significativa esta puntuación.

En el **procesamiento ocupacional** en H.A, se observa que no es capaz de mantener una secuencia de actividad dejando algunos ejercicios sin terminar. Tiene dificultades en mantener la atención en la tarea, elegir y organizar objetos en el espacio, así como iniciar y terminar los pasos durante la realización de la tarea.

Las **interacciones con otros niños** suelen ser poco efectivas, ya que su forma de relacionarse es habitualmente poco asertiva, y cuando no salen las cosas como el quiere se niega a participar y colaborar con los demás niños. Con la T.O. no suele transmitir sus necesidades o intenciones cuando necesita algo, tendiendo a actuar sin comunicarse, cogiendo cosas sin permiso, por ejemplo.

III. Patrones de desempeño:

Su **patrón de desempeño** se destaca en tener hábitos en el área de desempeño sin establecer. Se observa un entorno familiar estabilizador y colaborador, aunque actualmente con ineficacia en establecer hábitos en las actividades de la vida diaria en H.A y a poner límites comportamentales ante las conductas desadaptadas del niño

IV. Entorno:

Como datos de su **entorno** recogemos que a H.A, le gusta ir a montar en bici al campo con su padre, y hacer "experimentos" con arena y agua en el patio de la casa. Tiene como mascota un perro, al que de vez en cuando le da de comer aunque otras veces le agrede, haciendo que el animal huya de él en cuanto le ve.

Con su hermana, suele discutir y pelearse por ver los programas de la televisión, o cuando organizan juegos de competición y H.A. pierde.

Otros familiares como sus abuelos maternos, van frecuentemente a visitarles a su casa, para cuidarles, (H. A. respeta y obedece especialmente a su abuelo) y los viernes suelen ir a su casa para merendar pastel de manzana que hace su abuela, algo que a H.A le encanta.

Como clases extraescolares ha estado apuntado a fútbol, pero le tuvieron que quitar pues no se adaptaba a las normas del juego y el árbitro siempre le tenía en el banquillo, además de las frecuentes quejas que le daba a sus padres por que no aceptaba las normas.

Ahora esta apuntado a natación y va los lunes y miércoles.

Los fines de semana suelen ir a la casa de campo de una tía que vive en las afueras de la ciudad. Allí, tienen animales de corral y a H. A. le gusta participar en darles de comer y cuidarles con su tío. Suele coincidir con niños de su edad de otras casas con los que se suele llevar bien, juegan al escondite, a los coches, y en verano se van a la playa juntos, pues viven cerca de esta.

Es fundamental recoger la información esencial a través de la evaluación ocupacional para comenzar el proceso de tratamiento y priorizar los objetivos de intervención. Conocer, que necesidades tiene el paciente y su entorno, sus puntos fuertes y débiles, qué tipo de cosas le gustan y cuales tienen interés para él, son las directrices que nos proporcionarán las herramientas necesarias al paciente y su familia.

Se han detectado los siguientes diagnósticos ocupacionales para su intervención ocupacional:

- alteraciones en el área de desempeño en la adquisición de las AVDs en el entorno escolar y familiar. Déficit en autonomía personal, debido a las dificultades en su realización, tanto en el inicio de realizarlas, como en la secuenciación y finalización de las mismas una vez que las realiza, por problemas relacionados con la falta de atención e impulsividad, llegando a tener niveles de frustración y descontrol de emociones muy difíciles de manejar para realizar dichas actividades competente, autónoma y satisfactoriamente.
- alteraciones en las habilidades de desempeño en las habilidades de procesamiento en el entorno escolar debido a las dificultades

atencionales, de inquietud motriz e impulsividad, no es capaz de prestar atención a las explicaciones, teniendo un rendimiento escolar bajo y de desempeño ocupacional en el ámbito escolar.

- Alteraciones en la participación social con iguales y adultos, déficit en habilidades sociales adecuadas al contexto debido a la falta de habilidades de comunicación, puesto que en su comportamiento con iguales o adultos, se limita más a "actuar" sin pensar que en planificar acciones controlando sus emociones, lo que le hace ser poco competente socialmente.
- Alteraciones en la adecuación y adaptación en la realización de juegos y ocio de participación social debido a la dificultad en aceptar normas, tanto sociales como del propio juego, siendo muy competitivo y poco empático hacia los demás.
- Alteraciones a nivel de ejecución de destrezas motoras debidas a la escasa habilidad de control corporal y posicional como prerrequisito para realizar actividades manipulativas o de desempeño ocupacional.
- alteraciones en el patrón de desempeño en los hábitos en el entorno familiar y escolar debido al poco interés en actividades relacionadas con el hogar y relacionadas con ocupaciones que impliquen "normas", empeorando la situación cuando se detectan niveles emocionales poco manejables en situaciones conflictivas.

