

**ABORDAJE TERAPÉUTICO PARA LA DIFÍCIL SITUACIÓN DE
NIÑOS DIFÍCILES**

**Carol Bazán Segil
Elizabeth Zavaleta Rejas
Centro Visión Integral
Investigación Clínica
Lima Perú**

RESUMEN

El presente trabajo tiene la función de rescatar el trabajo que viene realizando el Instituto de Lenguaje y Aprendizaje (ILA). Este espacio de intervención y tratamiento integrador surgió en el 2006 y desde entonces viene atendiendo a la población infantil y centros escolares ubicados en la ciudad de Lima. Establece una propuesta integradora que ha transitado por diferentes etapas y se ido forjando hacia una visión más completa; viendo al niño con un todo, para detectar y tratar de forma asertiva, tomando en cuenta y respetando sus propias características. Así mismo nuestra institución es promotora de eventos educativos, brindando una pedagogía más asertiva e integradora, mediante cursos y talleres. Además de establecer constante comunicación con ellos, sobre las necesidades que pueda tener dentro del aula.

INTRODUCCIÓN

El presente artículo expone los resultados obtenidos en la Intervención Terapéutica Integral de niños cuyas edades oscilan entre los 5 y 12 años.

El Programa de Intervención Terapéutica Integral constó en el seguimiento a cada grupo de niños con los especialistas a cargo de cada uno de los servicios (Aprendizaje, Terapia de Lenguaje, Terapia Ocupacional, Psicomotricidad y Psicología), en las reuniones clínicas que se llevaron a cabo cada 15 días, durante el primer trimestre y una vez al mes en el segundo y tercer trimestre.

La frecuencia de intervención en los servicios de Aprendizaje, Psicología -Modificación de Conducta-, Terapia Ocupacional, Terapia de Lenguaje y Psicomotricidad fue de dos veces por semana, con un tiempo de duración de 45 minutos en cada uno de los servicios.

Mientras que en los Talleres de Habilidades Sociales y de Hábitos Asertivos la frecuencia de intervención fue de una vez por semana y con una duración de una hora. En el estudio participaron un total de 20 niños, los cuales 10 de ellos presentan un diagnóstico de Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad, 5 con diagnóstico de Autismo de Alto Funcionamiento y los otros 5 con un diagnóstico de Síndrome de Asperger.

El proceso de investigación fue de tipo Descriptivo Longitudinal.

OBJETIVOS

- Brindar atención especializada y personalizada a las necesidades en materia de educación de la población de nuestra comunidad que enfrenta brechas para el aprendizaje y participación activa desde un enfoque integrador que considere los diferentes ámbitos del desarrollo del niño, como la escuela, la familia y la comunidad.
- Demostrar la evolución de cada niño con la intervención terapéutica integral.

MARCO TEORICO

Las relaciones, que las personas establecen entre sí reciben el nombre de interacciones “sociales”, pudiendo ocurrir de manera fortuita o intencionada. A su vez, la intencionalidad de la interacción puede venir de uno mismo o de otros. No, obstante, en cualquier situación de interacción social, los individuos buscan el logro de determinados objetivos. Según Kelly (1987)

El primer ambiente de socialización es la familia, el niño aprende las citadas pautas de comportamiento a través de reforzamiento operante, directo (consecuencias contingentes a sus respuestas) y vicario (observación de la conducta de modelos padres, madres, hermanos y sus consecuencias).

El interés por el entrenamiento en habilidades sociales se ha ido incrementando y, por lo tanto, las investigaciones al respecto han venido siendo diversas y numerosas. Durante los años 70 y 80 el auge de tantas investigaciones ha dado lugar a un gran número de publicaciones, las cuales constituyen probablemente un 80 %de todo lo referente a este tema Michelson y Word (1980).

El constructo “asertividad”, fue propuesto en primer lugar por Wolpe y posteriormente por Alberti y Emmons (1970) quienes lo definieron de manera operativa como “comportamiento que fomenta la igualdad en las relaciones humanas, permitiéndose actuar

MEMORIAS III CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

en defensa de los intereses propios defendernos sin ansiedad injustificada, expresar sincera y agradablemente nuestros sentimientos y poner en práctica nuestros derechos personales respetando los derechos de los demás”.

Como puntos claves, incluimos la siguiente definición operativa (García Pérez y Magaz 1992)

1. Los HHSS incluyen respuestas cognitivas e instrumentales verbales y no verbales.
2. Las respuestas de tipo anterior constituyen habilidades en tanto en cuanto su emisión hace probable la obtención de una consecuencia deseable o la evitación o retirada de otra indeseable.
3. El calificativo sociales hace referencia a que la obtención de reforzadores o castigos dependerá estrictamente de que tales respuestas sean emitidas ante uno o más individuos.

La hiperquinesia es un comportamiento totalmente funcional para el sujeto, dado que, con el envío periódico de estimulación propioceptiva (procedente de los músculos en movimiento) al tallo encefálico, se consigue la estimulación cortical necesaria, (Satterfield, J. et al; 1972). Además, el cambio atencional constituye otra forma de auto estimulación. Cuando nos encontramos presentando atención sostenida a un contexto estimular relativamente estable, al poco tiempo se produce el fenómeno de la habituación y la consiguiente reducción de los niveles de activación cortical. Mediante el cambio de atención a un contexto diferente, se facilita una recuperación inmediata de los niveles de activación (Pérez y Pérez, D; 1978).- Así se explica, por ejemplo, por qué los niños se mantienen con más facilidad atentos a los video – juegos. En la medida que el estímulo visual o auditivo cambia con mucha frecuencia, les resulta fácil mantener la atención en ellos. En cambio, en cuanto al estímulo visual es monótono la distractibilidad es máxima.

