



UNIVERSIDAD
DE BURGOS

PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA
HEMIPLEJÍA DERECHA



RODRÍGUEZ ALFARO, Mariana

ROMO MALDONADO, Raquel

VIVANCO HERNANDO, Ana

Estimulación Temprana

3º Terapia Ocupacional - Universidad de Burgos

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	3
2. JUSTIFICACIÓN.....	6
3. DESARROLLO DEL PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA.....	8
3.1. DESCRIPCIÓN DEL CASO	8
3.2. ESTABLECIMIENTO DE LA LÍNEA BASE DE INTERVENCIÓN	9
3.3 DISEÑO DEL PROGRAMA	10
3.3.1. Descripción de los objetivos	11
3.3.2. Actividades de la intervención	11
4. CONCLUSIÓN	11
5. LINEAS FUTURAS DE INTERVENCIÓN.....	24
6. BIBLIOGRAFÍA	25

1. INTRODUCCIÓN

La Parálisis Cerebral en la infancia es la causa más frecuente de discapacidad motora. Es un conjunto de alteraciones fijas, que no se modifican con el tiempo y se deben a una malformación del desarrollo cerebral del feto (pudiendo ocurrir en la gestación, el parto o durante los primeros años de vida). Los trastornos motores que padecen pueden estar acompañados de alteraciones sensoriales, perceptivas, cognitivas, de la comunicación, epilepsia y/o problemas musculoesqueléticos secundarios (1).

La parálisis cerebral se puede clasificar teniendo en cuenta el trastorno motor que predomina y el grado de afectación. Los que aparecen con más frecuencia son: tetraplejía espástica, diplejía espástica, parálisis cerebral discinética y hemiplejía espástica, siendo esta última la que presenta nuestro usuario. La hemiplejía espástica consiste en tener paralizado un hemicuerpo con una mayor afectación en la extremidad superior (2).

La intervención se va a llevar a cabo en la asociación APSA (3) que es una ONGD que desarrolla actividades dirigidas a mejorar la calidad de vida de personas con diferentes capacidades durante todo su ciclo vital. Dentro de esta organización, se encuentran diversos servicios en el que el proyecto se centrará en Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT). Este servicio ofrece una serie de actividades con carácter global e interdisciplinar, planificadas de forma sistemática. El objetivo es atender lo más pronto posible las necesidades de los niños en edades entre 0 y 6 años con trastornos en el desarrollo o que tienen un alto riesgo de padecerlos.

La población a la que atiende el centro está formada por todos los niños que puedan necesitar atención temprana, debido a (3):

- Problemas asociados: retraso en el lenguaje, problemas conductuales, problemas emocionales, problemas de alimentación y sueño, dificultades en la socialización o dificultades en el vínculo afectivo.
- Factores de riesgo: niños prematuros (menores de 37 semanas), y postmaturos (mayores de 42 semanas), nacidos con bajo peso (menos de 2 kg), problemas en el parto (sufrimiento fetal, anoxia...), anomalías en el tono muscular y en los reflejos, infecciones o deprivación ambiental.

- Patologías instauradas: merabolopatias, alteraciones genéticas (Síndrome de Down, Prader Willi, Maullido de gato, otras), problemas motóricos (Parálisis Cerebral, enfermedades neurodegenerativas...), malformaciones craneales (Hidrocefalia, Macrocefalia, etc.), problemas infecciones durante el embarazo como la Rubeola o Toxoplasmosis y por último abarca TEA y trastornos atípicos del desarrollo.

El tipo de atención que se ofrece en este servicio es tanto en la etapa educativa, en la transición a la vida adulta, en la etapa adulta y en la tercera edad.

Por otro lado, entre los profesionales que forman parte de este servicio se encuentran: fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, médico, psicólogos, logopedas y educador social. Durante el proceso también sería necesario tener en cuenta a las familias.

Las funciones del terapeuta ocupacional en este servicio son mejorar la postura y sacar mayor provecho de la movilidad del niño/a, ayudar al niño/a a que aprenda las actividades básicas de la vida diaria, como comer, vestirse y usar el baño de forma independiente, al igual que fomentar una óptima adaptación del entorno familiar, social y escolar. Por otro lado, también ofrece la posibilidad de confeccionar y realizar adaptaciones ortopédicas. Además, ayuda a reducir las demandas sobre los padres y cuidadores (3); todo ello fomenta un aumento en la independencia, la autoconfianza y la autoestima del niño. Por ello, el terapeuta ocupacional realizará su intervención desde una prevención secundaria, debido a que el niño ya presenta una patología la cual se detecta y comienza a tratar desde el momento del nacimiento con los protocolos de actuación de atención temprana.