Después de razonar los posibles diagnósticos ocupacionales, pasaremos a priorizar los mismos secuenciándolos en un plan de intervención. El plan de intervención con sus objetivos específicos, se lo mostraremos a los padres y al niño, para que conjuntamente pactemos unos objetivos definitivos para comenzar. Según se obtengan los resultados de los programas se irán modificando, a su vez, sus prioridades.

Las intervenciones individuales y grupales, se han centrado tanto en el niño como en la familia.

2.3 Intervención Ocupacional

Tendremos en cuenta que la autonomía personal en los niños debe irse moldeando poco a poco, planteándonos objetivos de intervención con los apoyos o ayudas necesarios para que los puedan realizar sin dificultad. Debemos plantearnos los objetivos de acuerdo a su edad evolutiva y no a su edad biológica, pues si les exigimos más de lo que pueden dar, solo conseguiremos aumentar la frustración y desmotivación del niño y no tanto resaltar sus aptitudes y habilidades.

En H.A. hemos observado que su autonomía personal esta por debajo de su edad cronológica, así que comenzaremos a marcarnos objetivos concretos a partir de la edad inferior y no pasaremos a la etapa siguiente sin haber consolidado la anterior.

En el programa de terapia ocupacional se marcarán objetivos para mejorar aspectos del niño y su entorno por lo que es imprescindible contar con el apoyo y entrenamiento de los padres para que aprendan las estrategias a seguir en su entorno familiar.

Sería también aconsejable instruir a los tutores en el colegio para que adopten las mismas pautas de intervención, aportándoles información referente a aquellas estrategias que se apoyan en procesos de enseñanza-aprendizaje (modelado social), encadenamiento, reforzamiento positivo, extinción, generalización, moldeado, modelado y economía de fichas, entre otras.

Debemos tener en cuenta que los niños pasan entre 5 y 6 horas diarias en el ámbito escolar, en la que como *"objetivo principal van a obtener las habilidades necesarias para funcionar de manera exitosa e independiente como un miembro de la sociedad responsable y contribuyente"* (Bukatko y Daehler, 2001). Últimamente, por el tiempo que los niños pasan en los colegios, además estos están tomando un papel muy importante en el desarrollo infantil en todas sus áreas.

Según Romero Ayuso, en la edad escolar existirá un aumento de roles y experimentación, roles escolares. Continúan aumentando los roles de pertenencia al núcleo familiar y los roles ligados a la amistad aumentan.

De los siguientes programas que se presentan, se realizarán de forma simultánea priorizando las necesidades de H. A y sus padres. Según nuestro diagnóstico ocupacional, les proponemos una secuencia de objetivos a cumplir, como plan de intervención.

➤ Programa de Hábitos de autonomía personal

Objetivos de adquisición de hábitos de autonomía personal:

El programa de "Autonomía personal", consiste en adquirir los hábitos adecuados en el niño, que, durante la semana a través de un registro donde tiene que rellenar (con caras contentas o tristes) según la realización o no de las actividades de la vida diaria básicas pautadas y según la "línea base" establecida en cada niño. Después estos registros se revisan en el grupo semanal, reforzando a los niños los resultados obtenidos y se le dan pautas y seguimiento a los padres para potenciar la conducta deseada en el niño, Además de recordarles que tienen que pactar con el niño un premio (preferentemente social) al final de la semana y dárselo lo antes posible si ha obtenido las caras contentas concretadas la semana anterior.

Con el programa de autoregistros semanales se trabajan los siguientes ítems:

- Vestirse/desvestirse y guardar la ropa ordenadamente
 - Ayuda a poner/quitar la mesa
 - Comer solo y sentado en la silla durante toda la comida
 - Preparar su merienda
 - Hacer la tarea del colegio de 16:00 a 17:00 horas.
 - Colaborar en la ducha
 - Lavarse los dientes
 - Recoger su habitación antes de cenar
 - Preparar la mochila del colegio después de cenar
-
- Programa de desempeño ocupacional en el ámbito escolar:

Objetivos de desempeño escolar ocupacional:

1. Ser capaz de atender, escuchar, pensar (ser más reflexivo) y realizar las instrucciones que se le mandan. (Técnica autoinstrucciones, economía de fichas)
2. Ser capaz de realizar las tareas en orden, secuencialmente y a tiempo. (Técnica autoinstrucciones, modelado o demostración)
3. Ser capaz de planificar tareas secuencialmente. (Técnica Autoinstrucciones, modelado)
4. Ser capaz de llevar todos los materiales al colegio y a casa para evitar olvidos. (Lista recordatoria).
5. Ser capaz de esforzarse y ser constante en su trabajo (Economía de fichas y refuerzo positivo)
6. Ser capaz de responsabilizarse del material. (Establecer rutinas, listados de tareas)

