



PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA:

SÍNDROME DE LENNOX



Imagen 1

Antón Caballero Marta
Bujalance Arroyo, Celia
Carnicero Rubio, Cristina
Cerrato González, Iris
Estimulación Temprana
Grado en Terapia Ocupacional
Curso 2017-2018

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	3
2. JUSTIFICACIÓN.....	4
3. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	5
1.1. Tipos de atención	6
1.2. Personal adscrito	7
1.3. Población receptora	7
1.4. Recursos personales y materiales	8
1.5. Profesionales que forman parte del servicio	8
4. DESCRIPCIÓN DEL CASO	10
5. DESCRIPCIÓN DE LOS OBJETIVOS	12
6. DESCRIPCIÓN DE LAS FASES, LAS ACCIONES Y LA PLANIFICACIÓN TEMPORAL PARA DESARROLLAR LOS OBJETIVOS	13
7. EVALUACIÓN: MEDICIÓN.....	20
A. Instrumentos de evaluación	20
B. Fases de evaluación	21
8. ANÁLISIS DE RESULTADOS	23
9. PLANIFICACIÓN DEL SEGUIMIENTO	26
10. ELABORACIÓN DEL INFORME.....	27
11. BIBLIOGRAFÍA.....	28

1. INTRODUCCIÓN

El hombre desde su nacimiento adquiere experiencias que le permiten aprender y desarrollarse de una manera adecuada ante el mundo que le rodea (1). Este proceso se inicia cuando el niño aún está en el vientre de la madre, ya que desde ahí reciben las primeras sensaciones que se traducen en estímulos. Al nacer, su aprendizaje depende de sus padres, esto marcará la forma de desenvolverse en la sociedad y las características de su personalidad.

La estimulación temprana tiene como objetivo reforzar la estimulación de niños con necesidades especiales en edades comprendidas entre 0 y 6 años, es decir en la primeros años de vida, cuya finalidad es desarrollar o potenciar al máximo sus habilidades cognitivas, físicas y sociales, teniendo en cuenta su edad madurativa.

Se sustenta de intervenciones terapéuticas orientadas a los primeros aprendizajes, fomentando la exploración, la tonificación de la musculatura... (1) para que el niños se adapte al entorno, así creando relaciones afectivas que ayuden al incremento de las áreas de desarrollo (social-afectiva, cognitiva, física y lenguaje).

Por tanto, se considera un aprendizaje que abarca el comportamiento, considerando las alteraciones, adaptando o modificando sus estrategias a las características de los usuarios. En este documento se plantea una intervención de estimulación temprana para un niño con Síndrome de Lennox con edad de 5 años, la cual se centra en la mejora de todas las áreas que tiene afectadas: la autonomía, la socialización, el desarrollo cognitivo, desarrollo del lenguaje y desarrollo psicomotriz.

2. JUSTIFICACIÓN

En este trabajo se desarrolla la intervención terapéutica desde el rol del Terapeuta Ocupacional en un caso de X, para ello se propone el desarrollo de un programa de Estimulación. El Terapeuta Ocupacional puede intervenir en todos los contextos de la persona (cultural, social, personal, afectivo, espacio-temporal, físico y virtual), haciendo de esta disciplina una de las figuras imprescindibles en Atención Temprana con unas intervenciones eficaces.

Según el Marco de Trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional (AOTA) (2), existe un compromiso con la ocupación de la persona como foco de intervención desde la Terapia Ocupacional, que maneja todos los aspectos del desempeño cuando se realiza la intervención, entre las que se destacan las destrezas de ejecución: sensoriales, perceptuales, motoras y praxis, de regulación emocional, cognitivas y de comunicación y sociales.

En este caso en concreto, dado el nivel de desarrollo, la intervención se va a centrar en las áreas de desarrollo psicomotor, del lenguaje, cognitivo y de socialización incidiendo en esta última en la autonomía personal debido a los problemas de funcionalidad que presenta el usuario.

Por todo ello, el caso elegido es susceptible de una intervención de Estimulación Temprana, realizada desde Terapia Ocupacional, la cual se incluirá dentro de un equipo interdisciplinar, en la que trabajará junto a diferentes profesionales como, profesores y pedagogos, entre otros. La Atención Temprana no es exclusiva del ámbito de Terapia Ocupacional, sino que para su buen desarrollo precisa de la intervención de distintos profesionales.

3. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

La intervención se realizará en el Colegio “Jesús María”, dicho Centro se encuentra situado en Burgos, y ofrece los siguientes servicios:

- A. Programación de medidas de atención a la diversidad.
- B. Elaboración de medidas preventivas y de apoyo educativo.
- C. Participación en las sesiones de evaluación de todos los cursos.
- D. Asesoramiento en situaciones que afectan a la convivencia del Centro.
- E. Orientación a las familias sobre el proceso educativo de sus hijos.

Dicho colegio lleva a cabo programas de estimulación temprana de:

1. **Desarrollo físico:** Se refiere a los cambios corporales que experimenta el ser humano, especialmente en peso y altura, y en los que están implicados el desarrollo cerebral, como ya se ha indicado, el desarrollo óseo y muscular. El objetivo principal es la potenciación máxima de las posibilidades físicas del niño mediante la estimulación regulada y continuada, llevada a cabo en todas las áreas sensoriales, pero sin forzar en ningún sentido el curso lógico de la maduración del sistema nervioso central. Consiste en un tratamiento con bases técnicas científicas, tanto en lo que se respecta al conocimiento de las pautas de desarrollo que sigue el niño, como a las técnicas que se emplean para alcanzar dichas adquisiciones.