En la interacción con los profesionales, la figura del terapeuta ocupacional debe tener en cuenta al fisioterapeuta, ya que muchos tratamientos se pueden solapar. Por ello, es importante una buena comunicación de ambos profesionales que deberán marcar unos objetivos comunes y consensuar el trabajo que va a realizar cada uno. De esta manera podrán complementarse los tratamientos consiguiendo una mayor calidad de ambas sesiones.

Por otro lado, la figura del médico también tiene relevancia, porque el hecho de que el paciente esté con algún tratamiento médico puede interferir en el correcto desarrollo de las sesiones de terapia ocupacional. Por ejemplo: uso de sondas, vías, medicamentos...

Asimismo, en caso de existir un educador social en el centro, puede resultar de gran utilidad puesto que puede ayudar a las familias a ponerse en contacto con los centros de la red base o a estar informados de las ayudas que pueden recibir, así como la situación familiar. Esto se debe a que el contexto donde se desarrolla el menor es muy importante para su desarrollo evolutivo y en caso de no estar presente esta figura, el terapeuta ocupacional deberá suplir esta ausencia informando a las familias.

La labor del psicólogo y del logopeda también es significativa en el desarrollo evolutivo. Gracias a ellos, la comunicación con el menor puede ser más abierta y mejorar muchos aspectos de pronunciación y reconocimiento de emociones. La terapia ocupacional en este caso debe de contar también con el apoyo de estos profesionales.

Finalmente, el terapeuta ocupacional deberá estar en continuo contacto con la familia informando de la evolución de su hijo y de las posibles recomendaciones que pueden realizar en el entorno para que la terapia y las sesiones sean más eficaces.

En referencia a la coordinación con otros servicios (3) se encuentra la Federación Española de Enfermedades Raras (FEDER), Fondo de Ayuda Europea para los más Necesitados (FEAD), Unión Provincial de Asociaciones Pro-Minusválidos Psíquicos de Alicante (UPAPSA), Observatorio de la Discapacidad de la Universidad de Alicante y Plena Inclusión.

Asimismo, los materiales que se encuentran en el servicio elegido son: una sala Snoezelen para la estimulación basal, donde se pueden encontrar rocódromos, espalderas, colchonetas, pufs, tubos de burbujas, mobiliario de sala.... En el caso de la sala de fisioterapia es necesario colchonetas, electrodos, circuito para trabajar la marcha, rampas con distintas pendientes; y en la sala del terapeuta ocupacional materiales como, colchonetas, bolas de pilates, piscina de bolas, un columpio, etc.

2. JUSTIFICACIÓN

El proyecto comenzó con la elección del caso de un menor de 3 años y 4 meses, el cual presenta una parálisis cerebral que le causa serias dificultades en el desempeño ocupacional en todas las áreas que lo forman (área del desarrollo psicomotor, la cognitivo, del lenguaje y de la socialización).

Por ello, se comienza una intervención en la asociación APSA, donde cuenta con numerosos recursos para mejorar y desarrollar aquellas capacidades y habilidades que el niño debería haber adquirido a la edad de 40 meses. Dentro de esta asociación existen muchos profesionales que buscan alcanzar el mayor bienestar posible en aquellos niños que presentan determinadas patologías. Entre ellos, se encuentra la labor del terapeuta ocupacional, que como define la Asociación Americana de Terapeutas Ocupacionales (AOTA) (4): “La Terapia Ocupacional es la utilización terapéutica de las actividades de autocuidado, trabajo y lúdicas para incrementar la función independiente, mejorar el desarrollo y prevenir la discapacidad. Puede incluir la adaptación de las tareas o el ambiente para lograr la máxima independencia y mejorar la calidad de vida”. Además, es una profesión sociosanitaria, la cual cuenta con todos los recursos necesarios para intervenir en todas las áreas afectadas de este niño y terminar la intervención habiendo cumplido los objetivos planteados al principio.

Por todo esto, el caso que se presenta a continuación es susceptible de terapia ocupacional ya que padece una patología que interfiere en correcto desarrollo de las actividades propias de su edad y por ello a través de la intervención se pretende conseguir el adecuado nivel de independencia. El proyecto además tratará de ser innovador con actividades lúdicas, facilitando el aprendizaje del menor y la correcta adquisición de las habilidades.

Se ha elegido intervenir desde el Modelo de Ocupación Humana (MOHO) (5) ya que es un modelo propio de la Terapia Ocupacional, y entiende a los seres humanos como sistemas abiertos, dinámicos y cambiantes para así poder responder a las demandas tanto personales como sociales que van surgiendo a lo largo de la vida. Este modelo está compuesto por la interrelación de 3 sistemas y del medio ambiente que rodea al individuo:

1. **Volición**, es decir, se tiene en cuenta lo que es importante, significativo y satisfactorio para el individuo, así como también el sentido de competencia y eficiencia.