- Programa de participación social:

Objetivos de socialización:

1. Ser capaz de interactuar correctamente con los demás niños. Ser capaz de ponerse en el lugar del otro.
2. Ser capaz de participar en actividades de grupo.
3. Ser capaz de ser tolerante y respetuoso con los demás.
(Habilidades sociales, dinámica de grupos, grupos-taller)

➤ Programa de habilidades de desempeño motoras:

Objetivos de control corporal:

A través del trabajo corporal y el conocimiento de su propio cuerpo y respiración, con técnicas de psicomotricidad e integración sensorial:

1. Ser capaz de controlar los impulsos (técnicas de relajación y control corporal).
2. Ser capaz de controlar los movimientos inapropiados, adquirir conciencia corporal, coordinación motriz, control corporal y respiración. (Con técnicas de control corporal, respiración, juegos corporales, psicomotricidad)

- Programa de juego y ocio:

Objetivos de juego y ocio:

1. Ser capaz de iniciar y terminar juegos cooperativos.
2. Ser capaz de participar en el juego en grupo, sin conductas disruptivas.
3. Ser capaz de tener en cuenta a los demás, no hacer sólo lo que uno quiere.
(Juegos de mesa, juegos de reglas y juego libre en grupo).
4. Iniciar y mantener la participación en clases extraescolares de ámbito social y que le motiven: fútbol, natación.
5. Salir con familiares o amigos que tengan niños de su edad y puedan compartir juegos.

➤ Programa de entorno familiar:

Objetivos a nivel Familiar:

1. Proporcionar a los padres conocimientos sobre las dificultades ocupacionales de H.A. y sus consecuencias.
2. Identificar los puntos fuertes y débiles de H.A y sus intereses para utilizarlos como refuerzos positivos.
3. Entrenar el tipo de ayudas a utilizar en el hogar para fomentar el desempeño ocupacional del niño y como ir las eliminando progresivamente (ayudas físicas, verbales, gestuales, supervisión)
4. Enseñanza y entrenamiento en los principios y técnicas básicas del aprendizaje (reforzamiento positivo/negativo, economía de fichas (registros), extinción de conductas, cartel de normas en casa, cronograma de actividades o agenda visual como apoyo visual)
5. Capacitar a los padres para que mantengan una relación y comunicación abierta con el niño y participen con ellos en las tareas, juegos o actividades de la vida diaria para fomentar el establecimiento de hábitos, rutinas y roles familiares.
6. Desarrollar en los padres hábitos de observación positiva, analizando las habilidades, aptitudes, intereses y valores del niño, para así poder estimular y reforzar su desarrollo posterior.

7. Fomentar en los padres la expresión de sentimientos de proximidad y aceptación del niño, enseñándoles técnicas de relajación sensoriales para aplicarlas en casa.
8. Ofrecer información sobre actividades de ocio y tiempo libre normalizadas.

Programas de intervención ocupacional individual y grupal tanto a los padres como al niño.

3. CONCLUSIONES

Se ha procedido a realizar dos enfoques:

1. **enfoque restaurador** mediante intervenciones individuales y grupales a H.A. al potenciar sus destrezas y fomentar el desarrollo en el área de desempeño, Habilidades de desempeño: Motoras, procesamiento, comunicación, Patrones de desempeño: hábitos, rutinas y roles. Teniendo en cuenta las demandas de la actividad y las características del niño.
2. **enfoque modificador** (compensatorio o adaptador), mediante sesiones a los padres individuales y grupales. Este enfoque está dirigido a corregir el entorno o la demanda de la actividad para fomentar el desempeño en un entorno habitual. En este caso, se ha realizado instruyendo a los padres con la manera de intervenir adecuadamente para conseguir fomentar las conductas deseadas en H.A. Se han incluido técnicas compensatorias como aumentar algunos elementos con el fin de proporcionar señales (con el cronograma de actividades o la agenda visual y el cartel de normas, por ejemplo).

