

Universidad Abierta Interamericana

Facultad de Psicología y Relaciones Humanas



Trabajo Final Integrador

Licenciatura en Terapia Ocupacional

La Integración Sensorial en niños con TDAH y su participación social.

Caso clínico único.

Tema: La efectividad de la intervención de Terapia Ocupacional en las habilidades sociales de niños con TDAH desde el modelo de Integración Sensorial.

Alumno: Erica Molina

Director de tesis: Lic. Florencia Durand

Tutor: Lic. Adriana García

Año: 2019

Índice

INTRODUCCIÓN	3
FUNDAMENTACIÓN	4
2.1 ANTECEDENTES DE LA PROBLEMÁTICA.	5
HIPÓTESIS	7
VARIABLES	7
OBJETIVOS	7
4.1 OBJETIVO GENERAL	7
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	7
MARCO TEÓRICO	8
METODOLOGÍA	17
6.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	17
6.2 SUJETOS	17
6.3 DISEÑO MUESTRAL CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	18
6.4 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	18
PLAN DE TRABAJO	25
RESULTADOS	29
DISCUSIÓN	38
PROPUESTA	40
ANEXO	42
BIBLIOGRAFÍA	50

1. Introducción

El TDAH según el DSM-IV se define como un determinado grado de déficit de atención y/o hiperactividad impulsividad que resulta desadaptativo e incoherente en relación con el nivel de desarrollo del niño y está presente antes de los 7 años de edad, cuyos síntomas principales son: el déficit de atención, la hiperactividad y la impulsividad. Si bien el déficit de atención guarda más relación con las dificultades académicas y el logro de metas, podemos inferir que la hiperactividad y la impulsividad están directamente relacionadas con los déficits en las relaciones sociales, y es el objetivo de esta investigación.

Las relaciones con los pares son el indicador clave de la competencia social: la aceptación o el juicio de pares son medidas indirectas de este funcionamiento social. En los niños con TDAH las habilidades sociales se ven particularmente afectadas por la impulsividad e imposibilidad de seguir reglas queriendo siempre imponer las de él, experimentando rechazo por parte de sus compañeros. Es por esto, que este trabajo se propone desarrollar la intervención de terapia ocupacional desde el modelo de integración sensorial en niños con TDAH, como estrategia para fomentar el desarrollo de sus habilidades sociales.

Para ello, nos basaremos en dos puntos: por un lado la teoría de que un trastorno de procesamiento sensorial puede afectar la capacidad de jugar, hacer amigos o desarrollar autonomía en el cuidado personal y por otro rescatar la importancia de la participación de los niños en las relaciones sociales.

Por esto nos proponemos desarrollar la teoría sobre la efectividad del modelo de integración sensorial como estrategia de intervención que trabajara directamente sobre el procesamiento sensorial con resultados óptimos.

2. Fundamentación

Casi todas las ocupaciones requieren de la interacción con un otro, por lo cual es necesario para interactuar y desempeñarse en las distintas áreas ocupacionales que el niño cuente con las habilidades sociales necesarias para ello. La falta o no de estas incidirá directamente en su autoestima y en la confianza en sí mismo.

Los terapeutas ocupacionales pueden usar el entrenamiento en habilidades sociales para promover estrategias de adaptación eficaces a fin de mejorar las relaciones interpersonales. Es la intención de este trabajo poder comprender cuáles son esas estrategias que la terapia ocupacional puede brindar al niño, a sus padres y docentes, desde el modelo de integración sensorial, para mejorar su desempeño ocupacional y específicamente para favorecer el desarrollo de las habilidades sociales a fin de aumentar la participación de estos sujetos en el área de participación social tanto como en todas aquellas áreas en las que su desempeño se encuentra atravesado por las relaciones interpersonales, incluyendo en estas el ámbito educativo que conforma una de las ocupaciones nuevas que aparece en la vida de los niños en edad pre-escolar.

El objetivo de este trabajo será entonces demostrar al resto de la comunidad científica y educativa, que la terapia ocupacional debe formar parte de los programas de intervención para mejorar la sintomatología que impide al niño con diagnóstico de TDAH ser capaz de adquirir sus habilidades de desempeño ocupacional, el impacto que esto tendrá en el desarrollo de sus habilidades sociales y cómo puede aportar el modelo de integración sensorial estrategias para favorecer el desempeño de estos niños en la participación social y en el desarrollo de sus habilidades sociales.

2.1. Antecedentes de la problemática.

“Habilidades sociales en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad”

A.Pardos, A.Fernandez-Jaen, D.Martin Fernandez-Mayoralas – Revista de Neurologia; 2009

La investigación describe las características de los niños con TDAH. Desarrolla la importancia de la afectación de las relaciones sociales y de la regulación emocional en niños con TDAH. Incita el desarrollo de nuevas investigaciones que estudien las relaciones sociales y la regulación emocional, tanto desde el punto de vista neural como conductual, ya que destaca que las investigaciones son orientadas a los aspectos cognitivos del trastorno, dejando en un segundo plano el deterioro de otros aspectos clave del desarrollo infantil y de la salud mental, como son las relaciones sociales o la competencia emocional.

Realza la importancia de evaluar y entrenar las habilidades sociales y el área psicoafectiva, la creación de programas de entrenamiento de habilidades sociales que ejerciten reconocimiento de emociones y el autoajuste correspondiente, las instrucciones teórico-prácticas con pares y/o la retroalimentación pueden mejorar potencialmente las habilidades sociales de estos chicos.

“Un trastorno en el procesamiento sensorial es frecuentemente la causa de problemas de aprendizaje, conducta y coordinación motriz en niños” Beaudry Bellefeuille; Sociedad de Pediatría de Asturias; Junio 2006

Esta investigación describe las características de los niños con trastorno en el procesamiento sensorial (TPS) y como se ven afectadas sus áreas ocupacionales en base a esto. Realza la importancia de la intervención de un terapeuta ocupacional

especializado en Integración Sensorial (IS) tanto para la evaluación como para el tratamiento.

“Déficit en Habilidades Sociales en Niños con Trastorno por Déficit de Atención-Hiperactividad, Evaluados con la Escala base” GIOMAR JIMÉNEZ FIGUEROA - WILMAR PINEDA ALHUCEMA -DAVID PIMIENTA MONTOYA -JOHAN ACOSTA LÓPEZ - MARTHA L. CERVANTES HENRÍQUEZ - MERLYS NÚÑEZ BARRAGÁN - MANUEL SÁNCHEZ ROJAS; Universidad Simón Bolívar, Barranquilla, Colombia; MARZO DE 2014

Se analizaron las Habilidades Sociales (HS) de 159 niños de ambos sexos, escolarizados, con Trastorno por Déficit de Atención-Hiperactividad (TDAH), entre los 6 y los 11 años de edad. La valoración de las HS se realizó con la escala Behavioral Assessment System for Children para padres y maestros. Los resultados mostraron que los niños con TDAH presentan puntajes más bajos en las dimensiones de habilidades sociales como escuchar, esperar turnos, reconocer señales sociales y tener capacidad de adaptabilidad. Sin embargo, en compañerismo, los participantes con TDAH combinado poseen habilidades semejantes a los no afectados. Esto replantea lo encontrado en la mayoría de los estudios en donde únicamente se evidencian deficiencias.

2. Hipótesis

La Integración Sensorial es una herramienta efectiva que le permite al niño con TDAH desarrollar sus habilidades sociales en la relación con sus pares.

3. Variables

Variable dependiente

Las habilidades sociales en niños con TDAH

Variable independiente

La Integración sensorial, desde la perspectiva de la terapia ocupacional.

4. Objetivos

4.1. Objetivo General

Comprobar que la Integración Sensorial es una herramienta efectiva para el niño con TDAH, permitiéndole desarrollar sus habilidades sociales en la relación con sus pares.

4.2. Objetivos Específicos

- * Evaluar el desempeño ocupacional de los niños con TDAH en el ámbito lúdico.
- * Evaluar las conductas verbales de los niños con TDAH y su relación con el desempeño de los mismos en el área Participación social.
- * Evaluar el perfil sensorial de los niños con TDAH y su relación con el desempeño de los mismos en el área de Participación social.

5. Marco teórico

Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) según el DSM-IV se define como un determinado grado de déficit de atención y/o hiperactividad/impulsividad que resulta des- adaptativo e incoherente en relación con el nivel de desarrollo del niño y está presente antes de los 7 años de edad. Y se discriminan 3 variantes de TDAH:

- Predominantemente desatento: fracasa en prestar atención a detalles, no parece escuchar lo que se le está diciendo.

- Predominantemente hiperactivo-impulsivo: muestra signos de inquietud, se re- tuerce en el asiento, se levanta en situaciones donde debería permanecer sentado, corre o trepa en situaciones inadecuadas, tiene dificultades en actividades que requie- ren concentración y tranquilidad, responde abruptamente antes de escuchar una pre- gunta, tiene dificultad para alinearse, o tomar turnos.

- se mezclan los criterios de los puntos anteriores

Los tres síntomas esenciales del TDAH son (Domingo Sanz MA. 2008):

El primero: el déficit de atención (falta de perseverancia en la atención o atención dispersa), segundo la hiperactividad (excesivo movimiento) y tercero la impulsividad (dificultad en el control de impulsos).

Se destacan también otras conductas predominantes como: conductas agresivas, dificultad para procesar distintos estímulos al mismo tiempo o para distinguir los más relevantes. Mayor sensibilidad en las variaciones de contexto. Dificultades para se- guir instrucciones y mantener la motivación. Fallas en el control de los impulsos,

esto hace que presenten conductas inadaptadas en las situaciones grupales: son excitable, hablan excesivamente y no respetan las consignas. En general sus respuestas son desmedidas con relación a los estímulos y como no toleran la frustración resultan individuos agresivos o caprichosos.

A nivel del área socioemocional estos niños tienden a presentar una mayor prevalencia de baja tolerancia a la frustración, fobias, rabietas y neurosis y un desfasaje entre la capacidad intelectual y la emocional.

El déficit de atención guarda una mayor relación con las dificultades académicas y el logro de metas, mientras que la hiperactividad e impulsividad están más relacionadas con las habilidades sociales y los resultados psiquiátricos. (Entendiendo a las habilidades sociales como el conjunto de conductas necesarias que nos permiten interactuar y relacionarnos con los demás, de manera efectiva y satisfactoria). Este cuadro tiene un gran impacto en la sociedad en términos económicos, estrés familiar y problemas académicos, así como una importante disminución de la autoestima del sujeto afectado. Durante la adolescencia va disminuyendo la hiperactividad motora y se transforma en hiperactividad mental o sensación de impaciencia. Se mantiene el déficit de atención y la dificultad para planear y organizarse lo que conlleva al mal rendimiento escolar, rechazo de amigos, disminución de la autoestima y búsqueda de afecto de forma indiscriminada con la implicación en conductas de riesgo: conducta agresiva, antisocial y delincuente, problemas con el alcohol y drogas y/o problemas emocionales (depresión, ansiedad).

Los niños con TDAH experimentan dificultades interpersonales y baja competencia social a pesar de que se esfuerzan por ser aceptados. Las causas del rechazo pueden agruparse en dos conjuntos: conductas molestas (desorganizadas, antisociales,

agresivas) y características de personalidad (“mal carácter”, egoísta, “mal compañero”, prepotente). Estos niños se muestran menos adaptativos a cambiar sus patrones de comunicación en función de las demandas de la actividad.

Las dificultades interpersonales, no están restringidas a la relación con sus pares sino también con sus familiares y profesores.

Los trastornos de la atención son altamente prevalentes en la niñez, si bien sus causas son variadas. La atención, interviene facilitando, mejorando o inhibiendo otros procesos neuropsicológicos (como la memoria, la percepción o el lenguaje) y asignando recursos cognitivos que permiten que la tarea que se lleva a cabo se realice de manera eficaz (N. Grañana 2017).