2. **Desarrollo de la destreza manual:** Los procesos motrices son una habilidad adquirida por el niño para desarrollar una tarea motriz con un objetivo preciso y es el resultado de un aprendizaje que depende de los recursos que tiene la persona, es decir, su capacidad de transformar sus respuestas. Los procesos motrices incluyen una serie de destrezas, como la destreza manual, entre otras. Por ello, se valorarán los factores psicomotores, que permiten, desde los planteamientos de la psicomotricidad, la regulación del tono y función de vigilancia (tonicidad y equilibrio), la capacidad de planificación motriz (lateralidad, noción de cuerpo y estructuración espacio temporal) y la capacidad para programar y verificar las actividades motrices (praxias).

Los niños con dificultades para la adquisición de habilidades motoras, como destreza manual, equilibrio y correr, presentaron dificultades en habilidades cognitivas como la planificación, codificación y procesamiento visoespacial.

3. Bits de inteligencia: Se trata de un método didáctico dirigido a niños de entre 0-6 años que persigue la estimulación del niño para mejorar la concentración, la atención, la memoria y el aprendizaje del niño. Se trata de un método desarrollado por el doctor Glenn Doman que establece que el aprendizaje de los niños puede verse potenciado a través de la exposición de una serie de estímulos visuales y auditivos.

Los bits son unidades de información por medio de imágenes claras que se acompañan con estímulos auditivos que parten del entorno del niño y la información que se presenta a través de los estímulos debe adaptarse al ambiente de niño, promoviendo un desarrollo de su inteligencia, gracias a la capacidad que tiene el cerebro de relacionar los conocimientos nuevos con experiencias pasadas.

Estos programas se basan en gran medida en el método de Glenn (1) pero también incluyen variantes de otras corrientes educativas. La finalidad de estos programas es “entrenar” neurológicamente el cerebro de los niños y estimular sus sentidos para que posteriormente adquieran con más facilidad los distintos aprendizajes.

1.1. Tipos de atención

Se lleva a cabo una intervención desde distintos servicios y programa, se diferencian dos niveles de intervención:

a) **Prevención secundaria:** Se basa en la detección precoz de las enfermedades, trastornos o situaciones de riesgo en una fase muy temprana. El colegio ofrece un servicio de guardería infantil en un rango de edad entre 0-3 años, se intervendrá a través de campañas de sensibilización y unos protocolos de actuación para el alumnado incluido en dicho programa, el cual está centrado en los niños objeto de intervención y en la familia, a través de equipos de apoyo familiar. También puede llevarse a cabo la prevención secundaria en niños entre 3-6 escolarizados en Educación Infantil, que no hayan sido institucionalizados con anterioridad en el servicio de guardería.

b) **Prevención terciaria:** Tras la detección del problema, para evitar que esta crisis profundice y para impulsar soluciones, es tarea del servicio de atención temprana en el que recae la máxima responsabilidad de activar un proceso de reorganización trabajando con el niño, la familia y el entorno en el que vive. Dentro de este entorno educativo se lleva a cabo un programa de estimulación

temprana, a través de: la lectura, las matemáticas, un programa físico y los bits de inteligencia. Este tipo de intervención podrá llevarse a cabo tanto en los niños escolarizados de 0-3 años y de 3-6 años.

1.2. Personal adscrito

El equipo educativo de este centro está formado por especialistas en educación infantil, inglés, estimulación temprana. También se cuenta con el apoyo del logopeda.

Además, cuenta con el Departamento de Orientación es un órgano especializado del Centro que apoya la labor que realiza el conjunto del profesorado en la orientación y la tutoría de los alumnos y en la adaptación de los procesos de enseñanza a sus características y necesidades. Este departamento está formado por profesionales formados en psicopedagogía.

Su principal finalidad es la de asesorar e intervenir con el profesorado, alumnado, familias y demás profesionales en el desarrollo de acciones de carácter orientador y de atención a la diversidad.

Sus funciones se realizan, en colaboración con el profesorado, en tres ámbitos interrelacionados entre sí:

- Apoyo al proceso de enseñanza – aprendizaje: Evaluación psicopedagógica (3º E. Infantil; 2º y 6º E. Primaria, a todos los alumnos de E. Secundaria que acuden nuevos al centro y a todos aquéllos que lo requieren); programación de medidas de atención a la diversidad; elaboración de medidas preventivas y de apoyo educativo; participación en las sesiones de evaluación de todos los cursos; asesoramiento en situaciones que afectan a la convivencia del Centro; orientación a las familias sobre el proceso educativo de sus hijos.

- Apoyo a la orientación académica y profesional

1.3. Población receptora

Puesto que es un colegio que incluye desde guardería hasta ESO, la población sobre la que se puede actuar es amplia y diferente dependiendo de las necesidades de cada uno. Para esta intervención, se centra en la población de 0 a 6 años, a la familia y al entorno escolar, para dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias

o permanentes que puedan presentar los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen riesgo de padecerlos. El niño para el que se está desarrollado esta programación entra dentro de este rango y tiene diagnosticado síndrome de Lennox, por lo que es totalmente susceptible de una intervención de estimulación temprana.

1.4. Recursos personales y materiales

Respecto a los recursos personales se contara con los profesionales que cuenta el centro, nombrados anteriormente.

Los recursos materiales de los que goza el centro son variados, se puede destacar que la mayoría de las clases están dotadas de material didáctico e informático, se cuenta con gimnasio, sala de psicomotricidad o clases o habitaciones con material adecuado para realizar sesiones como estimulación temprana.