El modelo conceptual que proponemos (García Pérez y Magaz, 2000), establece la necesidad de analizar las diversas manifestaciones conductuales del TDAH, no como un síndrome conductual, sino como un conjunto de problemas relacionados funcionalmente entre sí, de la manera siguiente:

El núcleo del problema está constituido por una diferencia biológica en este grupo de personas, caracterizada por un funcionamiento biológico puede analizarse desde diversas perspectivas:

- a) Desde una perspectiva bioquímica, el DHA puede manifestarse como una diferencia en el equilibrio de neurotransmisores en determinadas zonas del cerebro; sin embargo, esta diferencia no es exclusiva de este trastorno por lo cual, no es posible utilizar estos hallazgos como elemento diagnóstico.

- b) Desde una perspectiva neuropsicológica, parece manifestarse un rendimiento deficitario en tareas en las que intervengan ciertas áreas del lóbulo frontal.

El niño con TDAH no tiene un "exceso de impulsividad", sino un "déficit de reflexividad", que, aunque parezca lo mismo, pero dicho de un modo diferente, es algo completamente diferente a la hora de planificar el tratamiento.

Los niños con Espectro Autista presentan déficits marcados en la comunicación verbal y no verbal utilizada para las interacciones sociales. Presentan falta de reciprocidad social, falla para desarrollar y mantener relaciones de pares apropiadas al nivel de desarrollo, además de presentar patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidas y repetitivas manifestadas por lo menos por dos de los siguientes:

- Comportamientos motores o verbales estereotipados o comportamientos sensoriales inusuales.
- Adherencia excesiva a rutinas y patrones del comportamiento ritualísticos del comportamiento.
- Intereses restringidos y fijos.

Los síntomas deben estar presentes en la niñez temprana (pero pueden no volverse completamente manifiestas hasta que las demandas sociales exceden las capacidades limitadas).

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

El trastorno por déficit de atención (TDAH) es el trastorno psiquiátrico más frecuente en la infancia. Actualmente, existen evidencias de que es un trastorno del neurodesarrollo con una base biológica clara en el que los componentes genéticas y ambientales se combinan en un porcentaje no claramente establecido. Se trata pues de un trastorno que se inicia en la infancia, aproximadamente a la edad de 6 años, que se extiende a lo largo de la adolescencia y perdura en muchos casos hasta la edad adulta (Ramos-Quiroga et al., 2005a).

SÍNTOMAS PRINCIPALES QUE CARACTERIZAN EL TDAH

Tanto en niños como en adultos, el TDAH se caracteriza por (Ramos-Quiroga et al., 2005b):

- **Dificultad de concentración y atención**
- **Dificultad para inhibir o frenar los impulsos, por ello tienen impulsividad**

MEMORIAS III CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

- **Dificultad en regular el nivel de actividad. Ello produce inquietud psicomotora e hiperactividad.**

En los niños, los síntomas más llamativos y los que más inquietan a los padres y a los maestros son los síntomas de hiperactividad e inquietud psicomotora. Se trata de aquellos niños que son un torbellino en casa y en la escuela, que son imposibles de controlar (imagen_1)

Algunos autores consideran que la impulsividad podría ser considerada como la esencia del TDAH, mientras que la hiperactividad y la falta de atención serían manifestaciones de la impulsividad en las esferas motora y cognitiva, respectivamente. (Se entiende por impulsividad un estilo de respuesta inapropiadamente rápido, prematuro, fácilmente cambiante y por tanto no persistente, pobremente controlado, regido por la inmediatez, que afecta la conducta). ...

Esta sintomatología tiene consecuencias en el desarrollo del niño y provoca alteraciones sociales, afectivas y de aprendizaje en la escuela, que se van manifestando en las distintas etapas de desarrollo:

- a) **En la época pre-escolar** existen alteraciones del comportamiento.
- b) **En la edad escolar** se mantienen las alteraciones del comportamiento, problemas académicos, problemas de interacción social, que acaban generando problemas de autoestima.
- c) **En la adolescencia** estos problemas se mantienen y aparecen otros nuevos asociados a los anteriores relacionados con los nuevos retos que esta edad plantea, así van apareciendo problemas con las drogas, problemas legales y, en ocasiones, lesiones y accidentes.
- d) Finalmente, **durante la edad adulta**, a los anteriores problemas se asocian los problemas de tipo laboral. Los niños con TDAH que no reciben un tratamiento correcto suelen alcanzar en la edad adulta trabajos o profesiones por debajo de su capacidad.

En aquellas personas, niños y adultos, en los que exista sospecha de TDAH es esencial realizar un buen diagnóstico psicológico y neuropsicológico (Bosch et al., 2004).

Según el DSM-IV-TR (APA, 2001) los criterios aplicables para diagnosticar el TDAH son los siguientes

A-1) Presenta seis o más de los siguientes síntomas de falta de atención durante al menos 6 meses con una intensidad superior a la que normalmente manifiestan las personas de su

misma edad:

DESATENCIÓN

- No suele prestar atención a los detalles. Comete errores frecuentemente en el colegio, el trabajo u otras actividades.
- Le cuesta mantener la atención en tareas o actividades de tipo lúdico.
- Parece que no escucha cuando se le habla.
- No suele finalizar las tareas o encargos que empieza y no suele seguir las instrucciones que se le mandan, sin ser por un comportamiento negativista o por una incapacidad para comprender las instrucciones.
- Le resulta complicado organizar tareas y actividades.
- Intenta evitar realizar tareas que le suponen un esfuerzo mental sostenido (actividades escolares o tareas domésticas).
- Pierde objetos frecuentemente (ejercicios, lápices, libros, juguetes...)
- Se distrae con cualquier estímulo irrelevante.
- Es descuidado en las actividades de la vida diaria.

A-2) Presenta seis o más de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad durante un período mínimo de 6 meses con una intensidad superior a la que normalmente manifiestan las personas de esa edad:

HIPERACTIVIDAD

- Suele mover en exceso las manos y los pies o no se está quieto en el asiento.
- No suele permanecer sentado en las situaciones en las que se espera que lo esté.
- Suele correr o saltar en exceso en situaciones en las que no es apropiado hacerlo.