Diferentes modelos han sido desarrollados desde la neuropsicología para dar cuenta tanto del funcionamiento normal de la atención como de su disfunción (N. Fejerman / N. Grañana, 2017). Y si bien son diferentes entre sí, coinciden en que plantean el carácter multicomponente de la atención y asocian las variedades atencionales a sistemas cerebrales específicos, así como también coinciden en distinguir tres componentes básicos: selección, mantenimiento y control. El correcto funcionamiento de estos tres aspectos permite al sujeto ejecutar y mantener una conducta dirigida a una meta, frente a eventuales distractores (N. Grañana / N. Fejerman, 2017). Es importante al hablar del mantenimiento de la atención, destacar que su concepto alude a sostener la atención en una meta por un tiempo determinado, lo cual incluye el estado de alerta y re relaciona directamente con la intensidad de la atención.

La alerta es el estado de preparación del organismo para el procesamiento de la información (N. Fejerman, 2017). El nivel de alerta juega un papel clave en la atención

sostenida (concentración) ya que esta se trata de mantener un alto nivel de alerta durante intervalos de tiempo prolongados, pero en presencia de muchos estímulos. El sujeto debe mantener un ritmo de procesamiento elevado y continuo. Una falla en la atención sostenida puede conducir a olvidos y falsas alarmas (Mazeau y Pohet, 2014). La capacidad de atención sostenida tiene un rol clave en el desempeño escolar del niño: en directa relación con el desempeño de las tareas, su capacidad para mantener la concentración por largos periodos de tiempo para comprender e integrar grandes cantidades de información.

Las variaciones estables de la atención están relacionadas con diferencias individuales en otros dominios como el nivel de actividad, las habilidades inhibitorias y la emocionalidad negativa. Entonces: si un niño tiene dificultad para modular el nivel de actividad en situaciones que demandan niveles menores, habrá dificultades con la actividad motora, en los casos en que los niños poseen habilidades inhibitorias fuertes pueden evitar que otras acciones interfieran en una respuesta organizada a las demandas del ambiente, los niños con habilidades inhibitorias débiles es probable que sean impulsivos y tengan dificultad para atender a tareas estructuradas por otros o por ellos mismos. Ante una situación emocional displacentera, aquellos niños que pueden redirigir y focalizar su atención en eventos externos, actividades y pensamientos que no sean displacenteros para ser menos susceptibles de enojo y malestar.

Los niños que caen en los extremos de variabilidad son considerados como deficientes en atención, esto puede reflejar una reactividad que es muy alta o muy baja para ser adaptativa.

El TDAH es una de las patologías que se da con frecuencia y que puede dificultar el normal desarrollo del niño en las áreas, patrones y habilidades de desempeño ocupacional.

Cabe destacar en esta instancia el siguiente concepto de niñez el cual ha cambiado a lo largo de la historia, con relación a las variaciones socioculturales: se considera que los niños son aquellos individuos que transcurren por la primera instancia de la vida conocida como infancia y que es anterior a la pubertad. De acuerdo con las definiciones establecidas por la Organización de Naciones Unidas, a través de la Convención de los Derechos del Niño, se debería entender como niños a todos los individuos menores de dieciséis años.

Con el foco sobre la participación social en el “Marco de trabajo para la práctica ocupacional” (AOTA, 2018) y la necesidad de habilidades sociales apropiadas para tener éxito no solo académicamente sino también en lo personal, los terapeutas ocupacionales pueden ser parte del equipo de apoyo para estos niños a nivel particular en el consultorio como también en el aula, apoyando al estudiante en esta área de la ocupación.

Este trabajo pretende exponer la eficacia de la intervención de la terapia ocupacional en las habilidades sociales de niños con TDAH a través del modelo de Integración Sensorial, ya que además de las estrategias de intervención en habilidades y pensamientos sociales habituales, el terapeuta puede intervenir particularmente en aquellos niños con dificultades en el procesamiento sensorial lo que impactara directamente en su participación social.

Muchos niños con problemas de aprendizaje, de conducta y/o de coordinación motriz presentan un trastorno en el procesamiento sensorial (B. Bellefeuille, 2006, p.200.). Es decir, el sistema nervioso central (SNC) no es capaz de interpretar y organizar adecuadamente las informaciones captadas por los diversos órganos sensoriales del cuerpo. Tampoco puede analizar y utilizar dicha información adecuadamente para entrar en contacto con el ambiente y responder eficazmente a los múltiples estímulos del entorno. La detección precoz de un trastorno en el procesamiento sensorial resulta primordial para prevenir repercusiones en el aprendizaje y en la experiencia escolar en general.

El modelo de Integración Sensorial de Ayres (ASI) se centra en el papel que desempeñan el sistema táctil, el sistema propioceptivo y el sistema vestibular en el desarrollo. La integración sensorial tiene en cuenta todos los sistemas sensoriales pero se centra especialmente en estos tres.

Frecuentemente, los signos de un desarrollo sensoriomotor inadecuado son sutiles y, debido a ello, mal interpretados. Por ejemplo, un niño que es hipersensible al tacto tendrá, a menudo, unas reacciones agresivas ante el tacto inofensivo de un compañero que lo roza sin querer o frente a caricias de sus familiares. Se dirá que es arisco o antipático, o que tiene un temperamento difícil. Pero la causa de ese comportamiento es que dicho contacto le supone a él, por su hipersensibilidad, una verdadera molestia, ante la que naturalmente se revuelve y se muestra incómodo. El niño con hipersensibilidad táctil se encuentra frecuentemente en un estado de alerta elevado, lo cual es absolutamente incompatible con la concentración y el aprendizaje.

También se puede dar el caso de que un niño sea hiporesponsivo al tacto. En este caso las manifestaciones serán muy diferentes. Es probable que dicho niño posea un

estado de alerta más bien bajo. Puede ser poco sensible al dolor, probablemente sea torpe en las actividades de motricidad fina.

En muchos casos en que el niño es hiporesponsivo al tacto también es hiporesponsivo al estímulo propioceptivo (Bellefeuille, 2006). La propiocepción nos permite percibir los movimientos de las articulaciones y de todo el cuerpo, la posición de éste o de sus partes, la velocidad y la dirección del movimiento y percibir la fuerza generada por nuestros músculos.

El niño con problemas en el procesamiento de las sensaciones propioceptivas mostrará poca fluidez en sus movimientos, debido a la escasa percepción que tiene de su propio cuerpo. Es posible que aplique sobre los objetos una fuerza inapropiada, bien excesiva o bien insuficiente. Al igual que el niño que es hipersensible al tacto, el niño hipersensible al estímulo vestibular se halla a menudo en un estado de alerta elevado. Sus relaciones sociales pueden verse afectadas por ese constante estado de tensión en el cual se encuentra. También se mantendrá al margen de actividades que para la mayoría de niños resultan gratificantes, como saltar, trepar, etc., y, por tanto, se verá privado de contactos sociales con los otros niños.

El objetivo de la Integración sensorial de Ayres es que los clientes/pacientes adquieran respuestas adaptativas frente a varios estímulos sensoriales del entorno de modo de participar en plenitud de las ocupaciones deseadas (Jean Ayres, 2008). Mediante el uso de equipo especializado y la provisión de oportunidades para explorar diversos estímulos sensoriales, el terapeuta adapta las actividades terapéuticas en relación con las necesidades del cliente para mejorar la eficiencia del sistema nervioso del cliente a fin de poder interpretar y aplicar la información sensorial.

Los abordajes sensoriales y sensoriomotores también se centran en rehabilitar el procesamiento sensorial afectado con el fin de mejorar el desempeño ocupacional y la participación en las actividades deseadas.

¿Por qué hemos de trabajar sobre las habilidades sociales? Caballo (1993) se refiere a las habilidades sociales como *“el conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación”*. Las habilidades sociales son un conjunto de conductas que nos permiten desenvolvernó eficazmente ante situaciones sociales, pudiendo establecer relaciones adecuadas con los otros y resolver conflictos. Estas habilidades comienzan a desarrollarse en la infancia, inicialmente con el cuidador primario y luego continúan a lo largo del desarrollo del niño en la relación que constituye con sus pares.

El ser humano es un ser social por naturaleza, desde que nacemos estamos inmersos en un mundo social, en contacto con los otros y en permanente intercambio. Un déficit en habilidades sociales suele puede resultar dificultoso para niños y adolescentes, ya que podría provocar un rechazo hacia sus pares o conductas agresivas e inadecuadas.

La importancia de las habilidades sociales entonces está relacionada con la adaptación que tendrá el niño a los diferentes entornos en los que se desenvuelva. Su facilitación o dificultad incidirá directamente en la autoestima y la confianza en sí mismo que desarrollará el niño. Este, desde su primer contacto con el mundo convive en ambientes donde se gesta y refuerzan las habilidades de comunicación, interacción y

expresión, y así se adquieren las habilidades sociales progresivamente, estas deben atravesar diversas instancias hasta convertirse en hábitos.(Fontana, Analía; 2012).

La interacción con un otro requiere cooperar, compartir información, conversar y mantener a su vez determinadas habilidades para el intercambio de información y el desempeño de esta actividad de manera satisfactoria.

A pesar de que en el marco de trabajo se considere la participación social como un área separada, los niños interactúan entre ellos y con los adultos durante todas sus actividades: en la escuela, en el juego, en la familia; la mayoría de las ocupaciones requieren interacción social. Es por esto que las dificultades para interactuar podrían influir en todas las áreas de la ocupación y limitar la participación social.

Los terapeutas ocupacionales pueden usar el entrenamiento en habilidades sociales para promover estrategias de adaptación eficaces a fin de mejorar las relaciones interpersonales. Las intervenciones incluyen no solo educación y asesoramiento a través del modelado sino también brindar instrucciones específicas para que los niños aprendan estrategias y métodos nuevos para resolver problemas.

En cuanto a las habilidades sociales a nivel de los niños podemos pensar en:

- Las habilidades básicas de interacción social
- Para hacer amigos y amigas
- Conversacionales
- Relacionada con los sentimientos
- De resolución de problemas interpersonales
- Para relacionarse con los adultos.

6. Metodología

6.1. Tipo de investigación

La presente investigación es de tipo cuantitativa de diseño estructurado y de alcance cuasi-experimental.

Una investigación cuantitativa somete a prueba las hipótesis mediante el empleo de los diseños de investigación apropiados. Si este apoya la hipótesis se genera confianza en la teoría que la sustenta. Si no es así, se descartan la hipótesis y eventualmente, la teoría. La hipótesis se genera antes de recolectar y analizar los datos, la recolección de datos se fundamenta en la medición, con procedimientos estandarizados y aprobados por la comunidad científica. Las mediciones se transformarán en valores analizables por medio de la estadística.

El diseño de esta investigación será de tipo cuasi-experimental. Se tomará un caso único sobre el cual se realizará el proceso de experimentación, es decir se basará en la experiencia sobre un sujeto caso único sobre el que se observará, se aplicará el tratamiento, y se observará su relación con la variable independiente. (Sampieri, 2006)

6.2. Sujetos

Caso clínico único: niño de 5 años de edad con diagnóstico de TDAH que recibe terapia ocupacional desde el modelo de integración sensorial.

Diagnosticado también con TEL mixto, concurre a Neurología y Fonoaudiología.

Concurre a Jardín pre-escolar en escuela común. Convive con su madre.

6.3. Diseño muestral criterios de inclusión y exclusión

Criterios de Inclusión:

- Entre 4 y 6 años de edad (6 años, 11 meses)
- Diagnóstico: TDAH

Criterios de exclusión:

- No acceder a la terapia de IS.
- Adolescentes o Adulto.