1.5. Profesionales que forman parte del servicio

El equipo interdisciplinario debe estar formado por especialistas profesionales de diferentes disciplinas. No es suficiente enfocarse solo en una de las diferentes alteraciones, si no que se debe ofrecer al paciente una variedad de terapias y alternativas que inciden en el desarrollo del paciente. En este caso, el equipo estaría compuesto por:

- Fisioterapeuta: Profesional del ámbito sanitario que se encarga de aplicar un tratamiento para devolver una función o movimientos perdidos través de técnicas manuales y elementos naturales.
- Logopeda: Profesional del ámbito sanitario que se encarga del tratamiento de las personas con algún tipo de disfagia orofaríngea y esofágica a través del control postural y una estimulación adecuada.
- Profesor: persona que ejerce o enseña una ciencia o arte.
- Trabajador social: persona que busca favorecer el desarrollo de vínculos humanos saludables y fomentar cambios sociales que deriven en un mayor bienestar de las personas.
- Pedagogo: profesional de la pedagogía, siendo esta la ciencia que se ocupa de la educación y la enseñanza.

- Terapeuta ocupacional: Profesional del ámbito sanitario que trabaja con personas con algún tipo de discapacidad y se encarga de restaurar y mejorar funciones o suplementar aquellas que se han perdido a través de la ocupación para lograr una mayor independencia.

El equipo debe tener una buena comunicación entre los integrantes acerca del objetivo de tratamiento de cada uno de los pacientes.

El trabajo que lleve a cabo cada uno de estos profesionales será conocido por el resto ya que se realizarán reuniones para ver que tal las sesiones y la evolución del niño. En estas reuniones se podrán en común las sesiones de la semana, se expondrán las dificultades o facilidades que se observen en las sesiones y se propondrán posibles mejoras o soluciones.

4. DESCRIPCIÓN DEL CASO

El usuario se halla en el periodo de 3 a 6 años, siendo su edad cronológica de 5 años.

El embarazo y el parto fue de características normales, tras cinco meses se prestó más atención a su desarrollo psicomotor, ya que presentó un déficit en este respecto a su edad cronológica. A los 9 meses fue diagnosticado de Síndrome de West, lo que parece que fue erróneo ya que más tarde fue diagnosticado de Síndrome de Lennox, siendo este el actual.

Se observa que no tiene control cefálico, pero si intento de contacto ocular. No tiene buen control voluntario de sus extremidades, con lo cual no consigue seguir bien las instrucciones, pero si discrimina los estímulos visuales y auditivos.

Podemos ver diferentes síntomas de déficit de desarrollo en las diferentes áreas:

- Comprensión del lenguaje: reconoce objetos y personas de su entorno.
- Desarrollo cognitivo: sigue objetos con la mirada y cuando están cerca es capaz de cogerlos, pero los mantiene poco tiempo.
- Expresión del lenguaje: solo dice palabras simples (papá y mamá), se comunica con gestos y es capaz de decir sí y no con movimientos de la cabeza.
- Psicomotora: maneja con más precisión la mano derecha. Utiliza una silla especial para mantener el control del tronco en sedestación. Cuando se encuentra decúbito supino y se le posa un pañuelo en la cara, intenta quitárselo. Su desarrollo es de unos 16 meses.
- Autonomía personal: mastica los alimentos, pero precisa asistencia para alimentarse, es decir, le dan de comer.
- Interacción social: dice adiós, se ríe y comprende las negaciones o prohibiciones.

El síndrome de Lennox es una patología encefalopatía que se agrupa entre una infinidad de síndromes epilépticos del lactante y el niño pequeño (3). Se caracteriza porque los usuarios poseen una lesión cerebral de origen diverso, generalmente producida por problemas durante el parto (4). La clínica que presenta este síndrome se caracteriza por la presencia de crisis epilépticas axiales tónicas en las que el sujeto adopta un patrón de flexión de cabeza y cuello con contracción de los músculos de la boca y en ocasiones vocalización y de la conciencia (5).

La mayoría de los usuarios que presentan esta patología tienen asociado un bajo desarrollo intelectual y problemas en el desarrollo psicomotor.

La mayor incidencia del Síndrome de Lennox tiene lugar entre los 12 meses y los 8 años teniendo una mayor incidencia entre los 3-5 años, y mayor afectación en hombres que en mujeres (6).

En la intervención que se desarrollará a continuación el principal beneficiario de la intervención será el niño, pero también se preparará a los padres para que puedan participar en el proceso. También se contará con la ayuda de otros profesionales ya que se intervendrá a través de un equipo multidisciplinar.

5. DESCRIPCIÓN DE LOS OBJETIVOS

Objetivo principal:

Potenciar las habilidades comunicativas del niño, para conseguir una buena comunicación interpersonal con los compañeros de su clase.

Objetivos específicos:

Incidir en el desarrollo psicomotor del niño para conseguir una correcta posición durante el desarrollo de la actividad lectiva.

Mejorar el contacto ocular.

Mejorar el control de las extremidades superiores.

Incrementar el lenguaje verbal.

Promover la autonomía personal.

6. DESCRIPCIÓN DE LAS FASES, LAS ACCIONES Y LA PLANIFICACIÓN TEMPORAL PARA DESARROLLAR LOS OBJETIVOS

Para diseñar un programa de intervención, el primer paso a realizar es estudiar los informes médicos, psicológicos y/o sociales, para conocer su historial clínico previo. A continuación, se llevará a cabo una valoración de las habilidades del niño/a, utilizando escalas e instrumentos que midan el desarrollo evolutivo. El siguiente paso será el establecimiento de la línea base de intervención, es decir conocer el desarrollo actual del paciente en las áreas del desarrollo para ello se aplican las escalas oportunas, en este caso se utilizará el registro de la Guía Portage.

La intervención se llevará a cabo a través del Servicio de Atención Temprana en el colegio Jesús María de Burgos. En concreto, se llevará a cabo en el servicio de escuela infantil, en el que los niños escolarizados comprenden una edad de 0 a 6 años, haciendo mayor hincapié en aquellos alumnos con necesidades educativas especiales o específicas.