MEMORIAS III CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

- Tiene dificultades para realizar actividades o juegos tranquilos.
- Suele estar en movimiento y actuar como si tuviese un motor en marcha continuamente.
- Suele hablar en exceso.

IMPULSIVIDAD

- Suele dar respuestas precipitadas antes de que se hayan terminado de formular las preguntas.
- Le cuesta esperar su turno y respetar las colas.
- Suele correr o saltar en exceso en situaciones en las que no es apropiado hacerlo.
- Suele interrumpir a los demás y entrometerse en las actividades de otros.

B) Algunos de estos síntomas que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años.

C) Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes

(Escuela, casa, trabajo,...)

D) Deben existir pruebas de que hay un problema clínicamente significativo del funcionamiento social y académico o laboral.

E) Los síntomas no están presentes exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia o cualquier otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por otro trastorno.

Según el DSM-IV, nos habla del Trastorno Autístico con características como déficits en la interacción social, comunicación, conductas estereotipadas, actividades e intereses restringidos.

Otras características:

Inicio antes de los tres años

No se explica por Trastorno de Rett

SINDROME DE ASPERGER

1. Dificultades en la interacción social.
2. Intereses y comportamientos restringidos y estereotipados.
3. Sin retrasos significativos del lenguaje
4. Sin retrasos significativos en la cognición, destrezas de adaptación o autoayuda.

AUTISMO DE ALTO FUNCIONAMIENTO Y SÍNDROME DE ASPERGER

Existen diferencias respecto a si ambos trastornos constituyen una misma entidad clínica, lo que sigue siendo motivo de estudio y discusión entre los distintos autores.

Al comparar los criterios del trastorno autista y de Asperger se observa que entre ambos cuadros diagnósticos hay determinados aspectos comunes:

- Presentan las mismas dificultades características de los Trastornos del Desarrollo: trastornos cualitativos de la comunicación e interacción social y patrones de conducta y actividades restrictivos y repetitivos.
- Los niños con Síndrome de Asperger y con autismo de alto funcionamiento tienen un nivel de inteligencia normal o superior a la media, incluyendo conducta adaptativa (diferente a la que se presenta en la interacción social). Los niños con Síndrome de Asperger, con mayor frecuencia que los niños con autismo de alto funcionamiento, pueden presentar habilidades específicas en determinadas áreas. En cambio otros aspectos, como la edad de comienzo y los déficits en las destrezas motoras pueden marcar la diferencia entre estos dos trastornos. Según Gillberg y Ehlers (1998), las discrepancias se centran principalmente en cuatro áreas:

PSYCHOLOGY INVESTIGATION

NIVEL DEL FUNCIONAMIENTO COGNITIVO

Analizando los resultados obtenidos en las distintas sub-escalas de los tests, aparecen ciertas diferencias: si comparamos los resultados de los niños con autismo de alto funcionamiento y con Síndrome de Asperger, los segundos obtienen mejores resultados en

MEMORIAS III CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

las escalas verbal, memoria verbal y percepción auditiva, mientras que tienen mayores dificultades en cuanto a habilidades no-verbales, integración visomotora, percepción espacial, memoria visual, formación de conceptos no verbales y percepción de emociones.

DESTREZAS MOTORAS

A pesar de que el retraso en el desarrollo motor no es un criterio imprescindible para el diagnóstico, la mayoría de los niños con el Síndrome de Asperger presentan un bajo nivel de coordinación motora general y de control en la psicomotricidad fina. Sin embargo, algunos niños con autismo de alto funcionamiento también tienen dificultades en esas áreas. Los estudios realizados hasta el momento no aportan suficientes datos que nos permitan discriminar en este ámbito.

DESARROLLO DEL LENGUAJE

En el área de lenguaje es donde aparece la mayor discusión. Mientras que el DSM IV y el CIE 10 consideran como criterio diagnóstico del Síndrome de Asperger que el desarrollo del lenguaje es normal, (sin “evidencia significativa” de retraso en el desarrollo) importantes autores destacan la peculiaridad del habla y lenguaje como rasgo característico. Estos profesionales defienden que los criterios diagnósticos de la DSM-IV son cuestionables, porque el lenguaje en el trastorno de Asperger claramente ni es normal ni típico, sino que es bastante frecuente que se dé un retraso en la adquisición del lenguaje, y que éste, una vez adquirido sea concreto, literal y formalmente correcto o incluso “demasiado correcto y formal” (Riviére, 2001). Puede darse un retraso inicial en la adquisición y posteriormente un rápido avance en cuanto a vocabulario y estructura lingüística. El lenguaje en los niños con Síndrome de Asperger se caracteriza, siguiendo esta corriente, por un habla pedante y escasamente modulada, habilidades de conversación pobres, e intensa preocupación sobre temas muy concretos. Se da un buen desarrollo de los aspectos formales y estructurales del lenguaje, pero fallan los aspectos comunicativos. En determinados casos, pueden ser niños muy callados, tanto que incluso los padres pueden tener dificultades para recordar detalles del desarrollo del lenguaje. Generalmente inician interrelaciones sociales y conversaciones, aunque éstas se reduzcan a sus temas de interés utilizan una verborrea que al interlocutor le resulta excesiva.

Los niños con autismo de alto funcionamiento presentan no sólo un retraso importante en la adquisición del lenguaje, sino también unas pautas evolutivas en este campo claramente desviadas del proceso normal: disminución o ausencia de balbuceo, ecolalia, expresiones repetitivas, escaso vocabulario, dificultades de articulación y expresión. Los sujetos con autismo tienen mayores dificultades en cuanto a la comprender y usar patrones de entonación para expresar diversos contenidos en distintos contextos comunicativos. En las conversaciones suele realizar comentarios o expresiones fuera de lugar, omitiendo la

información necesaria para que el interlocutor pueda entenderle.