6.4 Instrumento de recolección de datos

Se utilizará como herramienta de evaluación el Sensory Profile 2, adaptado: se tomará el apartado referido a las respuestas emocionales.

Item	Mi niño/A...
62	parece tener una baja autoestima (por ejemplo, dificultad para sentirse bien consigo mismo/a)
63	requiere de apoyo positivo para responder a situaciones desafiantes
64	es sensible a las críticas
65	tiene miedos predecibles o definidos
66	manifiesta sentirse como un fracaso
67	es muy serio/a
68	tiene fuertes arrebatos emocionales cuando no puede completar una tarea
69	le cuesta trabajo interpretar el lenguaje corporal o las expresiones faciales.
70	se frustra fácilmente
71	tiene temores que interfieren con la rutina cotidiana
72	se angustia cuando hay cambios en los planes, rutinas o expectativas.
73	necesita mas protección de la vida que otros niños/as de su misma edad (por ejemplo es indefenso física o emocionalmente)
74	interactúa o participa en grupos menos que otros niños de su misma edad
75	tiene dificultades con las amistades (por ejemplo, hacer o retener amigos)

Cada ítem debe ser puntuado según qué tan seguido muestra el niño ese comportamiento usando la siguiente escala:

1	Casi nunca	10% o menos del tiempo
2	Ocasionalmente	25% del tiempo
3	La mitad del tiempo	50% del tiempo
4	Frecuentemente	75% del tiempo
5	Casi siempre	90 % o más del tiempo

Este apartado será proporcionado al padre/madre/tutor del niño, quien deberá completar en cada ítem la respuesta que considere correcta de acuerdo a su observación del niño. Es una evaluación que también puede ser completada por el terapeuta, pero en este caso en particular se pide a los padres/tutores que sean quienes lo completen considerando que poseen un mayor conocimiento del desempeño social y emocional del niño no acotando así la observación solo al espacio terapéutico. Los padres/tutores pueden completarlo por su cuenta, como con ayuda del terapeuta durante una reunión.

El SP2 puede ser utilizado por profesionales de distintos ámbitos y sus resultados pueden ser tanto de interés para profesionales sociosanitarios como para investigadores. Los profesionales sociosanitarios como terapeutas ocupacionales, psicólogos y logopedas pueden usar este test para tener una visión del desempeño del niño en la escuela y en la sociedad así como para determinar qué áreas son puntos fuertes y cuales pueden estar afectando negativamente el desempeño del niño con el fin de disponer de una base para planificar la intervención. Los profesionales pueden incluir el perfil sensorial 2 en sus protocolos como una medida funcional de la capacidad de respuesta sensorial. También pueden usarlo para obtener datos que relacionen el efecto del procesamiento sensorial con la participación en la AVD.

Paralelamente se utilizó otro instrumento de evaluación de carácter observacional: el Sistema de evaluación conductual de la habilidad social (SECHS) del autor Vicent E. Caballo (1988). Este agrupa la mayor parte de los parámetros en los que debe obtenerse información mediante la observación, describiendo un formato de evaluación de conductas manifestadas por un sujeto durante una interacción social simulada o real. Esta evaluación puede ser llevada a cabo por profesionales especializados en habilidades sociales, padres o maestros.

La función del evaluador es observar el comportamiento del sujeto puntuando del 1 al 5 la adecuación de cada uno de los ítems. Una puntuación de 3 o más en una

conducta indica que esta es la adecuada (en mayor o menor grado), y una puntuación inferior a 3 indica que no es una conducta adecuada y es susceptible de intervención. La escala en total posee 21 ítems con una puntuación del 1 al 5 cada una.

Los elementos evaluados son los siguientes:

Componentes no verbales

Expresión facial: La cara es el principal sistema de señales para mostrar emociones, además de ser el área más importante y compleja de la comunicación no verbal y la parte del cuerpo que más de cerca se observa durante la interacción.

1. Cara muy desagradable. Expresiones negativas muy frecuentes
2. Cara desagradable. Algunas expresiones negativas
3. Cara normal. Apenas si se observan expresiones negativas.
4. Cara agradable. Algunas expresiones positivas.
5. Cara muy agradable. Frecuentes expresiones positivas.

Mirada: Fundamental en la evaluación de la conducta de la habilidad social. Se usa para abrir y cerrar canales de comunicación y es especialmente importante para regular y manejar los turnos de palabra.

1. Mira muy poco. Impresión negativa./ Mira continuamente. Muy desagradable.
2. Mira poco. Impresión algo negativa. / Mira en exceso. Desagradable.
3. Frecuencia y patrón de miradas normales.
4. Frecuencia y patrón de miradas buenos. Agradable.
5. Frecuencia y patrón de miradas muy buenos. Muy agradable.

Sonrisas:

1. Sonrisas totalmente ausentes. Impresión muy negativa./Sonrisas continuas. Muy desagradable.
2. Sonrisas poco frecuentes. Impresión algo desagradable. / Sonrisas excesivamente frecuentes. Desagradable.
3. Patrón y frecuencia de sonrisas normales.
4. Patrón y frecuencia de sonrisas buenos. Agradable.
5. Patrón y frecuencia de sonrisas muy buenos. Muy agradable.

Postura: La posición del cuerpo y de los miembros de una persona refleja sus actitudes y sentimientos sobre sí mismos y su relación con los otros.

1. Postura muy cerrada da la impresión e un rechazo total.
2. Postura muy cerrada da la impresión de un rechazo parcial.
3. Postura normal. No produce impresión de rechazo.

4. Postura abierta. Da la impresión de aceptación.
5. Postura bastante abierta. Da la impresión de una gran aceptación.

Orientación: Referido a la orientación del cuerpo respecto al otro con el que se interactúa.

1. Orientado completamente hacia otro lado. Impresión muy negativa.
2. Orientado parcialmente hacia otro lado. Impresión algo negativa.
3. Orientación normal. No produce una impresión desagradable.
4. Buena orientación. Impresión agradable.
5. Muy buena orientación. Impresión muy agradable.

Distancia / Contacto físico: Si la distancia entre dos personas que hablan excede o es menor que estos límites, entonces se interfieren o provocan conductas negativas. El contacto físico constituye la forma más básica de expresar actitudes interpersonales.

1. Distancia excesiva. Impresión de distanciamiento total. / Distancia extremadamente próxima e íntima. Muy desagradable.
2. Distancia algo exagerada. Impresión de cierto distanciamiento. / Distancia demasiado próxima para una interacción casual. Desagradable.
3. Distancia normal. Ni agradable ni desagradable.
4. Distancia oportuna impresión e acercamiento. Agradable.
5. Distancia excelente. Buena impresión de acercamiento. Muy agradable.

Gestos: Son básicamente culturales. La actividad verbal y gestual pueden relacionarse de diversas maneras, pudieron apoyar y amplificar a lo que se dice o por el contrario, pueden contradecirlo.

1. No hace ningún gesto, manos inmóviles. Impresión muy negativa.
2. Algunos gestos, pero escasos. Impresión negativa.
3. Frecuencia y patrón de gestos normales.
4. Buena frecuencia y distribución de los gestos. Impresión positiva.
5. Muy buena frecuencia y distribución de los gestos. Impresión muy positiva.

Apariencia personal: Aspecto exterior de una persona.

1. Muy desaliñado. Apariencia muy desagradable y sin ningún atractivo.
2. Algo desaliñado. Apariencia algo desagradable y poco atractiva.
3. Apariencia normal.

4. Buena apariencia. Agradable y atractiva.
5. Muy buena apariencia. Muy agradable y atractiva.

Oportunidad de los reforzamientos: Es la capacidad del ser humano de ejercer influencia sobre sí mismo, de autorregularse, en base a lo que quiera conseguir.

1. No refuerza nunca. O bien, sus reforzamientos están siempre fuera de lugar.
2. Refuerza poco o bien sus reforzamientos están frecuentemente fuera de lugar.
3. Reforzamiento normal.
4. Reforzamiento bueno, o bien sus reforzamientos encuentran frecuentemente el momento oportuno.
5. Reforzamiento muy bueno, o bien sus reforzamientos encuentran siempre el momento oportuno.

Componentes paralingüísticos.

Hace referencia a “como” se dice en oposición a “que” se dice. Los elementos paralingüísticos rara vez se emplean aislados

VOLUMEN DE LA VOZ

1. No se le oye. Volumen excesivamente bajo. Impresión muy negativa. / Volumen extremadamente alto (casi llega al grito). Muy desagradable.
2. Se oye ligeramente. Voz baja. Impresión algo negativa. / Volumen demasiado alto. Desagradable.
3. Voz normal. Pasable.
4. Volumen de voz bastante adecuado. Impresión positiva.
5. Volumen de voz muy adecuado. Impresión muy positiva.

ENTONACIÓN

1. Nada expresiva, monótona, aburrida. Muy desagradable.
2. Poco expresiva, ligeramente monótona. Desagradable.
3. Entonación normal. Pasable.
4. Buena entonación, voz, interesante, viva. Agradable.
5. Muy buena entonación, muy animada y expresiva. Muy agradable.

TIMBRES

1. Muy desagradable, muy agudo o grave. Impresión muy negativa.
2. Algo desagradable, agudo o grave de forma negativa.
3. Timbre normal, ni agradable ni desagradable.

4. Timbre agradable. Impresión positiva.
5. Timbre muy agradable. Impresión muy positiva.

FLUIDEZ

1. Muchas perturbaciones o muchas pausas embarazosas. Muy desagradable.
2. Frecuentes perturbaciones o pausas embarazosas. Desagradable.
3. Pausas y perturbaciones normales. No da impresión negativa.
4. Sin apenas perturbaciones o pausas embarazosas. Agradable.
5. Sin perturbaciones o pausas embarazosas. Muy agradable.

VELOCIDAD

1. Habla extremadamente deprisa. No se le entiende nada. / Habla extremadamente despacio. Muy desagradable.
2. Habla bastante deprisa. A veces no se le entiende. / Habla bastante despacio. Desagradable.
3. Velocidad normal. Se le entiende generalmente.
4. Velocidad de habla bastante apropiada. Agradable.
5. Velocidad de habla muy apropiada. Muy agradable.

CLARIDAD

1. No pronuncia ninguna palabra o frase con claridad. Muy negativo. / Articulación excesiva de las palabras. Muy desagradable.
2. Pronuncia con claridad solo algunas palabras o frases. Negativo / Demasiada articulación de las palabras. Desagradable.
3. Claridad de pronunciación normal.
4. Pronuncia las palabras claramente. Agradable.
5. Pronuncia las palabras muy claramente. Muy agradable.

TIEMPO DE HABLA

1. Apenas habla. Grandes periodos de silencio. Impresión muy negativa. / Habla continuamente sin darle ninguna oportunidad a la otra persona. Muy desagradable.
2. Habla poco frecuentemente. Impresión negativa. / Habla en exceso. Desagradable.
3. Tiempo de habla normal. Ni agradable ni desagradable.
4. Buena duración del habla. Agradable.
5. Muy buena duración del habla. Muy agradable.

Componentes verbales.

Las palabras que empleamos dependen de la situación en que nos encontremos, de su papel en esa situación y de lo que esté intentando lograr.

HUMOR

1. Contenido muy serio y sin humor. Impresión muy negativa.
2. Contenido serio y con poco humor. Impresión negativa.
3. Contenido de humor normal.
4. Contenido de humor bueno. Agradable.
5. Contenido de humor muy bueno. Muy agradable.

ATENCIÓN PERSONAL

1. Nunca se interesa por la otra persona, ni le hace preguntas sobre ella. Impresión muy negativa.
2. Apenas se interesa por otra persona, pocas preguntas. Impresión negativa.
3. Interés normal por la otra persona.
4. Buen interés por la otra persona, con un número adecuado de preguntas sobre ella. Impresión positiva.
5. Muy buen interés por la otra persona, con un número muy adecuado de preguntas. Impresión muy positiva.