3.1. Evolución:

Durante el programa grupal establecido H. A. modifica lentamente su comportamiento, y sus capacidades de desempeño ocupacional, al principio se muestra poco colaborador, siendo muy impulsivo e hiperactivo no adaptándose a las normas del grupo. A la hora de exponer ideas secuenciadas o planificar actividades es poco eficaz, y cuando le llevan la contraria se enfada y no quiere

seguir participando. No se relaciona con los demás, mostrando poca habilidad en habilidades sociales. Parece que le da igual todo. A veces cumple normas establecidas en el grupo pero le cuesta aceptarlas; por ejemplo le cuesta hacer cosas que no le gustan como recoger, limpiar el material, etc. Se muestra muy hablador, sin preocuparle el tema del contexto, sino que relata lo primero que se le viene a la cabeza. Suele actuar con impulsividad frecuentemente como manera de relacionarse con los demás. Tarda mucho en realizar las actividades de mesa, distrayéndose constantemente y no llegándolas a terminar. Se muestra más participativo e interesado en juegos de grupo en el espacio. Es muy competitivo y le gusta ganar. Tolera a los demás pero no se relaciona con ellos adecuadamente, teniendo conductas agresivas, empujones, peleas.

Realizamos una máscara de manualidades en la que muestra mucho interés, pero no se complica mucho pintándola de un único color. Lo que más le cuesta es preparar los materiales y luego recogerlos. Durante la actividad de pintura no habla nada manteniéndose muy concentrado en la actividad.

Autonomía personal: Con el programa pautado parece haber una respuesta positiva ya que está muy motivado por los premios que gana al final de la semana. También compete con los demás a ver quien gana más caras contentas cada semana. Se consiguen hábitos higiénicos y de colaboración en casa muy positivamente.

La madre comenta que ha notado cambio en la conducta de H. A., en la colaboración de las tareas en casa y su autonomía personal, también en su estado de ánimo y su motivación a la hora de venir cada semana al grupo de terapia ocupacional venir. Aunque en casa le sigue costando controlar sus impulsos y esforzarse en realizar actividades. La madre reconoce que al cambiar su actitud con el niño según lo pautado, este actúa de manera más adecuada.

En el colegio, sigue con conductas desadaptadas pero más centrado en las tareas, también se le ha notado cambio en la actitud hacia sus compañeros no molestándoles tanto. Parece que tiene menos olvidos por el uso de la lista recordatoria.

En conclusión, H.A. ha mejorado en algunos objetivos, y continua en tratamiento en terapia ocupacional, en el momento actual se van a revisar junto con la familia las necesidades para priorizar objetivos ocupacionales más preocupantes y de más interés a modificar según nuestro plan de intervención.

Bibliografía

- (1) Domingo Sanz MA, Granados Balsera AM. Salud Mental en la Infancia y en la adolescencia. En Temario para Oposiciones de Terapeutas Ocupacionales del Servicio Andaluz de Salud, Temario parte específica: Volumen II. Ed 1ª. Sevilla: MAD; 2007. p 101-115
- (2) Occupational Therapy Practice Framework: Domain and process. The American Journal of Occupational Therapy. 2002. Vol. 54. number 6. Disponible en <http://www.terapia-ocupacional.com> (consultada el 15 de abril 2008)
- (3) Domingo Sanz MA. . Etapas evolutivas en la infancia y adolescencia: implicaciones para el desarrollo de las actividades de la vida diaria (AVD), Actividades productivas, el juego y la relación social. En Temario para Oposiciones de Terapeutas Ocupacionales del Servicio Andaluz de Salud, Temario parte específica: Volumen II. Ed 1ª. Sevilla: MAD; 2007. p 139-163
- (4) Romero Ayuso DM. Actividades de la Vida Diaria. En Moruno Miralles, Romero Ayuso DM. Coordinadores. Actividades de la vida diaria. Ed. 1ª. Barcelona: Masson; 2006. p 23-35
- (5) Polaino-Lorente A, Orjales Villar I. Programa de Intervención cognitivo-conductual para niños con déficit de atención con hiperactividad. 2ª edición. Editorial CEPE; 2002.
- (6) Mulligan Shelley. Desarrollo normal del niño. En Mulligan S. Terapia ocupacional en Pediatría: proceso de evaluación. 1ª edición. Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana; 2006 p 87-140.
- (7) Domingo Sanz M.A. Una propuesta de evaluación e intervención del terapeuta ocupacional en Trastorno de déficit de atención e hiperactividad infantil. En I Jornadas de T.O. en Salud Mental en el SAS. H. U. Puerto Real. Cádiz. Consejería de Salud. 2005.
- (8) Romero Ayuso DM. Intervención sobre las actividades de la vida diaria en la infancia y la adolescencia. En Moruno Miralles, Romero Ayuso DM. Coordinadores. Actividades de la vida diaria. Ed. 1ª. Barcelona: Masson; 2006. p 181-205
- (9) Mulligan Shelley.. Herramientas de evaluación estandarizadas. En Mulligan S. Terapia ocupacional en Pediatría: proceso de evaluación. 1ª edición. Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana; 2006 p 147-190