EDAD DE INICIO

Actualmente, la mayoría de los autores están de acuerdo en que los trastornos del desarrollo se pueden detectar a partir de los 18 meses. A una misma persona se le puede diagnosticar como autismo del alto funcionamiento en una etapa de su desarrollo y posteriormente como Síndrome de Asperger. La incorporación a la escuela puede suponer un hito, ya que es el momento en el que las dificultades de comunicación e interacción social se hacen más evidentes. Por este motivo, algunos profesionales consideran que el diagnóstico de Síndrome de Asperger no puede realizarse hasta que se inicia la escolaridad.

Otros rasgos diferenciales se centran en:

- Los niños con Síndrome de Asperger muestran mayor interés y motivación hacia las relaciones sociales, aunque sus estrategias no sean muy eficaces. Martín Borreguero (2004) ofrece un resumen de las diferencias clínicas, sintomáticas de ambos trastornos, indicando que no necesariamente se observan en todos los casos. “En ocasiones, los individuos con Síndrome de Asperger pueden mostrar algunos síntomas típicos del autismo de funcionamiento alto y viceversa”.

	Autismo de alto funcionamiento	Síndrome de Asperger
	Dificultades en el desarrollo del lenguaje manifestadas en la etapa temprana de los tres primeros años de vida.- Retraso en el desarrollo del lenguaje. - Desviación marcada de las habilidades del lenguaje con respecto a las pautas del desarrollo normal. - Habilidades del lenguaje expresivo poco desarrolladas. - Ecolalia, intercambio erróneo de pronombres y	Desarrollo adecuado de los componentes formales del lenguaje durante la etapa de la infancia temprana. - Ausencia aparente de retraso lingüístico. - La prosodia es anómala y el estilo conversacional, Egocéntrico, pedante y unilateral. - Gran facilidad para expresar ideas verbalmente. - Verbosidad marcada. - Vocabulario sofisticado e idiosincrásico. - El contenido de la

**MEMORIAS III CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION
PSYCHOLOGY INVESTIGATION**

<p>HABILIDADES DEL LENGUAJE</p>	<p>lenguaje repetitivo son frecuentes.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Uso escaso de los patrones de entonación. - En la conversación, ausencia de referencias con respecto a la información proporcionada por el interlocutor - Desarrollo adecuado de las habilidades cognitivas no verbales.- Interés reducido en la exploración del entorno durante la etapa de la infancia primaria. - Retraso común en el desarrollo temprano de las habilidades de autonomía. - Actuación avanzada en áreas no verbales de razonamiento, capacidades espaciales, formación de conceptos no verbales y memoria visual. - Déficit frecuente en la percepción y memoria auditiva, articulación, vocabulario, razonamiento verbal y comprensión. - Comprensión deficiente de las tareas de la teoría de la mente. 	<p>conversación es de naturaleza compleja (y a menudo idiosincrásica).</p> <ul style="list-style-type: none"> - En la conversación, referencias inusuales y ambiguas con respecto a la información proporcionada por el interlocutor. - Desarrollo adecuado de las habilidades cognitivas (verbales y no verbales).- El interés en la exploración del ambiente es adecuado durante los primeros años de vida. - Adquisición adecuada de las habilidades de autosuficiencia. - Actuación adecuada o avanzada en las áreas de Razonamiento verbal, comprensión verbal, vocabulario y memoria auditiva. - Déficit en la integración visomotora, percepción espacial, memoria visual y formación de conceptos no-verbales. - Actuación más adecuada en las tareas de la teoría de la mente.
<p>HABILIDADES COGNITIVAS Y CONDUCTAS ADAPTATIVAS</p>	<p>Desarrollo adecuado de las habilidades motoras con relación a otras áreas del desarrollo.- Agilidad motora.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Interés en las actividades 	<p>El retraso en el desarrollo motor es común desde un período temprano del desarrollo.- Torpeza en la ejecución de movimientos y dificultades con la coordinación motora.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Resistencia a participar en los juegos que implican

<p>DESARROLLO MOTOR</p>	<p>físicas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Posibilidad de dificultades motrices en la adolescencia como resultado de una imagen corporal anómala y un autoconcepto alterado. - La ausencia de vínculos de apego hacia la madre es más común.- Ausencia de placer en la interacción social temprana con las figuras de crianza. - La ausencia de interés por otros niños del mismo grupo de edad es más frecuente. - Falta de conciencia acerca de las emociones expresadas por los demás. - Capacidad disminuida para ser consciente de sus propias dificultades sociales. - Ausencia de deseo e interés por desarrollar relaciones sociales. 	<p>actividad física.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Persistencia de los problemas psicomotores en la adolescencia.
<p>HABILIDADES SOCIALES Y COMPRENSIÓN SOCIAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Interés excesivo por actividades manipulativas y visoespaciales. - El retraso considerable en el juego simbólico e imaginativo es común. - Habilidades musicales y talentos “savant” son más comunes. - Los manierismos motores son 	<ul style="list-style-type: none"> - Formación de vínculos de apego con la madre.- Las conductas de iniciación de la interacción social son frecuentes pero idiosincrásicas o inapropiadas. - Interés social en los otros niños pero comprensión social anómala. - Intelectualización de las emociones e intencionalidad de los demás. - Capacidad más avanzada para ser consciente de sus dificultades sociales y diferencias. - Existencia de un deseo por desarrollar y establecer relaciones sociales. - Interés en acumular datos informativos acerca de temas específicos.- Desarrollo adecuado de la capacidad de juego imaginativo en solitario si bien el juego no es social o interactivo. - Imposición de sus intereses en los demás a través de la interacción social. - Los manierismos motores y movimientos estereotipados no son frecuentes.

PATRONES CONDUCTA REPETITIVOS	DE	
--	-----------	--

HIPOTESIS

Los niños que reciben una intervención terapéutica integral en los servicios de Aprendizaje, Terapia Ocupacional, Lenguaje, Psicomotricidad y Psicología, obtienen un mejor y óptimo desempeño escolar y social, luego de nueve meses de intervención terapéutica.