PREGUNTAS

1. Nunca hace preguntas. Impresión muy negativa. / Hace preguntas continuamente. Muy desagradable.
2. Hace pocas preguntas. Impresión negativa. / Hace preguntas en exceso. Desagradable.
3. Patrón de preguntas normal. Ni agradable ni desagradable.
4. Preguntas variadas y adecuadas. Agradable.
5. Preguntas variadas y muy adecuadas. Impresión muy agradable.

RESPUESTAS A PREGUNTAS

1. Respuestas monosilábicas o muy poco adecuadas. Impresión muy desagradable.
2. Respuestas breves o poco adecuadas. Impresión negativa.
3. Respuestas normales. Impresión ni positiva ni negativa.
4. Respuestas adecuadas y de duración correcta. Impresión positiva.
5. Respuestas muy adecuadas y de duración correcta. Impresión muy positiva.

7. Plan de trabajo

Para la realización del presente trabajo se solicitó la colaboración de la Lic. en Terapia Ocupacional Adriana García, quien brindó su consultorio como espacio para realizar la observación del paciente como la intervención que se detallará a continuación. Así mismo se solicitó el acceso a los informes y evaluaciones previamente administradas al niño a fin de utilizarlas como punto de inicio.

En base a la intensa búsqueda propioceptiva que se observa en T. durante las actividades, se evalúa con la COP que evalúa el funcionamiento motor (control postural, planeamiento motor y estabilidad proximal) y la modulación del nivel de alerta. Esta evaluación fue diseñada para ser utilizada en conjunto con las observaciones clínicas sensoriomotoras o durante el juego libre. Siendo 23 el número de puntaje máximo que puede recibir un niño sin dificultades propioceptivas.

El Resultado obtenido en T. fue de 64 puntos, en base a esto se presupone la presencia de una dificultad en la praxis debido a un problema de discriminación sensorial del input-táctil y propioceptivo: Somatodispraxia.

En base a esto se decide que durante las sesiones posteriores a la primera evaluación del mes de Octubre, se realizan las actividades de IS centradas específicamente en los déficit sensoriales que se observaron en el SP2 del paciente en relación al apartado de registro de emociones aplicando fundamentalmente estímulos propioceptivos. Cabe destacar que se compara la evaluación del mes de Octubre, con una obtenida previamente en el mes de Agosto ambas poseían los mismos resultados.

Se propone al terapeuta realizar las siguientes actividades:

- Se realizarán circuitos donde se brinden muchos estímulos de propiocepción, con un mínimo de 4 pasos en la secuencia y que incluyan actividad de motricidad fina al finalizar (con broches, pinzas, dibujos).

- Juegos de mesa donde deba esperar su turno. Se puede evaluar aplicar adaptaciones a la silla que brinden propiocepción durante el juego para prolongar el tiempo de la actividad.

- Actividades que le brinde estímulos propioceptivos en todo el cuerpo, como enrollarlo en una tela elástica o el uso de chalecos sensoriales.

- Buscar objetos dentro de la pileta de pelotas.

- Juegos de empujar o jalar, preferencialmente con otro.

- Actividades de secuenciación, donde se deban respetar los pasos y los tiempos, preferentemente compartir la actividad con otro.

Plan de implementación:

Sesión 1:

Circuito sensorial formado por una hamaca rectangular, una patineta, cama elástica y una escalera. El niño participa compitiendo con su compañero para terminar primero el juego.

Actividad de juego simbólico: “juego de la granja”, en compañía del otro niño.

Se le muestran al niño imágenes de expresiones faciales emocionales reconoce las de contento y enojado. No logra clasificar el resto con un nombre propio, sin embargo, las clasifica como lindas o feas.

Evaluación del área emocional utilizando el SP2.

Sesión 2:

-Circuito sensorial formado por rampa, hamaca circular de red, tirolesa. En grupo, con un compañero de sesión, con competencia.

- Actividad en mesa: autos con marcadores, dibujar el circuito de los autos en conjunto con un compañero.

□ Sesión 3:

-Circuito sensorial formado por tres hamacas (circular, cuadrada y rectangular), y pelotas para voltear bolos al final del circuito

-Actividad en mesa para trabajar toma del lápiz, uniendo con puntos diferentes dibujos. Se utiliza la silla-pelota para autorregularse.

□ Sesión 4:

Circuito sensorial formado por aros para atravesar, túnel de tela con pelota dentro que deben empujar. Segundo circuito: tirolesa, pelotero y rampa.

□ Sesión 5:

Circuito sensorial formado por hamaca y bolsitas de peso para embocar. Segunda parte, puff para saltar y neumáticos.

□ Sesión 6:

-Circuito sensorial formado por cama elástica, tabla de equilibrio y hamaca.

-Actividad en mesa de escritura. Utilizar la silla-pelota y chaleco de peso.

□ Sesión 7:

- Circuito sensorial formado por dos aros el niño debe atravesar por el medio, tres hamacas (rectangular, redonda y cuadrada), una actividad de motricidad fina (colocar un objeto dentro de un cierre) y finaliza con una rayuela.

- Actividad en sedente, sobre una hamaca con movimientos lineales. Se colocan pesas que brindan propiocepción sobre el cuerpo del niño, el mismo

debe arrojar una bolsita de pesa dentro de un aro una vez finalizada la ronda de palabras. La ronda de palabras está compuesta por 4 personas incluyéndolo, se dice una palabra y el resto debe continuar con palabras asociadas ej: animales: uno dice perro, otro gato, etc. Durante la ronda, se incluyen emociones: feliz, triste, enojado. Luego de un par de rondas sobre animales y colores se retoma con: carita feliz, carita sacando la lengua, etc.

- Realiza satisfactoriamente completando las rondas, con animales, colores y números.

- Fútbol grupal.

□ Sesión 8:

- Circuito sensorial formado por trampolín en el cual el niño salta para tomar un objeto que transportara al final del circuito, un rollo, una hamaca rectangular, una rampa, una hamaca circular, una escalera y un puff.

- Actividad de voltear bolos con pelotas desde la hamaca.

- Juego “Quién es quien”: el niño debe describir al personaje, poder preguntar por el personaje del otro y describir las emociones que observa.

□ Sesión 9:

- Circuito sensorial: escalera, rampa, puff, rappel, cubo de elásticos para atravesar y pelotero.

- Actividad en hamaca rectangular: tomo pelotas de los cestos a los lados de la hamaca en movimiento y los lanzo al arco que se va moviendo a diferentes alturas y distancias. Graduando la actividad.

- Actividad de motricidad fina en mesa: unir los puntos. Escribir su nombre y copiar palabras. Se utilizan grips para la toma del lápiz.

□ Sesión 10:

- Circuito sensorial formado por: tabla de equilibrio, escalera, palestra, pelotas y puff para saltar.

-Actividad en equipo: Juego de mesa, que requiere: esperar y respetar los turnos, secuenciar el juego y mantenerse involucrado en la actividad de inicio a fin.

-Merienda con el compañero: se brindan los elementos para compartir la merienda, se realiza una observación del comportamiento de ambos niños en relación con la actividad: habilidades de interacción social, conversacionales, de relacionamiento con los adultos.

-Reevaluación del SP2. Comparar resultados.

8. Resultados

Los resultados se obtuvieron a partir de la recolección de datos, obtenidos de la aplicación del Sensory profile II (SP2), realizados al paciente seleccionado como muestra única para este trabajo, quien realiza sesiones semanales de 40 min de terapia ocupacional con integración sensorial.

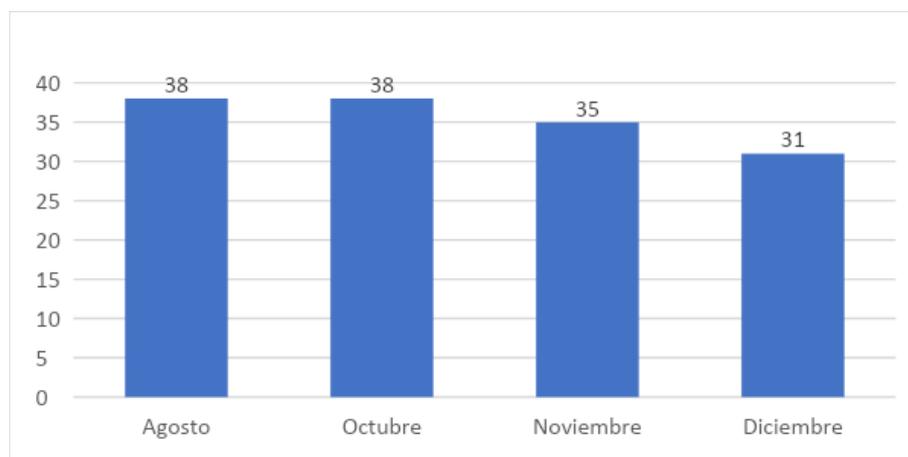


Gráfico 1. Resultados finales de las evaluaciones en línea temporal.

En la primera evaluación al inicio del tratamiento el resultado del SP2 en el apartado de habilidades sociales arrojó un resultado de 38, siendo 35 en Noviembre y 31 en Diciembre (no se realizó reevaluación en el mes de Septiembre). Teniendo en cuenta que el resultado entre 32 y 41 es calificado según la evaluación SP2 como “more than others” (más que otros), y el resultado entre 13 y 31 es calificado como “Just like the majority of others” (como los demás), podemos inferir que hubo un cambio en su manera de relacionarse y/o conducirse más cercano a lo esperado en niños de su edad en relación a las habilidades sociales.

Es importante destacar que esta evaluación no mide el progreso en cuanto a términos de “mejor” o “peor”, debido a las actualizaciones que se realizaron en el Sensory Profile a lo largo de los años se han desestimado las interpretaciones como “registro insuficiente” ya que el concepto general es simplemente registro, esto indica que la detección de estímulos es un continuo: existen algunas personas que detectan muchos estímulos y otras que ignoran muchos estímulos (Winnie Dunn, 2016).

Para su posterior análisis se han agrupado en cuatro dimensiones los distintos ítems evaluados en el área emocional del SP2, quedando las mismas conformadas de la siguiente

DIMENSIONES	Sensory Profile 2 (SP2)
PERSONALIDAD	es sensible a las críticas
	es muy serio/a
TOLERANCIA A LA FRUSTRACION	parece tener una baja autoestima (por ejemplo, dificultad para sentirse bien consigo mismo/a)
	requiere de apoyo positivo para responder a situaciones desafiantes
	manifiesta sentirse como un fracaso
	tiene fuertes arrebatos emocionales cuando no puede completar una tarea
INTERACCION SOCIAL	se frustra fácilmente
	le cuesta trabajo interpretar el lenguaje corporal o las expresiones faciales.
	interactúa o participa en grupos <i>menos</i> que otros niños de su misma edad
MIEDOS	tiene dificultades con las amistades (por ejemplo, hacer o retener amigos)
	tiene miedos predecibles o definidos
	tiene temores que interfieren con la rutina cotidiana
	se angustia cuando hay cambios en los planes, rutinas o expectativas.
	necesita más protección de la vida que otros niños/as de su misma edad (por ejemplo es indefenso física o emocionalmente)

Cuadro 1. División de los ítems en cuatro dimensiones.

En el siguiente gráfico (ver Gráfico 2) se pueden observar los resultados iniciales y finales del total de las dimensiones. En los mismos se observa una tendencia a las respuestas “casi nunca” lo que marca un aspecto positivo en las respuestas teniendo en cuenta que los ítems a evaluar están relacionados a conductas no asertivas con relación a las habilidades sociales y la frecuencia con la que el niño las ejecuta. Por tanto, se considera positiva una respuesta “casi nunca” o “ocasionalmente” sobre una “frecuentemente” o “casi siempre”, en relación a lo que se busca con esta intervención y en este niño en particular.