Desde Terapia Ocupacional, bajo una perspectiva multidisciplinar, se decide enfocar la intervención en el desarrollo del lenguaje, ya que se ha observado que es una de las áreas más afectadas, además de ser fundamental para la interacción del niño con el medio social. No obstante, también se va a intervenir en el área psicomotor mediante la utilización de los productos de apoyo; se observa que el niño no ha adquirido el control cefálico, por este motivo, y teniendo en cuenta la globalidad del niño, las actividades que se planteen no sólo deberán enfocarse únicamente, en conseguir que el usuario desarrolle el control cefálico, ya que también se pretende incidir en la mejora del control voluntario de las extremidades superiores.

A. DESARROLLO DEL LENGUAJE

Se ha elegido la Guía Portage para valorar el desarrollo del lenguaje del niño. Se han seleccionado determinados ítems:

Ítems
Criterio 20. Responde a la pregunta ¿Qué es esto? Con el nombre del objeto.
Criterio 24. Produce el sonido del animal o emplea el sonido para nombrar al animal (vaca es “muu-muu”)

Criterio 28. Responde a preguntas de alternativa Si/No con respuesta afirmativa o negativa.

Ilustración 1. Ítems pertenecientes al área del lenguaje en la Guía Portage.

En la tabla que se muestra a continuación se presentan las actividades que se llevarán a cabo para mejorar el lenguaje y la comunicación.

DESARROLLO DEL LENGUAJE Y LA COMUNICACIÓN			
OBJETIVOS	PROCEDIMIENTOS DE ACTUACIÓN EN LA EJECUCION DE ACTIVIDADES	TIEMPOS Y ESPCIOS	MATERIALES
Criterio 20. Responde a la pregunta "¿Qué es esto ?" con el nombre del objeto	Se le preguntará: "¿Qué es esto?". Si no lo hace, se le dice la palabra para que la repita. Se contará con imágenes de objetos, se le señalará un objeto y se le preguntará: ¿Qué es esto? Si no lo hace, se le dirá la palabra para que la repita. La actividad se gradúa de menos a más dificultad. Si se adquieren, podrán introducirse palabras nuevas.	Se realizará en la sala de Estimulación del colegio. También se puede realizar en su casa	Agua Juguetes Pan Coche Lápiz Libro
Criterio 24. Produce el sonido del animal o emplea el sonido para nombrar el animal (vaca es ``mu u – mu u``)	Se emplearán animales de juguete o ilustraciones, se le dirá el nombre del mismo y el sonido que hace. Se le pedirá que repita el sonido. El terapeuta, producirá el sonido y pedirá al niño que le diga el nombre del animal que produce ese sonido. Utilizando	donde el cuidador hará de terapeuta	Animales de juguete Material electrónico (Tablet, ordenadores) Ilustraciones

	animalitos, se realizará el sonido junto con el niño y luego deje que lo haga por sí solo.		
Criterio 28. Responde a preguntas de alternativa Si/No con respuesta afirmativa o negativa.	Delante del niño, se preguntarán y responderán preguntas de sí y no. Después se acompañará con el movimiento de cabeza afirmativo o negativo. Una vez adquirido, las preguntas se realizarán en el tiempo de juego, en las horas de la comida, la familia debe realizar preguntas de sí y no.		Diferentes comidas

Tabla 1. Actividades para el desarrollo del lenguaje y la comunicación.

B. CONTROL CEFÁLICO

Se ha elegido la Guía Portage para valorar el área psicomotor del niño. Se han seleccionado determinados ítems que se encuentran en gran relación con el control cefálico, ya que es aquello sobre lo que queremos trabajar.

Ítems
7. Sostiene la cabeza y el pecho erguido apoyado en un brazo
10. Se voltea boca arriba estando boca-abajo
15. Voltea fácilmente la cabeza cuando el cuerpo está apoyado.

Ilustración 2. Ítems del área psicomotor de la Guía Portage

En la tabla que se muestra a continuación se describen las actividades que se llevarán a cabo para mejorar el control cefálico.

DESARROLLO PSICOMOTOR				
OBJETIVOS	PROCEDIMIENTOS DE ACTUACIÓN EN LA EJECUCION DE ACTIVIDADES	DE LA DE	TIEMPOS Y ESPCIOS	MATERIALES
Criterio 7. Sostiene la cabeza y el pecho erguidos apoyado en un brazo	El niño boca abajo sobre los antebrazos del terapeuta, uno de los padres sostendrá a un lado el sonajero y lo hará sonar para que el niño extienda el brazo hacia el objeto. Después, al niño en decúbito prono, se le coloca un trapo para que trate de alcanzarlo con una mano y se lo quite de la cara. Por último, se colocará un sonajero colgando de a un cordón de tal manera que el niño pueda alcanzarlo.		Se realizará en la sala de Estimulación del colegio. También se puede realizar en su casa donde el cuidador hará de terapeuta	Objetos de interés del niño (Sonajero, Peluche) Colchoneta, Sabana Cuerda

<p>Criterio 10. Se voltea boca arriba estando boca-abajo</p>	<p>El niño boca abajo, se le pondrá un objeto fuera de su alcance. Se moverá el objeto y se hará ruido para animar a que lo alcance. Lentamente se pasará el objeto sobre su cabeza para que ruede siguiendo el peluche. Se pondrá al niño boca arriba en la cuna y se le dejará que observe como cuelga un sonajero, luego se le colocará boca abajo para que se ruede para ver el sonajero.</p>		<p>Objetos de iteres del niño (Sonajero, Peluche) Colchoneta Sabana</p>
<p>Criterio 15. Voltea fácilmente la cabeza cuando el cuerpo está apoyado.</p>	<p>El terapeuta caminará frente al niño sentado, mientras le cuenta un cuento estableciendo contacto con el niño. En el momento que le note distraído llamará su atención con el sonajero para recuperarla. El niño en su sillita de bebé o en una silla, con los brazos cruzados encima del pecho, será mecido suavemente de lado a lado para que su cabeza se mueva libremente.</p>		<p>Objetos de interés del niño (Sonajero, Peluche) Sillón La trona</p>

Tabla 2. Actividades para el desarrollo del control cefálico

Para el control cefálico sería recomendable hacer un trabajo más específico, por ejemplo a través de la terapia Bobath.