METODOLOGÍA

En el estudio participaron un total de 20 niños, los cuales 10 de ellos presentan un diagnóstico de Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad, 5 con diagnóstico de Autismo de Alto Funcionamiento y los otros 5 con un diagnóstico de Síndrome de Asperger.

Se realizó el presente procedimiento para alcanzar los objetivos del estudio:

PRIMER TRIMESTRE: el ingreso de los niños se realizó de la siguiente manera:

- 17 de los niños fueron derivados por el departamento de Psicopedagogía de cada una de sus instituciones educativas mientras que 10 niños fueron derivados por el médico neurólogo tratante.
- Todos ellos fueron evaluados en los servicios correspondientes (Aprendizaje, Modificación de Conducta, Terapia de Lenguaje, Terapia Ocupacional y Psicomotricidad), acotando que luego de ello y del diagnóstico se priorizó las áreas de mayor necesidad para el niño.

En éste artículo se ha de tener en consideración el rol principal que juegan los padres en el proceso de intervención, es por ello que se puso énfasis en la participación de ellos en el Taller de Hábitos Asertivos.

SEGUNDO TRIMESTRE: al término del primer trimestre, se sostuvo una reunión con los padres de familia de cada uno de los niños que recibieron la intervención terapéutica integral para reformular las nuevas estrategias y objetivos a trabajar.

TERCER TRIMESTRE: al término de éste trimestre se dio de alta al 50% por ciento de la población total, mientras que el grupo restante continuó con el programa de intervención terapéutica integral. Acotando que dicho grupo poblacional presentó variables como poca regularidad y poco reforzamiento de las pautas brindadas por las especialistas a los padres para ser puestas en práctica en el hogar.

En cada uno de los servicios de utilizó las siguientes pruebas de evaluación:

APRENDIZAJE

- BATERIA PSICOPEDAGOGICA – EVALÚA – 0 hasta el 12.
- TEST DE BOEHM.
- TEST COLARUSSO.

TERAPIA DE LENGUAJE

- ELCE EXPLORACION DE LENGUAJE EXPRESIVO Y COMPRENSIVO.
- TEST TPROSIF.
- TEST TEVI.

TERAPIA OCUPACIONAL

- OBSERVACIONES ESTRUCTURADAS Y NO ESTRUCTURADAS DEL DESEMPEÑO MOTOR EN RELACIÓN CON LOS SISTEMAS SENSORIALES (BLANCHE IMPERATORE, REINOSO, KIEFER-BLANCHE, V3).
- JUEGO SENSORIOMOTRIZ ESPONTÁNEO.

MEMORIAS III CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

- CUESTIONARIO PARA PADRES O TUTORES (SENSORY PROFILE, WINNIE DUNN).

PSICOMOTRICIDAD

- TEST DE OZERESKY

PSICOLOGÍA

- WPPSI III
- TEST DE LA FIGURA HUMANA DE MACHOVER.
- TEST DE LA FAMILIA CORMAN

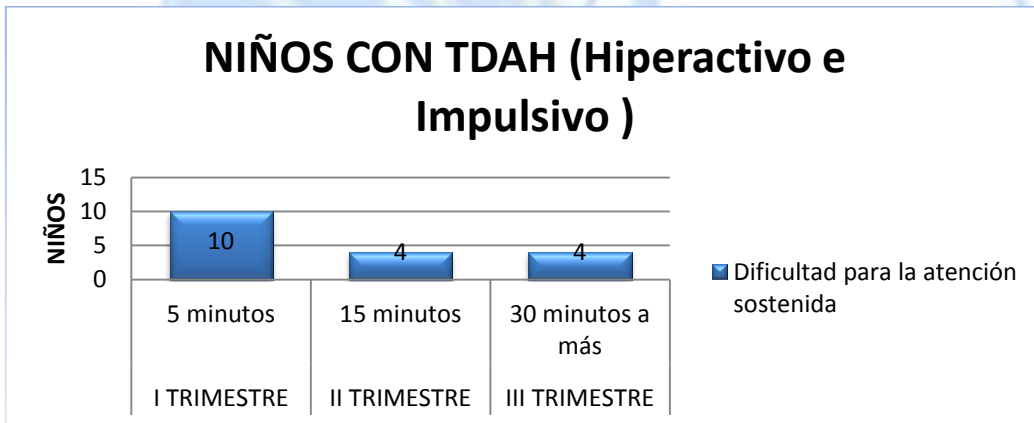
ANALISIS DE RESULTADOS

El presente trabajo estuvo conformado de la siguiente forma:

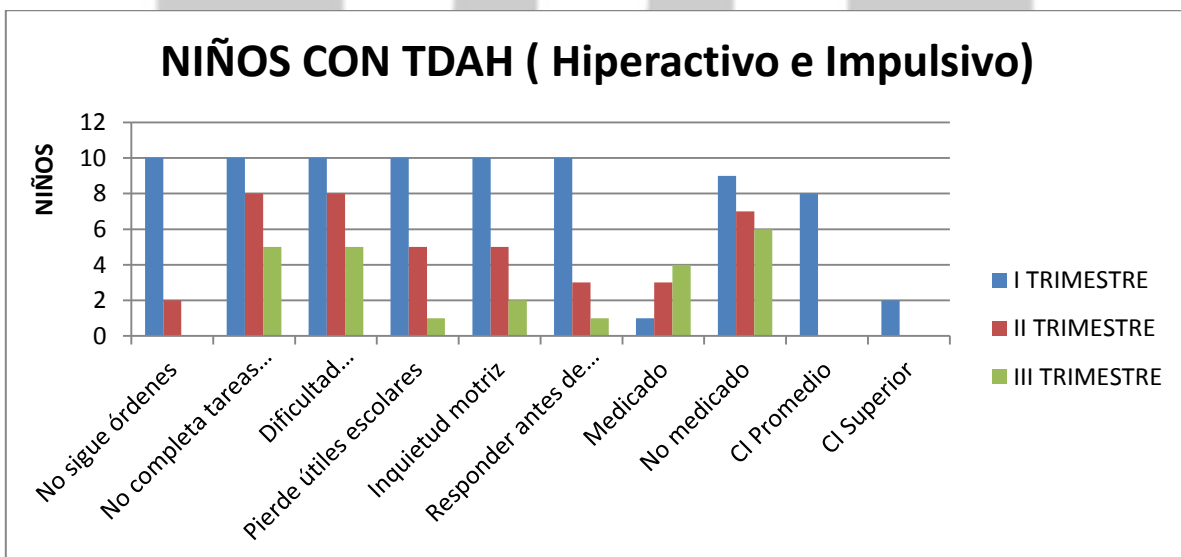
- Toda la población de niños que participaron en la intervención terapéutica fueron de sexo masculino.
- Sólo tres de los niños que participaron en la intervención terapéutica habían recibido intervención en el área de Aprendizaje y Psicología con anterioridad; acotando que dichos padres refirieron no haber observado grandes avances en los casi 7 meses de intervención.
- Se ha de mencionar que de la población total, 5 de los casos fueron derivados por el médico neurólogo tratante y los otros 5 fueron seleccionados posterior a la evaluación que el servicio de Psicología les hiciera, (estos de un total de 12 niños preseleccionados).
- La frecuencia de atención terapéutica es de dos veces por semana en los servicios de Terapia de Ocupacional, Lenguaje y Psicomotricidad.
- La duración de cada una de las sesiones terapéuticas fue de 45 minutos, en los