2. **Habitación** son los hábitos y los roles del individuo ya sea para desarrollarlos, cambiarlos o implementarlos en las AVDs.
3. **Capacidad de desempeño** compuesta por la experiencia subjetiva del individuo y por los componentes objetivos físicos y mentales que posee.

Añadir que con el presente proyecto no solo se busca el correcto desarrollo del usuario, sino que este se dé en el menor tiempo posible. Esto será viable con la ayuda del equipo multidisciplinar con el que cuenta la asociación APSA y la colaboración de la familia y el entorno más cercano.

3. DESARROLLO DEL PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA

3.1. DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 3 años y 4 meses (40 meses) que presenta una parálisis cerebral junto con una hemiplejía derecha, tuvo sostén cefálico sobre los 16 meses y las primeras palabras aparecieron a los 18 meses, además presenta una pérdida auditiva de 20 dB en el oído derecho.

Actualmente, en el área de desarrollo psicomotor tiene una edad de desarrollo aproximada de 10 meses. A nivel de la psicomotricidad gruesa puede mantenerse de pie con apoyo, si se le ayuda puede dar algunos pasos y estando de pie y con apoyo puede levantar y apoyar el otro pie. En cuanto a la psicomotricidad fina utiliza la mano izquierda para casi todo debido a la hemiplejía derecha.

En el área del desarrollo del lenguaje presenta un desarrollo aproximado de unos 18 meses, comprende casi todas las órdenes que se le dan. En la expresión también muestra aproximadamente una edad de desarrollo de 18 meses (dice palabras familiares como “papa”, “mama” y “abu”). Además, utiliza gestos propios para comunicarse con los otros.

Por otro lado, en el área de desarrollo cognitivo el niño tiene una edad de desarrollo de 21 meses (levanta una taza colocada boca abajo y coge el cubo que está debajo, hace sonar una campanilla, puede hacer torres con cubos grandes...).

En el área de socialización, el usuario presenta una edad de desarrollo de 25 meses. En cuanto a la autonomía personal ayuda en las tareas de vestido y desvestido, puede beber en una taza o en un vaso, utiliza la cuchara para comer y controla esfínteres. Respecto a la interacción social, reacciona a palabras familiares, hace gestos de adiós y gracias, comprende una prohibición, puede dar algo cuando se le pide, repite actos sencillos que le han hecho gracia y sabe pedir comida y bebida.

3.2. ESTABLECIMIENTO DE LA LÍNEA BASE DE INTERVENCIÓN

El usuario llega desde el servicio de Terapia Ocupacional de APACE en la localidad de Burgos (donde permaneció de 0 a 3 años), hasta la Asociación de APSA al servicio CDIAT que se encuentra en Alicante donde se procederá a hacer la intervención de 3 a 6 años. La Asociación APSA desarrolla actividades dirigidas a mejorar la calidad de vida de personas con diferentes capacidades durante todo su ciclo vital.

Antes de comenzar a trabajar con el usuario (llega a este servicio con 40 meses), se realizará una evaluación inicial para conocer su desarrollo actual en cada una de las áreas. Tras esta evaluación, se determina que en el área de socialización tiene un desarrollo de 25 meses. Esta área está formada por dos partes, una de ellas es la autonomía personal, en la que no cuenta con dificultades significativas, ya que es capaz de ayudar en las tareas de vestido y desvestido, beber en taza y vaso, utilizar la cuchara para comer y controlar esfínteres, que son las capacidades adquiridas por la mayoría de los niños a esa edad.

La segunda parte de esta área es la interacción social donde el usuario es capaz de reaccionar a palabras familiares, hacer gestos de “adiós” y “gracias”, comprender una prohibición, dar algo si se le pide con palabras o gestos, repetir actos sencillos que le han causado risa y pedir de comer y de beber.

El usuario a esta edad debería ser capaz de seguir el ritmo de la música, las reglas de un juego imitando a otros niños, saludar a otros adultos conocidos sin que se le recuerde, seguir las reglas del juego en grupo, decir “por favor” y “gracias” (el usuario solo hace gestos), esperar el turno, jugar cerca de otros niños y hablar con ellos cuando trabajan en sus proyectos. Debido a que el usuario presenta problemas en todas las áreas (psicomotora, cognitiva, social y desarrollo del lenguaje), se comenzará la intervención partiendo de los objetivos cumplidos en el otro centro para poder continuar normalizando su desarrollo a través de la estimulación temprana.