Desde el concepto Bobath se busca devolver el movimiento normal a aquellas personas que como consecuencia de una lesión del SNC han sufrido trastornos

locomotores, alteraciones del control motor, no necesariamente una ausencia de función motriz, sino un problema de control motor.

La intervención comienza con una evaluación funcional donde se compara el movimiento patológico con el movimiento normal. El tratamiento es un proceso interactivo y de modificación de técnicas según los requerimientos del paciente.

Se basa en la inhibición de actividades reactivas anormales y en el reaprendizaje de movimientos normales utilizando la manipulación y facilitación de puntos clave.

Usa técnicas para inhibir el tono muscular.

Se busca romper los esquemas discinéticos para encontrar un control motor adaptado y coordinado. Se busca un reaprendizaje en tareas motoras de tal modo que la plasticidad neuronal grabe determinados patrones, intentando hacerlos de nuevo correctos y lo más automatizados posible.

Para este caso en concreto, la terapia estaría dirigida por un terapeuta ocupacional o por el fisioterapeuta, ya que, para emplear este método, se precisa de formación específica.

A continuación, se muestran algunas imágenes de las posturas que se trabajarían con el niño. En ellas no se puede ver la terapia Bobath aplicada directamente a niños pero puede aportar una idea de cómo el terapeuta o fisioterapeuta la va a realizar sobre el niño.

De cubito supino:



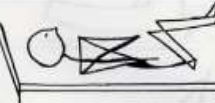

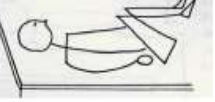



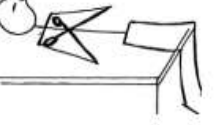

I.1	Piernas flexionadas, espasticidad extensora, se coloca en abd, para prevalesca la flexión (disociación). Intensa flexión de la cabeza constituye un factor decisivo		
I.2	Igual que el I-0 con la cabeza apoyada sobre la mesa.		
I.3	Igual que 1.1 con los brazos en rotación externa a los lados del cuerpo (para casos de brazos fuerte espasticidad flexora).		
I.4	Igual que el 1.1 estirando los brazos en rotación externa por encima de la cabeza y manos sobre la mesa.		
I.5	Con las piernas por fuera de la mesa, rodillas en flexión para combatir la espasticidad extensora de piernas, brazos cruzados para anular la espasticidad en extensión.		

Imagen 2

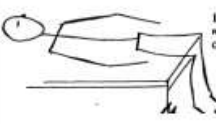





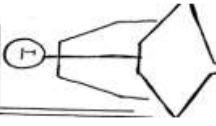

	los lados del cuerpo cuando hay espasticidad flexora.		
I.7	Como el anterior pero las caderas y las rodillas flexionadas se mueven relajadas a derecha e izquierda.		
I.8	Igual que el anterior con flexión completa de una pierna y la otra extendida. Si el paciente logra mantener esta posición PIR, la pierna apoyada se somete a flexión en la cadera para volver luego a apoyarse con el pie sobre la mesa, hasta lograr que coopere el paciente en el movimiento. (facilitación)		
I.9	Pierna flexionadas y abducidas con las plantas de los pies juntas, extensión de columna dorsal, cabeza sobre la mesa. Brazos extendidos a los lados y en rotación externa.		

Imagen 3

7. EVALUACIÓN: MEDICIÓN

A. Instrumentos de evaluación

Una labor importante del terapeuta ocupacional es administrar escalas a los usuarios para así poder obtener un conocimiento acerca del sujeto, de sus experiencias ocupacionales, gustos, valores y necesidades entre otras muchas cosas. Además también nos permitirá conocer a fondo sus capacidades, y sobre todo de sus limitaciones, para poder actuar sobre ellas y establecer un plan de intervención basado en el cliente. En este caso los instrumentos de evaluación que se le administrarán serán los siguientes:

- Guía Portage de Educación Preescolar

La Guía Portage de Educación Preescolar es una prueba de evaluación que ofrece la posibilidad de evaluar las capacidades de los niños desde el nacimiento hasta los seis años. La guía consta de 578 fichas, en las cuales se representan los comportamientos más característicos de la época comprendida.

La Guía Portage de Educación Preescolar se compone de cinco áreas de desarrollo:

- Autoayuda: consta de fichas que evalúan las destrezas del niño en lo referente a la autonomía personal, prestando especial atención a la realización de las AVD (Actividades de la Vida Diaria).
- Lenguaje: consta de fichas que evalúan las destrezas del niño con respecto a la comunicación y lo lingüístico.
- Cognición: evalúan la capacidad de establecer relaciones entre ideas, cosas,...
- Motriz: evalúa las destrezas del niño con respecto a la motricidad gruesa y fina.
- Socialización: consta de fichas que evalúan las destrezas sociales empleadas por el niño.

- Método Bobath

El concepto de Bobath (7) es un concepto terapéutico para la intervención terapéutica de pacientes con alteraciones neurológicas. Fue desarrollado por Dr. Karel Bobath y Sra. Berta Bobath en los años 50. Este método está basado en los avances de la

neurociencia y neurofisiología, en el aprendizaje motor, en el control motor, la plasticidad neuronal, la musculatura y la biomecánica. El marco teórico usado para la evaluación del movimiento y la alteración del mismo está implícito en los conocimientos del control postural necesario para el proceso de una actividad o tarea, en la destreza de realizar secuencias ordenadas del movimiento, la capacidad de ejecutarlo y evaluarlo según las exigencias que se requieran.