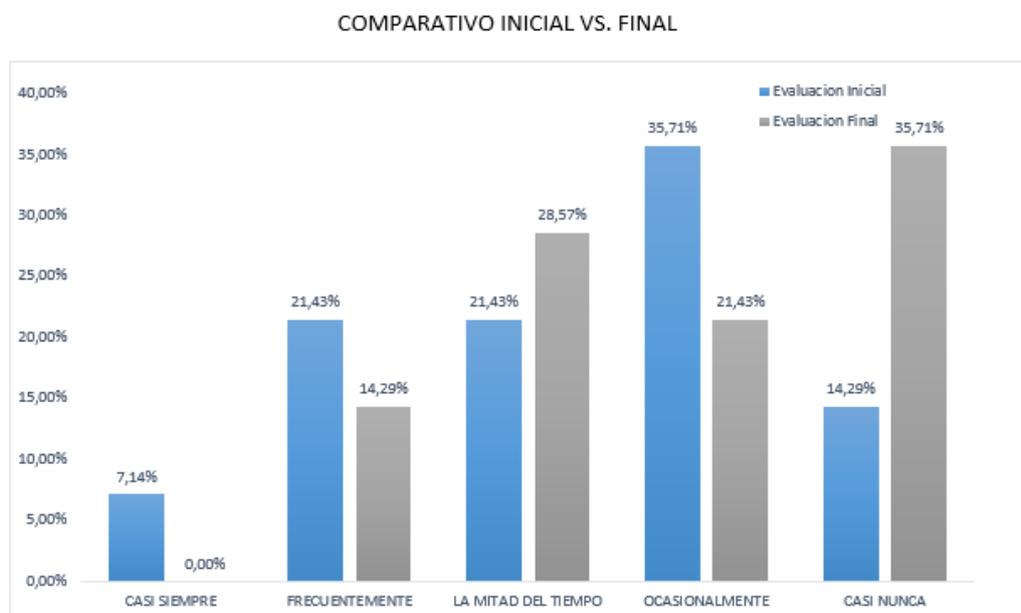


Gráfico 2. Comparativa entre resultados iniciales y finales generales.

A continuación, se analizarán los resultados porcentuales dentro de cada dimensión:

La dimensión “personalidad” engloba dos ítems referidos a la manera de comportarse del niño en relación a las críticas recibidas por otros como a su nivel de seriedad en las diferentes situaciones (ver Cuadro 1). Al analizar los resultados obtenidos

dos en la evaluación inicial versus la evaluación final dentro de esta dimensión (ver gráfico 3) se observa una un cambio del 50% de las respuestas. En la evaluación final no figuran las respuestas “frecuentemente” y se observa la aparición de las respuestas “la mitad del tiempo” lo que indica que han desaparecido determinados comportamientos en el niño, por lo que podemos inferir un cambio en su conducta pudiendo ser por ejemplo que es menos sensible a las críticas de los demás y/o menos serio ante el entorno.

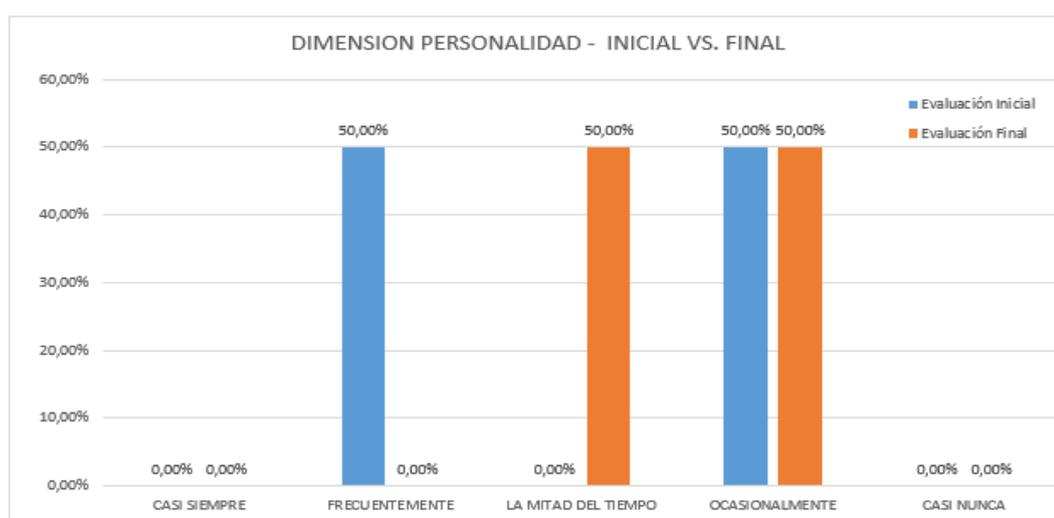


Gráfico 3. Comparativa entre los resultados iniciales y finales en la dimensión personalidad.

Con respecto a la dimensión “interacción social” debemos destacar que evalúa ítems sobre la manera en que el niño responde durante las interacciones con un otro por ejemplo: dificultad en la interpretación del lenguaje corporal, en participar de actividades con niños de su misma edad (Ver cuadro 1). De esta manera se puntúa la frecuencia con la que el niño presenta dificultades en estas actividades. A partir del gráfico 4 se observa que en la evaluación final prevalece la respuesta “casi nunca” con un 66,67% sobre la respuesta “ocasionalmente” con la misma puntuación en la evaluación inicial; y la respuesta “ocasionalmente” con 33,33% en la evaluación final sobre la misma puntuación en la respuesta “la mitad del tiempo” en la evaluación

inicial. Por tanto, se puede inferir que el niño ha logrado disminuir los periodos de tiempo en los que predomina un comportamiento menos asertivo con relación a su interacción social.

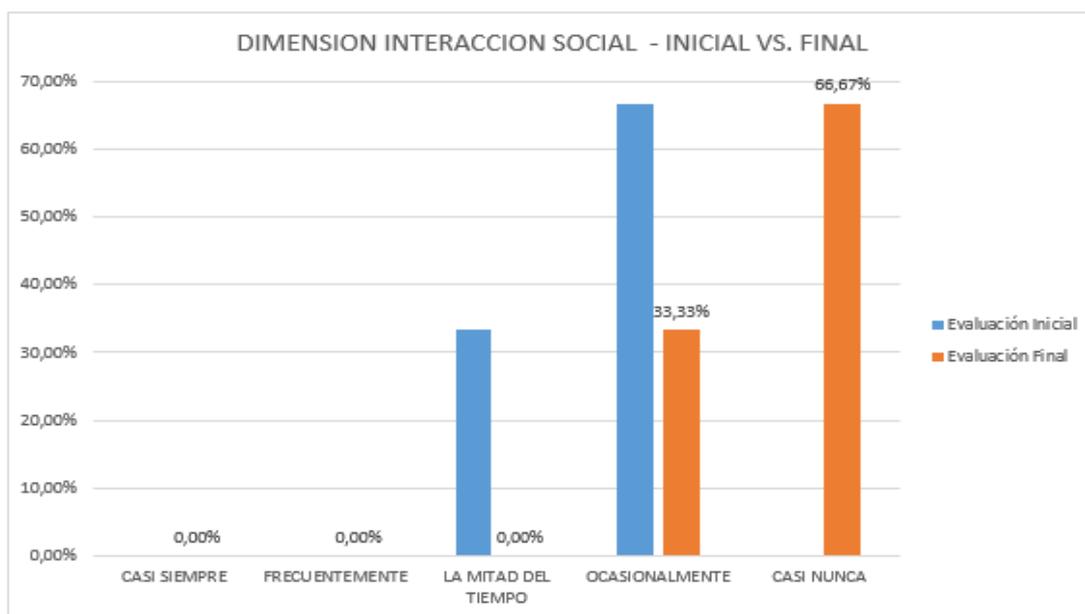


Gráfico 4. Comparativa entre los resultados iniciales y finales en la dimensión interacción social

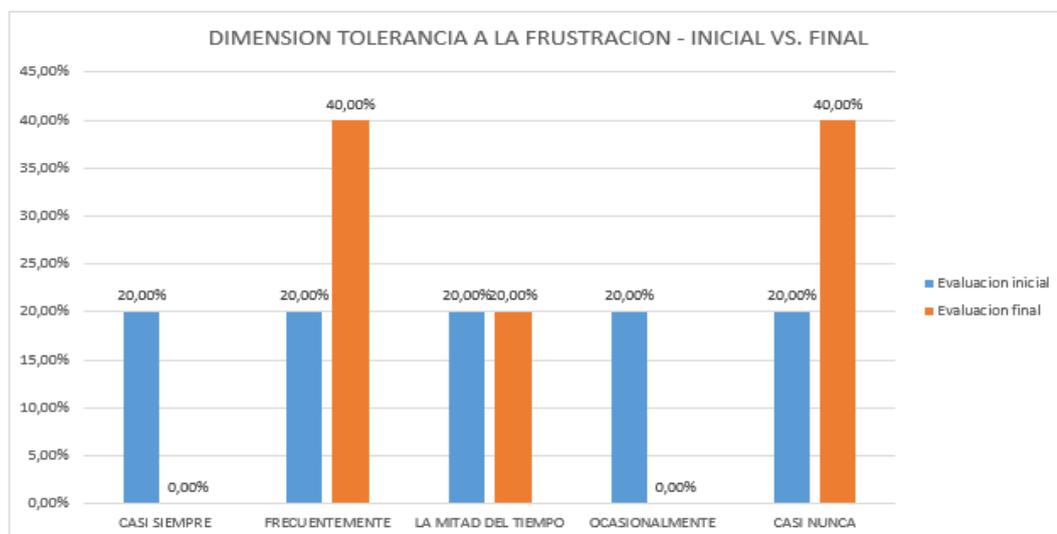


Gráfico 5. Comparativa entre los resultados iniciales y finales en la dimensión tolerancia a la frustración.

Por su parte en la dimensión “tolerancia a la frustración” se observa la manera en que el niño responde frente a situaciones desafiantes, puntuando con las opciones “casi siempre” o “frecuentemente” cuando el niño presenta más del 75% del tiempo baja tolerancia a la frustración y puntuando “ocasionalmente” y “casi nunca” cuando es menos del 30% del tiempo.

En este caso, se observa en el gráfico 5 un corrimiento de las respuestas hacia esta segunda opción, es decir: en la evaluación inicial se observa un 20% de resultado en cada respuesta mientras que en la evaluación final si bien hay un aumento “frecuentemente” (40%) ya no se observan respuestas “casi siempre” ni “ocasionalmente” y aumentan las respuestas “casi nunca” (40%): lo que significa una menor aparición de comportamientos disruptivos en el niño o mayor tolerancia a la frustración según corresponda en cada ítem, ambas opciones son beneficiosas para el relacionamiento del niño con su entorno y con el medio.

Por último, se tomaron ítems relacionados a los temores que el niño posee o la manera en que los expresa en la dimensión “miedos” (ver cuadro 1). En este caso se observa en la evaluación inicial un 25% de respuestas “frecuentemente” que no aparecen en la evaluación inicial donde si se evidencia un aumento de respuestas “la mitad del tiempo” (40%). El resto de las respuestas mantienen porcentajes similares entre la evaluación inicial y final (ver gráfico 6).