servicios de Terapia Ocupacional, Lenguaje, Psicomotricidad y de aprendizaje.

- El Taller de Hábitos Asertivos para los padres de cada uno de los niños fue de una hora semanal por los tres meses de intervención.
- El Taller de Habilidades Sociales fue dado una vez por semana y su duración en tiempo fue de una hora cada sesión.



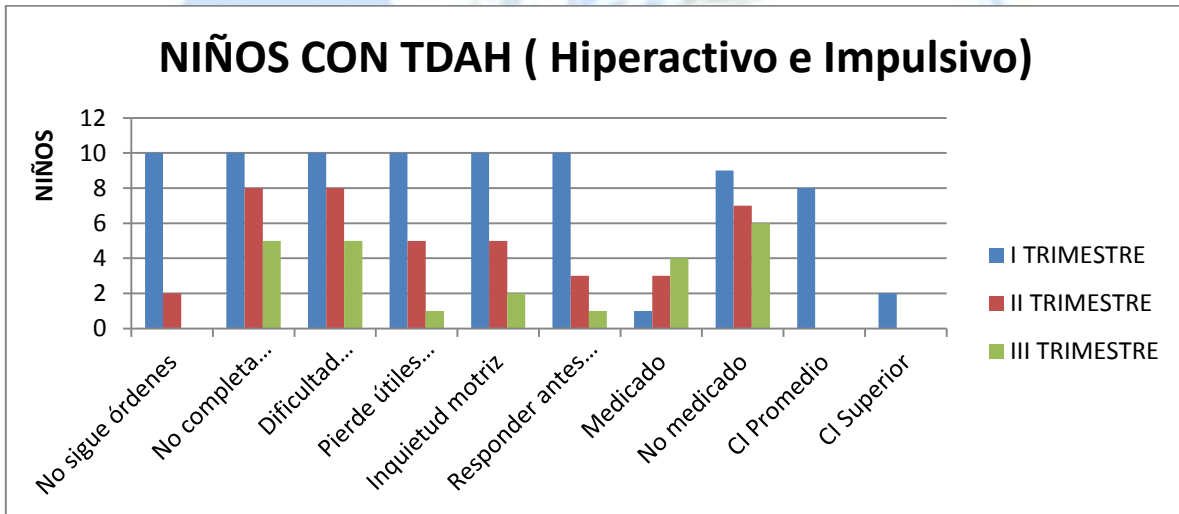
El presente cuadro demuestra el logro obtenido en tiempo en relación a la Atención Sostenida para el desarrollo de diversas actividades ocupacionales. Observándose que la población de 10 niños en el primer trimestre, su atención era menor o igual a 5 minutos y al término del tercer trimestre dicha atención incrementó a más de 30 minutos.



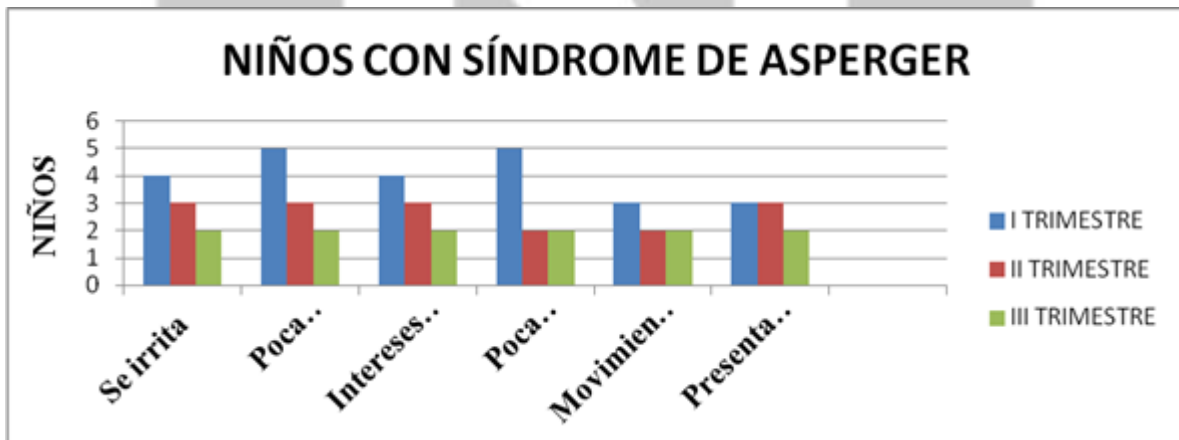
MEMORIAS III CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

El presente cuadro describe la evolución de las características principales de los 10 niños con diagnóstico de Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (Hiperactivo - Impulsivo) que participaron en los tres trimestres de intervención terapéutica integral.