Conlleva un enfoque interdisciplinar (persona afectada, familia o cuidador y profesional) y en continuo proceso de resolución de problemas y tratamiento de usuarios que presentan capacidades restringidas para realizar las actividades de la vida diaria. Es una forma de observar, analizar e interpretar cómo se desempeña una tarea, la cual se relaciona con la participación de la persona con las actividades que se realizan y las discapacidades subyacentes.

El concepto de Bobath hace hincapié en el control postural como base para movimientos selectivos que permitan actividades, es decir, la participación de los pacientes en las actividades de la vida diaria y la vida en la comunidad. Se estimulan todas las partes del cuerpo a través de maniobras o estrategias terapéuticas para que el individuo pueda utilizar las extremidades afectadas y no suprimir su uso. El terapeuta proporciona aferencias sensoriales apropiadas, para ello debe ser imprescindible saber la cantidad de ayuda que necesita en cada momento. Su objetivo es dar la información más parecida posible a la que sería normalmente experimentada en un movimiento o tarea desarrollada.

Para finalizar decir que el método Bobath es un enfoque inclusivo, el cual se utiliza para tratar a usuarios de cualquier edad con una lesión en el SNC.

B. Fases de evaluación

La evaluación es el proceso en el cual se va a reunir información acerca del niño con el que se va a trabajar. Vamos a realizar tres evaluaciones a lo largo de la intervención, con una distancia entre ellos de un mes:

Evaluación inicial:

Se refiere al primer contacto con la persona, es decir, conocer desde qué capacidades se va a partir para proceder a la intervención con el usuario. El método de evaluación que se va a utilizar es una escala tipo Likert.

No es capaz de realizar el ítem	1
Realiza el ítem con ayuda	2
Realiza el ítem sin problemas	3

Seguido de esto se va a llevar a cabo un programa de intervención, que sirva para mejorar las capacidades del niño o para que adquiera nuevas habilidades cognitivas, comunicativas o psicomotrices.

Evaluación de seguimiento (revisión):

Una vez que se ha comenzado a llevar a cabo la intervención centrada en el usuario se procederá a volver a pasar la escala para comprobar las posibles mejoras que se han dado en las diferentes áreas. También se utilizará una evaluación con una escala tipo Likert. Durante toda la evaluación se contará con el apoyo de los padres, ya que se les enseñará cómo tienen que actuar con el niño.

Evaluación final:

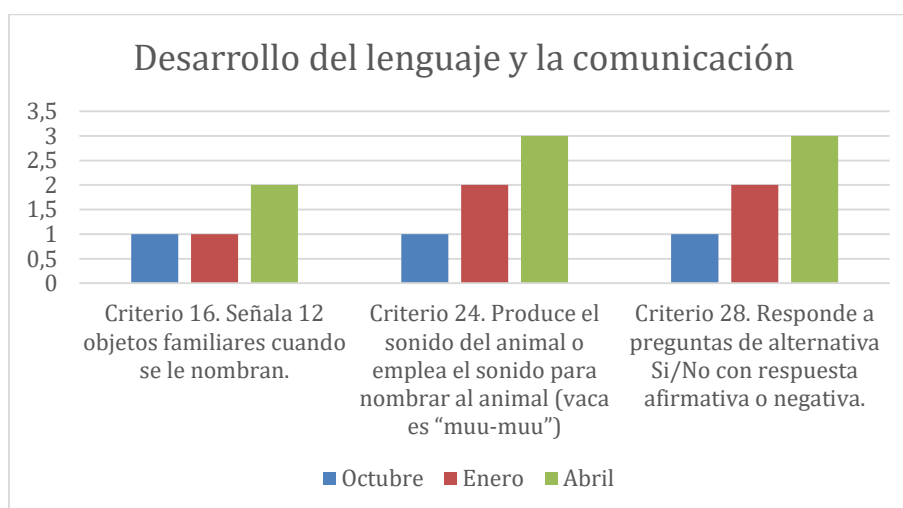
Para finalizar, una vez dado por terminado el plan de intervención se volverá a pasar la misma escala utilizada previamente. Esto servirá para conocer si la intervención ha sido efectiva, es decir, si el niño ha adquirido nuevas capacidades que anteriormente no tenía. Dependiendo de los resultados, se le dará el alta o se llevará a cabo otro tipo de intervención

8. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se ha elegido la Guía Portage para valorar el área psicomotor y el área del lenguaje y comunicación del niño. Se han seleccionado determinados ítems que se encuentran en gran relación con nuestros objetivos de intervención, sobre lo que queremos trabajar. Estos ítems se han valorado mediante una escala Likert, siendo 1 nada y 3 mucho. A continuación se muestra los resultados obtenidos en el registro de la Guía Portage.

- *Desarrollo del lenguaje y la comunicación*

Ítem	Octubre	Enero	Abril
Criterio 16. Señala 12 objetos familiares cuando se le nombran.	1	1	2
Criterio 24. Produce el sonido del animal o emplea el sonido para nombrar al animal (vaca es “muu-muu”)	1	2	3
Criterio 28. Responde a preguntas de alternativa Si/No con respuesta afirmativa o negativa.	1	2	3



En la evaluación llevada a cabo en el desarrollo del lenguaje y la comunicación, el usuario ha obtenido la mínima puntuación en los tres ítems evaluados en la evaluación inicial que tuvo lugar durante el mes de octubre, en la gráfica que se adjunta se trata de la columna de color azul.