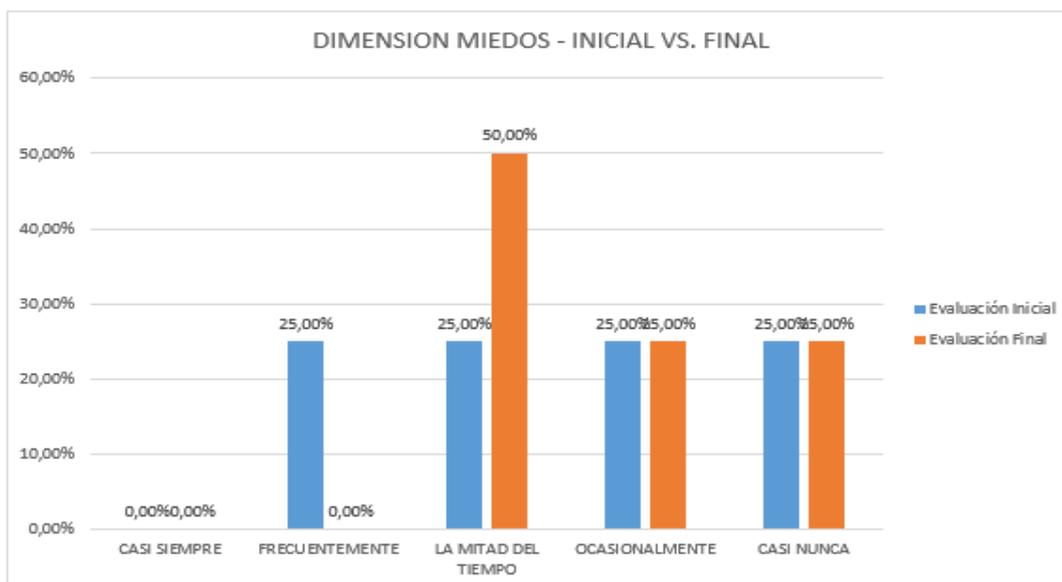


Gráfico 6. Comparativa entre los resultados iniciales y finales en la dimensión miedos.

En los cuatro gráficos se ve reflejado un cambio en las respuestas con predominancia de respuestas “ocasionalmente” y “casi nunca” en las evaluaciones finales en oposición a los “frecuentemente” y “casi siempre” de las evaluaciones iniciales, lo que refleja que el comportamiento del niño ha pasado a ser mayormente asertivo en relación a sus respuestas con el entorno y los desafíos emocionales evidenciando un desempeño funcional de sus habilidades sociales y/o emocionales.

Paralelamente, en la evaluación observacional utilizada al inicio de la intervención (SECHS) en comparación con los resultados obtenidos al final de la intervención al realizar nuevamente la evaluación se obtuvieron los siguientes resultados:

Gráfico 7a

Componentes no verbales

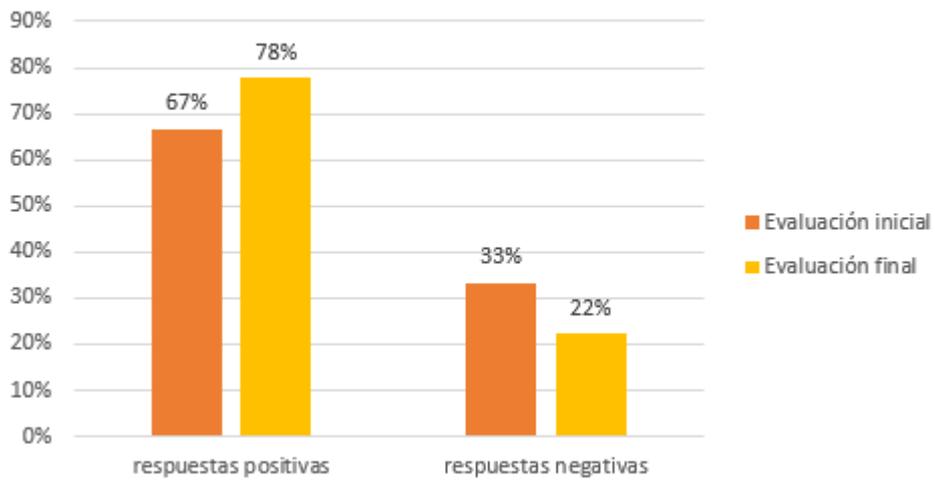


Gráfico 7b

Componentes paralingüísticos

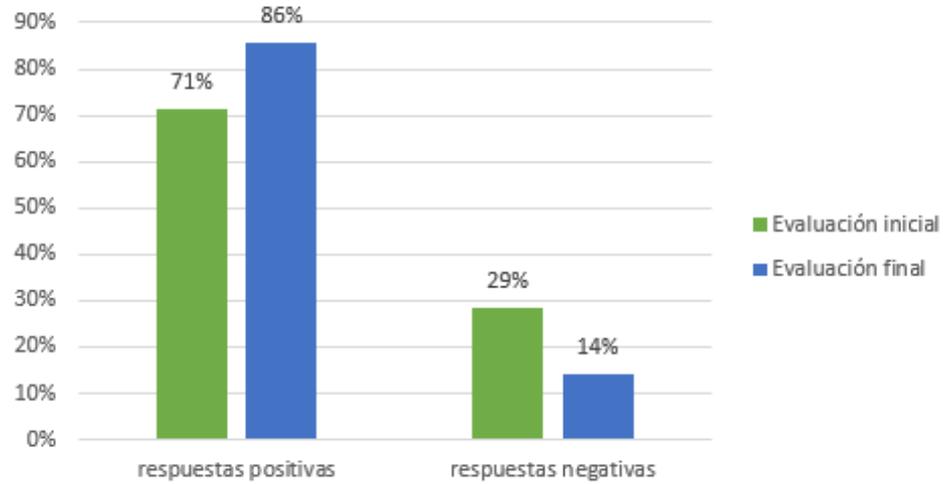
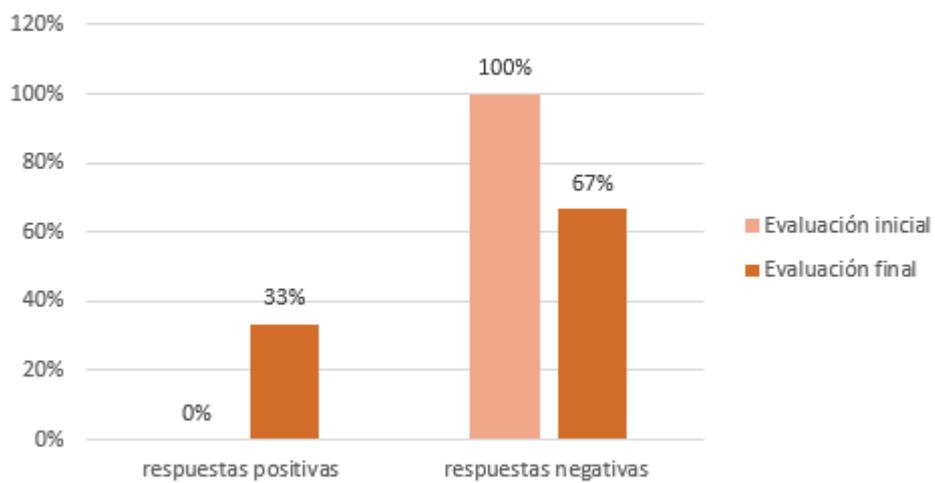


Gráfico 7c

Componentes verbales



Se encuentran clasificados como respuestas negativas aquellos ítems que obtuvieron un puntaje menor o igual a 2 lo que indica que no es una conducta adecuada y es susceptible de intervención y como respuesta positiva aquellos puntuados mayor o igual a 3.

Al finalizar la intervención se observaron cambios positivos con relación a los resultados en cuanto a la cantidad de respuestas positivas que tuvo la evaluación indicando una respuesta más cercana a la esperada en los tres componentes evaluados: verbal, paralingüístico y no verbal.

Obteniendo en el componente verbal un 33% de respuestas positivas en la evaluación final sobre un 0% de la evaluación inicial (ver gráfico 7c), en el componente no verbal un 78% de respuestas positivas sobre un 67% inicial (ver gráfico 7a) y en el componente paralingüístico un 86% de respuestas positivas en la evaluación final versus un 71% inicial (ver gráfico 7b).

9. Discusión

Este trabajo refleja como resultado de la intervención un desempeño funcional del niño en cuanto a sus habilidades sociales, logrando conductas asertivas más cercanas a lo esperado en relación a otros niños de su edad. Podemos verificar esto a través de los resultados obtenidos del SP2 luego de aplicado el tratamiento sobre los resultados obtenidos previo a comenzar el mismo con la misma evaluación, por tanto, luego del análisis de los datos resultantes se verificó la hipótesis acerca de la eficacia de la aplicación de la terapia ocupacional desde el modelo de integración sensorial en relación a las habilidades sociales en niños con diagnóstico de TDAH. Sin embargo, durante la realización de este trabajo, surgen varios interrogantes a

responder respecto a la utilización del modelo de Integración Sensorial con el objetivo de mejorar específicamente las habilidades sociales en el niño.

En principio: ¿Qué herramientas utilizan los terapeutas ocupacionales en la actualidad para trabajar las habilidades sociales? Las intervenciones incluyen no solo educación y asesoramiento a través del modelado sino también brindar instrucciones específicas para que los niños aprendan estrategias y métodos nuevos para resolver problemas. Planear actividades para adquirir hábitos con relación a las habilidades sociales, la utilización de secuencias, y rutinas para lograrlo y el uso de las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AVDI) como otro instrumento para lograr la correcta interacción con los pares. Es posible encontrar bibliografía sobre estas prácticas utilizadas, en su mayoría, desde modelos cognitivos y/o de neurodesarrollo,

Si frente a un diagnóstico de TDAH los médicos prescriben sesiones de integración sensorial, y si desde la terapia ocupacional se describen múltiples beneficios en cuanto a la utilización de la misma en niños con este trastorno, ¿por qué las bibliografías actuales se enfocan en los beneficios de la misma sólo a nivel conductual? (Disminución de la impulsividad, manejo de los tiempos de espera, entre otros).

Basándonos en los resultados obtenidos en este trabajo donde en la primera evaluación el resultado del SP2 en el apartado de habilidades sociales arrojó una puntuación de 38, calificado según la evaluación SP2 como “more than others” (más que otros), modificándose luego de la implementación del plan de trabajo a una puntuación de 31 calificado como “Just like the majority of others” (como los demás), lo que se considera un acercamiento hacia las puntuaciones esperadas para la mayoría de los niños de esa edad en relación a las habilidades sociales (manteniéndose en el

tiempo entre las primeras dos evaluaciones y cambiando hacia el cuadrante “justo como los demás” hacia el final de la intervención).

Esto se ve reflejado a su vez en el cambio dentro de cada dimensión evaluada donde se las respuestas "frecuentemente" y "casi siempre" viran en su mayoría luego de aplicado el plan de trabajo, hacia respuestas "ocasionalmente" y "casi nunca" lo que nos permite inferir que el niño ha logrado disminuir los periodos de tiempo (y/o cambiar las conductas) en los que predomina un comportamiento menos asertivo con relación a su interacción social.

La valoración de las habilidades del niño a través del SP2 nos permite también determinar las dificultades específicas en las actividades cotidianas y acordar las estrategias de intervención en los distintos ámbitos donde se mueve el niño incluyendo el espacio de la terapia, donde podemos además observar, evaluar y plantear actividades que refuercen el desarrollo de las habilidades sociales, sostenido desde la teoría del modelo de integración sensorial.

10. Propuesta

En relación a lo planteado en el punto anterior y como consecuencia de las observaciones obtenidas durante la realización de este trabajo se sugiere como pasos a futuro, por un lado: fomentar una mayor producción de bibliografía respecto de la IS y su impacto en las habilidades sociales que sirvan como guía de los terapeutas que deseen tomar este modelo como guía de su intervención y por otro lado, invitar a los terapeutas ocupacionales a involucrarse en la producción de instrumentos de evaluación para habilidades sociales.