- Los padres de los 5 niños que fueron derivados por el médico neurólogo tratante y los 5 niños seleccionados por el servicio de Psicología ingresaron al Taller de Hábitos Asertivos.



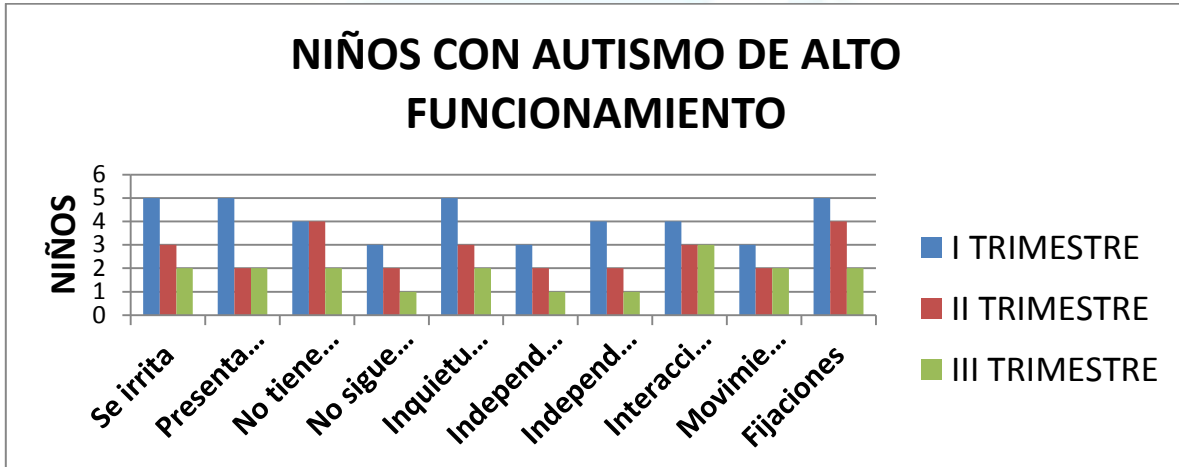
- En éste cuadro se observa la evolución de las características principales de los 5 niños con diagnóstico de Síndrome de Asperger que participaron en los tres trimestres de intervención terapéutica integral.



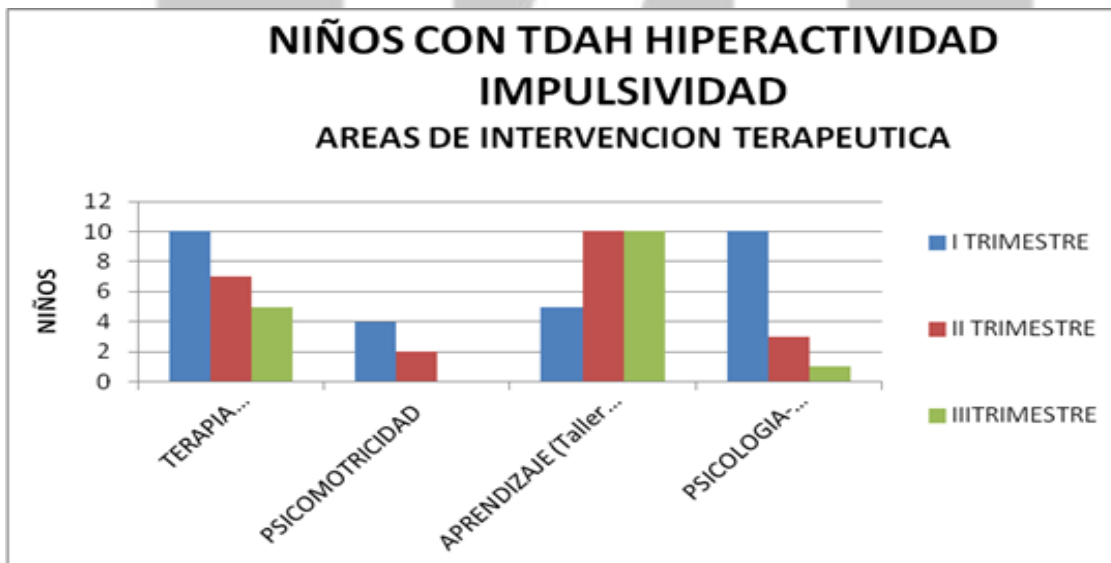
- En éste cuadro se observa la evolución de las características principales de los 5 niños con diagnóstico de Autismo de Alto Funcionamiento que participaron en los

tres trimestres de intervención terapéutica integral.

- Los padres de los 5 niños seleccionados ingresaron al Taller de Hábitos Asertivos y Pautas relacionadas a la Conducta, por un promedio de tiempo de 6 meses.

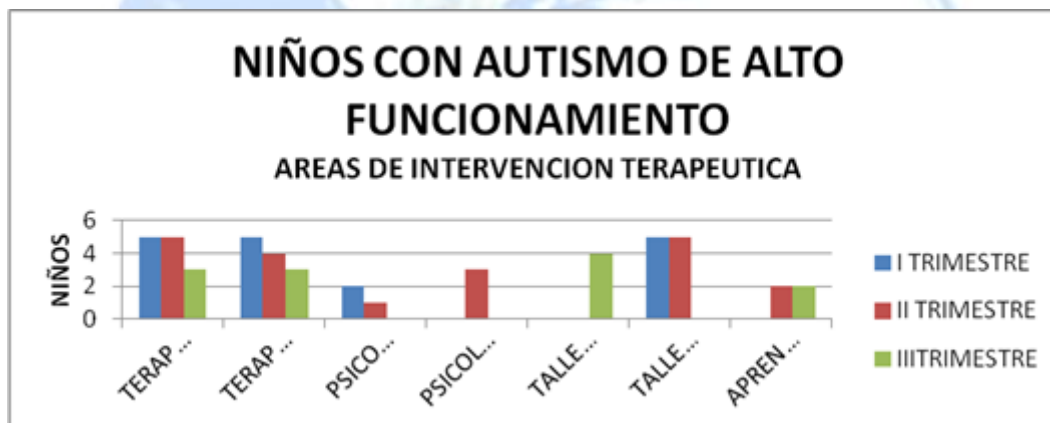


- Luego de la evaluación respectiva en cada uno de los servicios y de la revisión de casos clínicos, los niños iniciaron la intervención terapéutica según la prioridad y necesidad que presentaban.
- El presente cuadro grafica los diferentes servicios de intervención y su prevalencia en cada uno de ellos por los tres trimestres de intervención terapéutica integral (Aprendizaje (Taller de Hábitos Asertivos), Terapia Ocupacional, Psicomotricidad y Psicología – Cognitivo-Conductual).