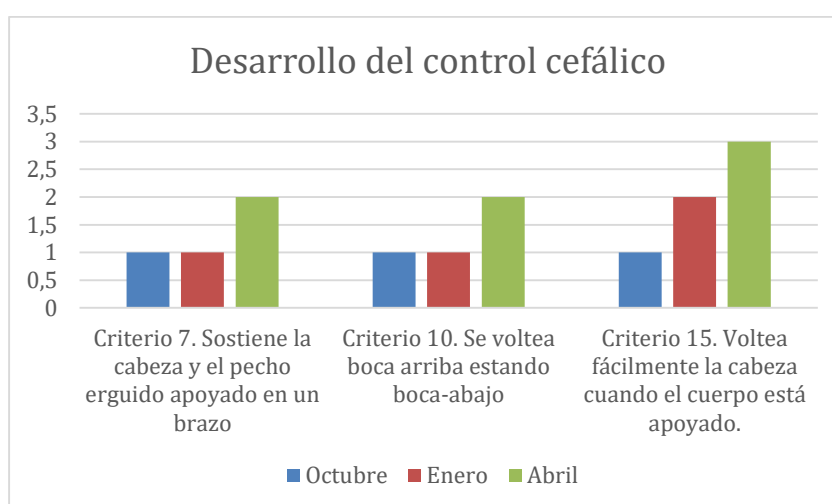
En la evaluación de seguimiento realizada en durante el mes de enero se observa una evolución diferente en los ítems evaluados. El criterio 24 en el que se indica que el usuario es capaz de realizar sonidos de animales, y el criterio 28 en el cual se muestra la capacidad del usuario de responder a preguntas de si/no, se observa que la intervención está teniendo efectos beneficiosos para el usuario ya que ha aumentado su puntuación

en un punto. En cambio en la evaluación de seguimiento el criterio 16 el cual indica que el usuario es capaz de nombrar objetos familiares, se mantiene estable y no muestra cambios.

En la evaluación final, la cual adquiere el color verde en la gráfica y fue realizada durante el mes de abril se observa que la intervención realizada en el área del lenguaje y la comunicación ha sido eficaz ya que se ha conseguido mejorar la puntuación en todos los ítems evaluados. El criterio 24 y 28 en el cual el usuario es capaz de interpretar sonidos y contestar preguntas dicotómicas, el usuario ha conseguido la mayor puntuación, 3, lo que significa que no tiene problemas para llevar a cabo la acción. En cambio, el ítem 16 que hacer referencia al reconocimiento de objetos el usuario ha mejorado su puntuación con respecto a la evaluación inicial. Por tanto a pesar de que no se haya conseguido la máxima puntuación en todos los ítems, se puede afirmar que la intervención realizada ha sido eficaz, mejorando notablemente el área de la comunicación y el lenguaje.

- *Desarrollo motor. Control cefálico*

Ítems	Octubre	Enero	Abril
Criterio 7. Sostiene la cabeza y el pecho erguido apoyado en un brazo	1	1	2
Criterio 10. Se voltea boca arriba estando boca-abajo	1	1	2
Criterio 15. Voltea fácilmente la cabeza cuando el cuerpo está apoyado.	1	2	3



En el proceso de evaluación del control cefálico, se ha dividido en tres partes, una evaluación inicial de cada uno de los criterios, la cual se llevará a cabo en octubre y está

representada en color azul. La evaluación de seguimiento en color rojo, se llevará a cabo durante el mes de enero, y para terminar la evaluación final que se representa de color verde y se realizará en el mes de abril.

En el criterio 7, se puede observar como en las dos primeras evaluaciones no se muestra ninguna evolución, pero lo más importante es que no hay ninguna involución. Sin embargo en el mes de abril, en la última evaluación se ha comprobado que se obtienen mejores resultados, con una notable evolución.

En el criterio 10, el niño evoluciona de la misma forma que en criterio 7. A pesar de que al principio no se consiguen resultados, en la última evaluación se hacen notorios los resultados de la intervención llevada a cabo.

Para finalizar, en el criterio 15, se observa que la evolución es progresiva y que en cada evaluación se obtienen resultados positivos, ya que existe una evaluación lineal. En la evaluación inicial del mes de octubre obtiene una puntuación de 1, en la segunda evaluación, la de seguimiento, realizada en el mes de enero ha aumentado ya que la puntuación es 2 y por último en la evaluación final llevada a cabo en el mes de abril, ha conseguido la puntuación máxima.

9. PLANIFICACIÓN DEL SEGUIMIENTO

Como se ha mencionado con anterioridad, se llevarán cabo tres evaluaciones durante el tiempo de intervención. Una inicial, otra de seguimiento y por último la evaluación final. Esta última es la que va a determinar el éxito de la intervención, ya que a partir de los resultados encontrados se decidirá finalizar o seguir con la intervención, realizando cambios en esta o no.

En este caso, se seguirá con la intervención, ya que aunque los resultados obtenidos son exitosos, no se puede dejar de intervenir, ya que ello provocaría una involución en todo lo trabajado durante los meses de octubre y abril.

Por ello se llevará a cabo un seguimiento, pero este no se llevará a cabo a través del Colegio Jesús María de Burgos, debido a que no dispone de los medios suficientes que requiere la enfermedad de Lennox. Por lo tanto, lo más recomendable, es que se le proporcione servicios en otros centros que cuenten con una mayor cantidad de recursos.

El niño será derivado al Centro Base de Burgos, ya que se trata de un entorno lo suficientemente estimulante que puede proporcionar al niño un proceso de mejora en todas las áreas. Durante este periodo de transición, el terapeuta se pondrá en contacto con el nuevo centro proporcionándoles toda la información sobre el niño y ayudarles en el periodo de adaptación del niño al nuevo centro.