Dentro del marco de trabajo, se definen las destrezas de ejecución (habilidades que demuestran los clientes en las acciones que llevan a cabo), destrezas que están interrelacionadas y dirigidas hacia una meta que utiliza el cliente para participar en las ocupaciones de la vida diaria. Las categorías de las destrezas de ejecución de una persona incluyen: destrezas motoras y praxis, destrezas sensoriales-perceptuales, destrezas de regulación emocional, destrezas cognitivas y destrezas de comunicación y sociales. Y en este punto las que nos interesan particularmente son las destrezas de regulación emocional que pueden observarse mediante comportamientos o acciones que utiliza un cliente para identificar, manejar y expresar sus sentimientos mientras participa en actividades o interacciona con otros; y las destrezas de comunicación y sociales: acciones o comportamientos que utiliza un cliente para comunicarse e interactuar con otros en un ambiente interactivo (Fisher, 2006), ya que dentro de estos grupos se encontrarán aquellos comportamientos que definirán las habilidades sociales de las cuales hemos hablado durante el trabajo. Entonces, si dentro del marco de trabajo se definen estas destrezas dentro de los aspectos importantes del dominio de la terapia ocupacional, deberíamos reconsiderar la importancia de que existan nuevas herramientas de evaluación creadas por y para terapeutas ocupacionales, centradas en la observación de las habilidades sociales del sujeto. Sostenido en las incumbencias y dominios de la profesión como también en la idea de que el modelo de IS puede ser una herramienta sumamente beneficiosa para el desarrollo de las habilidades sociales de los niños con TDAH en complemento con otros tratamientos.

11. Anexo

Instrumento de evaluación utilizado: Sensory Profile 2. A continuación se adjunta en su totalidad.



Winnie Dunn, PhD, OTR, FAOTA

Questionario para padres o tutores
3:0 a 14:11 años

FOR OFFICE USE ONLY

Calculation of Child's Age		
Year	Month	Day
Test Date		
Birth Date		
Age		

Nombre(s) del niño(a): _____ Apellido: _____

Nombre preferido del niño(a) (si es diferente al nombre de arriba): _____

Número de ID: _____

Sexo: Masculino Femenino Fecha de nacimiento: ___/___/___ Fecha de la prueba: ___/___/___

Nombre del examinador(a)/proveedor(a) de servicios: _____

Profesión del examinador(a)/proveedor(a) de servicios: _____

Nombre de la persona que llenó la forma/persona encargada de cuidar al niño(a): _____

Relación con el niño(a): _____

Nombre de la escuela/guardería: _____

Grado escolar: _____

¿En qué orden nació su niño(a) en comparación con sus hermanos(as) [por ejemplo, fue el primero(a), tercero(a), etc.]?
 Hijo(a) único(a) Primero(a) Segundo(a) Tercero(a) Cuarto(a) Quinto(a) Otro _____

¿Ha habido más de tres niños(as) entre las edades de nacimiento a 18 años viviendo en su hogar en los últimos 12 meses? Sí No

INSTRUCCIONES

Las páginas siguientes contienen enunciados que describen cómo se pueden comportar los niños. Por favor lea cada frase y seleccione la opción que describe mejor qué tan seguido su niño(a) muestra estos comportamientos. Por favor marque una opción para cada enunciado. Use la siguiente guía para marcar sus respuestas:

Quando se le presenta la oportunidad, mi niño(a)...

Casi siempre	responde de esta manera Casi siempre (90% o más del tiempo).
Frecuentemente	responde de esta manera Frecuentemente (75% del tiempo).
La mitad del tiempo	responde de esta manera La mitad del tiempo (50% del tiempo).
Ocasionalmente	responde de esta manera Ocasionalmente (25% del tiempo).
Casi nunca	responde de esta manera Casi nunca (10% o menos del tiempo).
No aplicable	Si no puede contestar porque no ha observado ese comportamiento o cree que no es aplicable a su niño(a), por favor marque No aplicable.

PEARSON

PsychCorp is an Imprint of Pearson Clinical Assessment.
 Pearson Executive Office 5601 Green Valley Drive Bloomington, MN 55437
 800.627.7271 www.PearsonClinical.com

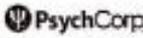
Copyright © 2014 NCS Pearson, Inc. All rights reserved.

Warning: No part of this publication may be reproduced or transmitted in any form or by any means, electronic or mechanical, including photocopy, recording, or any information storage and retrieval system, without permission in writing from the copyright owner.

Pearson, the PSI logo, PsychCorp, and Sensory Profile are trademarks in the U.S. and/or other countries of Pearson Education, Inc., or its affiliate(s).

Printed in the United States of America.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 A B C D E



Product Number 0158700104

Casi siempre = 90% o más Frecuentemente = 75% La mitad del tiempo = 50% Ocasionalmente = 25% Casi nunca = 10% o menos

Procesamiento AUDITIVO

Cuadrante	Ítem	3	4	5	6	7	8
	Mi niño(a)...						
AV	1						
	reacciona fuertemente a sonidos inesperados o altos (por ejemplo, ajenos, perros ladrando, secadora de pelo).						
AV	2						
	se cubre los oídos con las manos para protegerlos de sonidos.						
SN	3						
	le cuesta trabajo completar las tareas cuando hay música o la televisión está prendida.						
SN	4						
	se distrae cuando hay mucho ruido a su alrededor.						
AV	5						
	se vuelve improductivo(a) con el ruido de fondo (por ejemplo, ventilador, refrigerador).						
SN	6						
	parece ignorarme o no escuchar lo que estoy diciendo.						
SN	7						
	parece no oír cuando lo(a) llamo por su nombre (a pesar de que puede oír bien).						
RG	8						
	distruta de ruidos extraños o hace ruido(s) solo por diversión.						

AUDITIVO Puntuación cruda

Comentarios sobre procesamiento AUDITIVO: _____

Procesamiento VISUAL

Cuadrante	Ítem	3	4	5	6	7	8
	Mi niño(a)...						
SN	9						
	prefiere jugar o trabajar con poca iluminación.						
	10						
	prefiere estampados o colores brillantes para la ropa.						
	11						
	distruta viendo los detalles visuales en los objetos.						
RG	12						
	necesita ayuda para encontrar objetos que son evidentes para otras personas.						
SN	13						
	le molestan las luces brillantes más que a otros niños(as) de su misma edad.						
AV	14						
	observa a las personas mientras se mueven alrededor de la habitación.						
AV	15						
	le molestan las luces brillantes (por ejemplo, se esconde de la luz del sol que entra por la ventana del automóvil).*						

VISUAL Puntuación cruda

* This item is not part of the VISUAL Raw Score.

Comentarios sobre procesamiento VISUAL: _____

Cuadrante		Procesamiento TÁCTIL				
Item		1	2	3	4	5
SN	16	Mi niño(a)... muestra angustia cuando le arreglan (por ejemplo, pelea o llora cuando le cortan el pelo, le lavan la cara, le cortan las uñas).				
	17	le irita usar zapatos o calcetines.				
AV	18	muestra una reacción emocional o agresiva cuando alguien lo(a) toca.				
SN	19	se pone ansioso(a) al estar de pie cerca de otros (por ejemplo, esperar en fila).				
SN	20	se frota o rasca la parte del cuerpo donde le han tocado.				
	21	toca personas u objetos al grado de molestar a otras personas.				
	22	muestra necesidad de tocar juguetes, superficies o texturas (por ejemplo, quiere experimentar la sensación de todo).				
RG	23	parece no darse cuenta del dolor.				
RG	24	parece no darse cuenta de los cambios de temperatura.				
	25	toca personas u objetos más que otros niños(as) de su misma edad.				
RG	26	parece no estar consciente de tener la cara o las manos sucias.				

TÁCTIL Puntuación cruda

Comentarios sobre procesamiento TÁCTIL:

Cuadrante		Procesamiento de MOVIMIENTO				
Item		1	2	3	4	5
	27	Mi niño(a)... procura estar en movimiento hasta el grado que llega a interferir con sus actividades diarias (por ejemplo, no puede quedarse quieto(a), estar sentado(a) sin moverse).				
	28	se mece sentado(a) en una silla, en el piso o estando de pie.				
	29	titubea al subir o bajar de la acera/banqueta o de escalones (por ejemplo, es cauteloso(a), se detiene antes de moverse).				
RG	30	se emociona cuando realiza tareas que implican movimiento.				
	31	toma riesgos al trepar/escalar o hacer movimientos que no son seguros.				
	32	busca oportunidades de caerse, sin considerar su propia seguridad (por ejemplo, se cae a propósito).				
RG	33	cuando camina en terrenos desnivelados, pierde el equilibrio inesperadamente.				
RG	34	choca con las cosas, sin darse cuenta de los objetos o personas que están en su camino.				

MOVIMIENTO Puntuación cruda

Comentarios sobre procesamiento de MOVIMIENTO:

Casi siempre = 90% o más Frecuentemente = 75% La mitad del tiempo = 50% Ocasionalmente = 25% Casi nunca = 10% o menos

Cuadrante		Item		Puntuación cruda				
RG	35	Mi niño(a)...						
		se mueve de manera rígida.						
		se cansa fácilmente, especialmente cuando está de pie o sosteniendo el cuerpo en una posición.						
		parece tener músculos débiles.						
		necesita apoyo para soportarse a sí mismo(a) (por ejemplo, sostiene la cabeza con sus manos, se recarga en la pared).						
		se aferra a objetos, paredes o barandillas más que otros niños(as) de la misma edad.						
		hace ruido al caminar como si le pesaran los pies.						
		se estira echándose sobre muebles o encima de la gente.						
		necesita cobijas/trazadas gruesas para dormir.						

POSICIÓN DEL CUERPO Puntuación cruda

Comentarios sobre procesamiento de POSICIÓN DEL CUERPO: _____

Cuadrante		Item		Puntuación cruda				
SN	43	Mi niño(a)...						
		tiene el reflejo de vómito (por ejemplo, con la textura de la comida o los cubiertos en la boca).						
		rechaza ciertos sabores u olores de comida que forman parte de la dieta típica infantil.						
		solo come ciertos sabores (por ejemplo, dulce, salado).						
		se limita a sí mismo(a) a solo ciertas texturas de comida.						
		es particular o exigente para comer, especialmente en lo que se refiere a la textura de la comida.						
		huele objetos que no son comida.						
		muestra una fuerte preferencia hacia ciertos sabores.						
		se le antojan ciertos alimentos, sabores u olores.						
		se mete objetos a la boca (por ejemplo, lápiz, las manos).						
SN	52	se muerde la lengua o los labios, más que otros niños(as) de su misma edad.						