MEMORIAS III CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

- Luego de la evaluación respectiva en cada uno de los servicios y de la revisión de casos clínicos, los niños iniciaron la intervención terapéutica según la prioridad y necesidad que presentaban.
- El presente cuadro grafica los diferentes servicios de intervención y su prevalencia en cada uno de ellos por los tres trimestres de intervención terapéutica integral (Terapia Ocupacional, Psicomotricidad, Terapia de Lenguaje, Psicología – Modificación de Conducta - Taller de Habilidades Sociales y Hábitos Asertivos).



- Luego de la evaluación respectiva en cada uno de los servicios y de la revisión de casos clínicos, los niños iniciaron la intervención terapéutica según la prioridad y necesidad que presentaban.
- El presente cuadro grafica los diferentes servicios de intervención y su prevalencia en cada uno de ellos por los tres trimestres de intervención terapéutica integral (Terapia Ocupacional, Psicomotricidad y Terapia de Lenguaje, Aprendizaje y Taller de Habilidades Sociales).

CONCLUSIONES

La Institución al cual pertenecemos fortalece la permanencia del trabajo terapéutico de forma integral, que está teniendo un impacto comunitario y relevante, además de continuar con nuestro programa de investigación a las diferentes necesidades educativas.

Debido a que un gran porcentaje de niños que asisten a nuestra Institución enfrentan barreras para el aprendizaje, se reconoce la necesidad de desarrollar actividades de investigación aplicada con el objetivo de integrar estrategias asertivas e innovadoras, que configure un modelo de intervención acorde a las necesidades del niño en su contexto real.

Es importante mencionar que los resultados obtenidos se debieron al trabajo interdisciplinario de todos los servicios de atención, padres de familia e instituciones educativas a los cuales pertenecían cada uno de los niños.

Después de aplicar el programa de Intervención Terapéutica Integral con el grupo de TDAH, Se observó que un 60% de los niños, mejoraron académicamente, presentando mayor atención durante las clases y los ejercicios de tareas, así como la disminución de la hiperactividad motriz lo que favoreció la adaptación social. Los resultados sugieren que la participación de padres de familia, son de suma importancia para la ejecución del programa debido a que estos son un elemento fundamental para su desarrollo.

Finalmente, se concluyó que aunque se modificó algunas conductas de los niños con TDAH (Hiperactividad – Impulsividad), estos datos no son generalizados con toda la población que presenta este trastorno, dado que éste estudio se realizó teniendo en cuenta ciertos criterios específicos.

De igual forma, luego de la Intervención Terapéutica Integral con los niños de diagnóstico de Autismo de Alto Funcionamiento y Síndrome de Asperger, se obtuvo una evolución favorable en un total del 40%; presentando mejoras relacionadas a su organización, niveles de atención, interacción e involucramiento con sus pares, lenguaje, organización corporal, coordinación motora gruesa y fina, impactando así en su desempeño ocupacional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CREZO, F. (2000): BULL-Bilbao: CHOS. Consultores en CCHH.

García Pérez, E .M y MAGAZ, A. (2006): EMA-DD. Escalas de Magallanes de Detección. Bilbao: CHOS. Consultores en CC.HH.

García Pérez, E .M y MAGAZ, A. (2005): EMHAS. Escalas de Magallanes de Hábitos Asertivos. Bilbao: CHOS. Consultores en CC.HH.

HECHINGER, G. (1987): Alerta, niños. Barcelona: Grijalbo.

MONJAS, I. (1993): Programa de Enseñanza de habilidades de Interacción Social para niños y niñas en edad escolar (PEHIS). Madrid: CEPE.

Ayres, A. J. Southern California Sensory Integration Tests (Rev. Ed.), Los Angeles: Western Psychological Services, 1980.

Blanche, E. and Reinoso, G. (2010) Clinical Observations in Sensory Integration: An important component of the clinical reasoning process. Article for the South African Institute for Sensory Integration.

MEMORIAS III CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

Blanche, E. I. and Reinoso, G. (2007) "Sensory Processing and Austim". The Chilean Journal of Occupational therapy. Santiago de Chile.

Dunn, W., & Benneth, D. (2002) Patterns of Sensory Processing in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Occupational Therapy Journal of Research, 22, 4-15.

Dunn, W., Myles, B. & Orr, S. (2002) Sensory Processing issues associated with Asperger Syndrome: a preliminary investigation. American Journal of Occupational Therapy, 56, 97-102.

Worell, J. y Nelson, M. (1971). Tratamiento de las dificultades educativas estudio de casos. Madrir: Anaya.

Cidad, E (1987). Modificación de conducta en el aula e integración. Madrid: U.N.E.D.

Victor Manuel Acosta Rodríguez (2003). Las prácticas educativas ante las dificultades del lenguaje – Una propuesta de acción. Barcelona: grupo Ars XXI de comunicación, S.A.

Irina Weigl y Marianne Reddemann – Tschaike (2005). Terapia orientada a la acción. Barcelona: grupo Ars XXI de comunicación, S.A.

García Perez, E.M. (2000). Padres y maestros: Como educar y por qué. #Paquete didáctico# para la enseñanza de modelos de aprendizajes y técnicas educativas Bilbao: COHS-Consultor en CC.HH.