Una vez derivado al Centro Base, se le realizará de nuevo una evaluación inicial, en el que se propondrán nuevas líneas de intervención, con el objetivo de superar las metas alcanzadas con anterioridad, y sobretodo evitando que se produzca una involución. Esta última intervención se llevará a cabo durante el tiempo que sea necesario, guiándose por los resultados obtenidos en la evaluación inicial.

Lo más recomendable para este tipo de colectivo, es no abandonar por completo las intervenciones, ya que puede provocar un gran retroceso de todo aquello que ha sido trabajado con anterioridad.

10. ELABORACIÓN DEL INFORME

En el servicio de Atención Temprana del que dispone el Colegio Jesús María de Burgos se ha realizado una intervención desde el equipo multidisciplinar que compone el servicio, en la cual el sujeto de la intervención es un niño de 5 años diagnosticado con el Síndrome de Lennox. El usuario muestra un desarrollo en el lenguaje y la comunicación, en la socialización y el desarrollo psicomotor inferior a su edad cronológica.

Desde el equipo multidisciplinar de que dispone el centro se realizó una valoración inicial, en la cual se realizó un estudio de los informes que componen la historia clínica del niño. Luego se realizó una evaluación de las habilidades de niño para lo cual se utilizó la Guía Portage, a partir de la cual se elaboró la línea base de la intervención y se realizó el programa de intervención desde Terapia Ocupacional para mejorar el desarrollo en el lenguaje y la comunicación con el fin de mejorar la calidad de vida del niño y mejorar su relación con el entorno, concretamente con los compañeros de la clase.

El programa de estimulación temprana elaborado desde el servicio se centra principalmente en actividades orientadas a conseguir los objetivos planteados en la programación de la intervención. A los tres meses de comenzar con la intervención se realizó una evaluación en la cual se analizaron una serie de ítems obtenidos de la Guía Portage a través de una escala tipo Likert que adquiere una puntuación de 1-3. Este método de evaluación se pasó en tres momentos diferentes de la intervención para observar el avance del usuario con respecto a la intervención.

Tras los seis meses en los que ha tenido lugar la intervención y en los cuales se ha visto el progreso positivo del usuario en las áreas planteadas, y observando que los objetivos planteados se han conseguido parcialmente, se puede afirmar que la intervención ha sido beneficiosa. Por tanto, ante la falta de recursos materiales y humanos de los que dispone el centro, se recomienda desde el equipo de atención temprana del colegio, la derivación del caso al Centro Base de Burgos para que el usuario pueda seguir allí con la intervención para que mantenga las capacidades adquiridas durante los últimos meses y frenar el deterioro asociado a la patología que presenta, en la medida de lo posible

11. BIBLIOGRAFÍA

1. Gómez Cano, GI. Estimulación Temprana en el desarrollo infantil. [Monografía en internet]. Guatemala: Universidad Rafael Landívar; 2014 [acceso el 25 de febrero de 2018]. Disponible en: <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2014/05/84/Gomez-Georgina.pdf>

2. Ávila Álvarez A, Martínez Piedrola R, Matilla Mora R, Máximo Bocanegra M, Méndez B, Talavera Balberde MA et al. Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso. 2da Edición [Traducción]. www.terapiaocupacional.com [portal de Internet]. 2010 [25 de Octubre del 2017]; [28p.]. Disponible en: <http://www.terapiaocupacional.com/aota2010esp.pdf>. Traducido de American Occupational Therapy Association (2008). Occupational therapy practice framework: Domain and process (2nd ed.).

3. Verdú A, García MA, García Ó, Arriola G, Martínez B, de Castro P. Manual de Neurología Infantil. 2da Edición. www.medicapanamericana.com [portal de Internet]. 2014 [acceso 19 de febrero del 2018]; [329P.]. Disponible en: <http://0-www.medicapanamericana.com.ubucat.ubu.es/VisorEbookV2/Ebook/9788498358483?token=afc4ceb3-c5e7-4d74-ae2b-1198c9250d59>

4. Oller-Daurella L. Síndrome de Lennox-Gastaut. Aspectos clínico-electroencefalograficos de su diagnóstico. Archivos de Neuro - Psiquiatría [revista en Internet] diciembre 1972 [20 de febrero de 2017], 30(4). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004282X1972000400001&script=sci_arttext&tlng=es

5. Espinosa E, Casasbuenas O L, Dunoyer C, Nuñez L C, Solano M. Síndrome convulsivo en niños. Colombia: ASCOFAME; 1997. Disponible en: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Convulsiones%20Pediaticas.pdf>

6. Asociación Andaluza de Epilepsia (APICE): Síndrome de Lennox-Gastaut [sede Web]. Sevilla: Asociación Andaluza de Epilepsia (APICE). Disponible en: <http://www.apiceepilepsia.org/Sindrome-de-Lennox-Gastaut>

7. Asociación Española de Terapeutas formados en el concepto Bobath [sede Web]. Madrid: La Asociación; [acceso el 19 de marzo de 2018]. Concepto Bobath en la actualidad. [una pantalla aproximadamente]. Disponible en: <http://www.asociacionbobath.es/el-concepto-bobath/58-actualidad-del-concepto-bobath.html>

Imagen 1:

<https://encryptedtbn0.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcTZYQHs1rqINQqMl7Hbz cCOjXW74iN61VIDjqizwMLWv0y5wyKM>

Imagen 2:

Apuntes de la asignatura Afecciones Físicas en la Terapia Ocupacional. 3º de Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Burgos. Docente: Josefa González Santos

Imagen 3:

Apuntes de la asignatura Afecciones Físicas en la Terapia Ocupacional. 3º de Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Burgos. Docente: Josefa González Santos