SENSORIAL ORAL Puntuación cruda

Comentarios sobre procesamiento SENSORIAL ORAL: _____

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Casi siempre = 90% o más Frecuentemente = 75% La mitad del tiempo = 50% Ocasionalmente = 25% Casi nunca = 10% o menos

Cuantitativo		Cualitativo		Puntuación cruda	
Item	Item	Item	Item	Item	Item
CONDUCTA asociada con el procesamiento sensorial					
		Mi niño(a)...			
RG	53	parece ser propenso(a) a los accidentes.			
RG	54	se apresura cuando pinta, escribe o dibuja.			
OK	55	toma riesgos excesivos comprometiendo su propia seguridad (por ejemplo, se trepa en un árbol alto, brinca de muebles altos).			
OK	56	parece ser más activo(a) que otros niños(as) de su misma edad.			
RG	57	hace las cosas más difíciles de lo que es necesario (por ejemplo, desperdicia el tiempo, se mueve con lentitud).			
AV	58	puede ser terco(a)/hecho(a) y poco cooperativo(a).			
AV	59	hace berrinches.			
OK	60	parece disfrutar de las caídas.			
AV	61	se resiste al contacto visual mío o de los demás.			
				CONDUCTA Puntuación cruda	<input type="text"/>

Comentarios sobre CONDUCTA: _____

Cuantitativo		Cualitativo		Puntuación cruda	
Item	Item	Item	Item	Item	Item
Respuestas EMOCIONALES/SOCIALES asociadas con el procesamiento sensorial					
		Mi niño(a)...			
RG	62	parece tener una baja autoestima (por ejemplo, dificultad para sentirse bien consigo mismo(a)).			
AV	63	requiere de apoyo positivo para responder a situaciones desafiantes.			
AV	64	es sensible a las críticas.			
AV	65	tiene miedos predecibles y definidos.			
AV	66	manifiesta sentirse como un fracaso.			
AV	67	es muy serio(a).			
AV	68	tiene fuertes arrebatos emocionales cuando no puede completar una tarea.			
BN	69	le cuesta trabajo interpretar el lenguaje corporal o las expresiones faciales.			
AV	70	se frustra fácilmente.			
AV	71	tiene temores que interfieren con la rutina cotidiana.			
AV	72	se angustia cuando hay cambios en los planes, rutinas o expectativas.			
BN	73	necesita más protección de la vida que otros niños(as) de su misma edad (por ejemplo, es indefenso(a) física o emocionalmente).			
AV	74	interactúa o participa en grupos menos que otros niños(as) de su misma edad.			
AV	75	tiene dificultades con las amistades (por ejemplo, hacer o retener amigos).			
				EMOCIONAL/SOCIAL Puntuación cruda	<input type="text"/>

Comentarios sobre respuestas EMOCIONALES/SOCIALES: _____

Casi siempre = 90% o más Frecuentemente = 75% La mitad del tiempo = 50% Ocasionalmente = 25% Casi nunca = 10% o menos

Respuestas de ATENCIÓN asociadas con el procesamiento sensorial

Quadrant	Item	Description	Score
RG	76	tiene muy poco contacto visual conmigo durante nuestras interacciones diarias.	
SN	77	tiene dificultad para poner atención.	
SN	78	aparta la vista de sus tareas para observar todas las actividades en la habitación.	
RG	79	parece no estar consciente de un ambiente activo (por ejemplo, no se da cuenta de las actividades que ocurren).	
RG	80	mira fijamente a los objetos.	
AV	81	mira fijamente a las personas.	
SN	82	observa a todas las personas que se mueven alrededor de la habitación.	
SN	83	brinca de una cosa a otra, a tal grado que interfiere con las actividades.	
SN	84	se pierde fácilmente.	
RG	85	le cuesta trabajo encontrar cosas en situaciones que complican el problema (por ejemplo, zapatos en un cuarto desordenado, lápiz en un cajón lleno de trastos o trebejos).	
ATENCIÓN Puntuación cruda			<input type="text"/>
RG	86	parece no darse cuenta cuando las personas entran a la habitación.*	

* This item is not part of the ATTENTIONAL Row Score.

Comentarios sobre respuestas de ATENCIÓN: _____

FOR OFFICE USE ONLY	
ICON KEY	
	Seeking
	Avoiding
	Sensitivity
	Registration
	No Quadrant =
SCORE KEY	
5	Almost Always = 90% or more
4	Frequently = 75%
3	Half the Time = 50%
2	Occasionally = 25%
1	Almost Never = 10% or less



SCORE SUMMARY

Quadrant Grid

Instructions

Please read carefully the detailed hand-scoring instructions in chapter 4 of the Sensory Profile 2 User's Manual. Transfer the item raw scores from the Caregiver Questionnaire. Add each column of raw scores to get the Quadrant Raw Score Totals.

Seeking/Seeker		Avoiding/Avoider		Sensitivity/Sensor		Registration/Bystander	
Item	Raw Score	Item	Raw Score	Item	Raw Score	Item	Raw Score
14		1		3		8	
21		2		4		12	
22		5		6		23	
25		15		7		24	
27		18		9		26	
28		58		13		33	
30		59		16		34	
31		61		19		35	
32		63		20		36	
41		64		44		37	
48		65		45		38	
49		66		46		39	
50		67		47		40	
51		68		52		53	
55		70		69		54	
56		71		73		57	
60		72		77		62	
62		74		78		76	
63		75		84		79	
Seeking Quadrant Raw Score Total		81		Sensitivity Quadrant Raw Score Total		80	
		Avoiding Quadrant Raw Score Total				85	
						86	
						Registration Quadrant Raw Score Total	

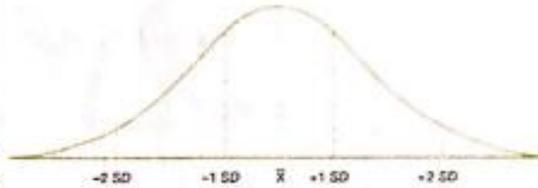
Summary Scores

Instructions

Transfer each Quadrant Raw Score Total from the Quadrant grids to the corresponding Quadrant Raw Score Total box. Then, transfer the section Raw Score Totals from the Caregiver Questionnaire to the corresponding Raw Score Total box. Plot these totals by marking an X in the appropriate classification column (e.g., Less Than Others, More Than Others, Just Like the Majority of Others).

The Normal Curve and Sensory Profile 2 Classification System

Scores one standard deviation or more from the mean are expressed as More Than Others or Less Than Others, respectively. Scores two standard deviations or more from the mean are expressed as Much More Than Others or Much Less Than Others, respectively.



	Raw Score Total	Percentile Range*	← Less Than Others		Just Like the Majority of Others	More Than Others →	
			Much Less Than Others	Less Than Others		More Than Others	Much More Than Others
Quadrants	Seeking/Seeker	/95	0-----6	7-----19	20-----47	48-----60	61-----95
	Avoiding/Avoider	/100	0-----7	8-----20	21-----46	47-----59	60-----100
	Sensitivity/Sensor	/95	0-----6	7-----17	18-----42	43-----53	54-----95
	Registration/Bystander	/110	0-----6	7-----18	19-----43	44-----55	56-----110
Sensory Subtests	Auditory	/40	0-----2	3-----9	10-----24	25-----31	32-----40
	Visual	/30	0-----4	5-----8	9-----17	18-----21	22-----30
	Touch	/55	0	1-----7	8-----21	22-----28	29-----55
	Movement	/40	0-----1	2-----6	7-----18	19-----24	25-----40
	Body Position	/40	0	1-----4	5-----15	16-----19	20-----40
	Oral	/50	**	0-----7	8-----24	25-----32	33-----50
Behavioral Subtests	Conduct	/45	0-----1	2-----8	9-----22	23-----29	30-----45
	Social Emotional	/70	0-----2	3-----12	13-----31	32-----41	42-----70
	Attentional	/50	0	1-----8	9-----24	25-----31	32-----50

* For percentile ranges, see Appendix A in the Sensory Profile 2 User's Manual.

** No scores are available for this range.

Quadrant Definitions

Seeking/Seeker	The degree to which a child obtains sensory input. A child with a Much More Than Others score in this pattern seeks sensory input at a higher rate than others.
Avoiding/Avoider	The degree to which a child is bothered by sensory input. A child with a Much More Than Others score in this pattern moves away from sensory input at a higher rate than others.
Sensitivity/Sensor	The degree to which a child detects sensory input. A child with a Much More Than Others score in this pattern notices sensory input at a higher rate than others.
Registration/Bystander	The degree to which a child misses sensory input. A child with a Much More Than Others score in this pattern misses sensory input at a higher rate than others.

12. Bibliografía

Bibliografía Impresa.

- ❖ Schell, Gillen, Scaffa. *Willar&Spackman Terapia Ocupacional*. 12av edición. Editorial Panamericana: 2016
- ❖ A. Jean Ayres. *La Integración Sensorial y el Niño*. Editorial Trillas. 1998
- ❖ Sampieri, R.H.; Fernandez-Collado C., Baptista L. *Metodología de la investigación, Cuarta edición*. Ed McGraw-Hill. 2006.
- ❖ Vicente E. Carballo. *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales” 7º edición*. Ed SXXI. 2007.
- ❖ Isabelle Beaudry Bellefeuille. *Tengo duendes en las piernas. Dificultades escolares, hiperactividad, problemas de conducta, sueño y alimentación vistos por los niños y por la Teoría de la integración sensorial*. Ediciones Nobel, Oviedo. 2008.

Bibliografía Tecnológica.

- ❖ Pardos A., Fernandez-Jaen A., Martin Fernandez-Mayoralas D. *Habilidades sociales en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad*. Revista de Neurología. 2009 (<https://www.neurologia.com/articulo/2008725>)
- ❖ Bellefeuille B. *Un trastorno en el procesamiento sensorial es frecuentemente la causa de problemas de aprendizaje, conducta y coordinación motriz en niños*. Sociedad de pediatría de Asturias. 2006. (http://www.ibeaudry.com/BolPediatr2006_46_200-203.pdf)

- ❖ de Abajo Pinteño E., de Abajo Pinteño C. (2016). *Maestro y Terapeuta Ocupacional. Intervención en el contexto educativo basado en el modelo de Integración Sensorial*” – Revista de T.O. www.revistatog.com
- ❖ Puentes Rozo, P., Jiménez Figueroa, G., Pineda Alhucema, W., Pimienta Montoya, D., Acosta López, J., Cervantes Henríquez, M. L., Sánchez Rojas, M. (2014). *Déficit en habilidades sociales en niños con Trastorno por Déficit de Atención-Hiperactividad, evaluados con la escala BASC.* - Revista Colombiana de Psicología, 23(1), 95-106.
- ❖ Domingo Sanz M. (2008) *Trastorno de déficit de atención e hiperactividad en terapia ocupacional* ; TOG (A Coruña) www.revistatog.com
- ❖ Hidalgo Vicario M. , Soutullo Esperón C. *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad* Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica. Clínica Universitaria, Facultad de Medicina, Universidad de Navarra. Pamplona
- ❖ Rubio Grillo, M.H., SALAZAR-Torres L., Rojas-Fajardo A. *Habilidades motoras y de procedimiento que interfieren en la vida académica habitual de un grupo de estudiantes con signos y síntomas de TDAH* -Revista Colombiana de Psiquiatría. 2013
- ❖ <https://www.fundacioncadah.org/web/articulo/evaluacion-de-las-habilidades-sociales-y-entrenamiento-en-habilidades-sociales-en-ninos-con-tda.html>
- ❖ Fejerman, N.; Grañana, N.; Neuropsicología infantil; editorial Paidós, 2017.
- ❖ Beaudry Bellefeuille I. Problemas de aprendizaje en la infancia. La descoordinación motriz, la hiperactividad y las dificultades académicas desde el enfoque de la teoría de la integración sensorial. Ediciones Nobel. 2da. Edición. 2011.

- ❖ Salamanca, Luisa Matilde; “Construcción, validación y confiabilidad de un cuestionario sobre niños y niñas con TDAH”, *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, Manizales, Doctorado en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud del Centro de Estudios Avanzados en Niñez y Juventud de la Universidad de Manizales y el Cinde, vol. 8, núm. 2, (julio-diciembre), 2010, pp. 1117 - 1129.
- ❖ Sánchez, Guillermo Felipe López ; Sánchez, Laura López ; Suárez, Arturo Díaz; “Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (tdah) y actividad física”; *revista digital de educación física*, ISSN 1989-8304, N°. 32, 2015, págs. 53-65.
- ❖ Romero Ayuso, Dulce María; “La motivación y el rendimiento ocupacional en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad”; *Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia, TOG*, ISSN-e 1885-527X, N°. 4, 2006.
- ❖ Pérez, Paula Isabel; “Habilidades Sociales, Educar hacia la autorregulación. Conceptualización, evaluación e intervención”. Edit. Horsori 2000.