Para conseguir el adecuado desarrollo en la socialización, se llevará a cabo una intervención con las siguientes actividades desde Terapia Ocupacional.

3.3 DISEÑO DEL PROGRAMA

La intervención tendrá una duración de seis meses, dándose inicio el quince de febrero y finalizando el quince de agosto. En este periodo de tiempo, se buscará mejorar sus capacidades en el área de socialización, así como otras áreas (cognitiva, motora y del lenguaje) ya que estas se complementan.

Para conocer la edad de desarrollo del usuario se utilizará como instrumento de medida la Guía Portage (6), la cual ofrecerá una visión de lo que debería hacer antes de comenzar la intervención y una vez acabada esta nos permitirá comprobar su evolución.

Antes de comenzar con el programa de Estimulación Temprana, es necesaria una evaluación inicial para conocer las afectaciones del niño, y plantear de forma más adecuada y eficaz aquellas actividades que van a ser más beneficiosas para el menor.

Una vez haya comenzado la intervención, con las actividades previstas, se realizará una evaluación cada tres meses, para asegurar que la intervención está siendo eficaz y se están consiguiendo los objetivos. El programa de Estimulación Temprana se distribuirá en dos sesiones por semana, siendo éstas los martes y viernes, con una duración aproximada de 60 minutos cada una, durante 31 semanas.

Para finalizar y valorar la efectividad de los resultados, se realizará una evaluación final utilizando la misma herramienta. El objetivo es comparar lo obtenido en las evaluaciones trimestrales y mostrar una valoración final de mejoría y consecución de los objetivos perseguidos.

3.3.1. Descripción de los objetivos

Como objetivo general, se buscará conseguir:

- Favorecer la interacción del usuario con su familia y su entorno de iguales.

Los objetivos específicos son:

- Mejorar sus habilidades sociales, entre ellas el saludo y la despedida.
- Trabajar las emociones primarias y la expresión corporal de las mismas.
- Aumentar la capacidad de abrazar, acariciar y besar a personas conocidas.
- Aprender a respetar el turno y las reglas de un juego.
- Estimular la adquisición de nuevas palabras de uso diario.

3.3.2. Actividades de la intervención

Antes de empezar a realizar la intervención, la semana previa se realizarán dos sesiones para conocer al perro de la asociación para que se familiarice con él y las sesiones puedan tener más éxito.

Actividad 1: Terapia asistida con animales

Objetivo

- Mejorar sus habilidades sociales, entre ella el saludo y la despedida.
- Aumentar la capacidad de abrazar, acariciar y besar a personas conocidas y desconocidas.

Indicadores de evaluación

1. El niño saluda con gestos al perro de la asociación cuando se le recuerda.
2. El niño saluda con gestos al perro.
3. El niño saluda con gestos y palabras al perro.
4. El niño saluda con gestos, palabras y caricias al perro.
5. El niño saluda con gestos a una persona desconocida cuando se le recuerda.
6. El niño saluda con gestos a una persona desconocida.

7. El niño saluda con gestos y palabras a una persona desconocida.
8. El niño saluda con gestos, palabras y caricias a una persona desconocida.
9. El niño se despide con gestos del perro cuando se le recuerda
10. El niño se despide con gestos del perro.
11. El niño se despide con gestos y palabras del perro.
12. El niño se despide con gestos, palabras y caricias del perro.
13. El niño se despide con gestos de una persona desconocida cuando se le recuerda.
14. El niño se despide con gestos de una persona desconocida.
15. El niño se despide con gestos y palabras de una persona desconocida.
16. El niño se despide con gestos, palabras y caricias de una persona desconocida.

Tarea

El niño se encontrará sentado sobre una colchoneta. El perro entrará en la sala y buscará la interacción niño-perro: primero por gestos y después por palabras y caricias buscando el contacto físico. El terapeuta será el primero en relacionarse con el perro para que el niño a través del modelamiento adquiera estas habilidades.

Una vez adquiridas estas conductas, a lo largo de las sesiones con el perro, a la sesión acudirá una persona desconocida (niño) para interactuar de igual forma con el usuario. En este punto también se tratará de que el usuario salude a la persona desconocida de la misma manera (primero con gestos, después con palabras y por último mantener contacto físico, como por ejemplo dar un beso, un abrazo o una caricia). Se realizará lo mismo para la despedida de la sesión el mismo orden en el que se saludan.

Materiales: colchoneta

Actividades de generalización

Se proporcionará a los padres unas hojas de registro con el objetivo de comprobar que el aprendizaje adquirido durante las sesiones ha tenido éxito en distintos contextos. Por ejemplo: si saluda con gestos, palabras y tiene contacto físico y se despide de la misma manera con personas en la calle o en el entorno escolar.

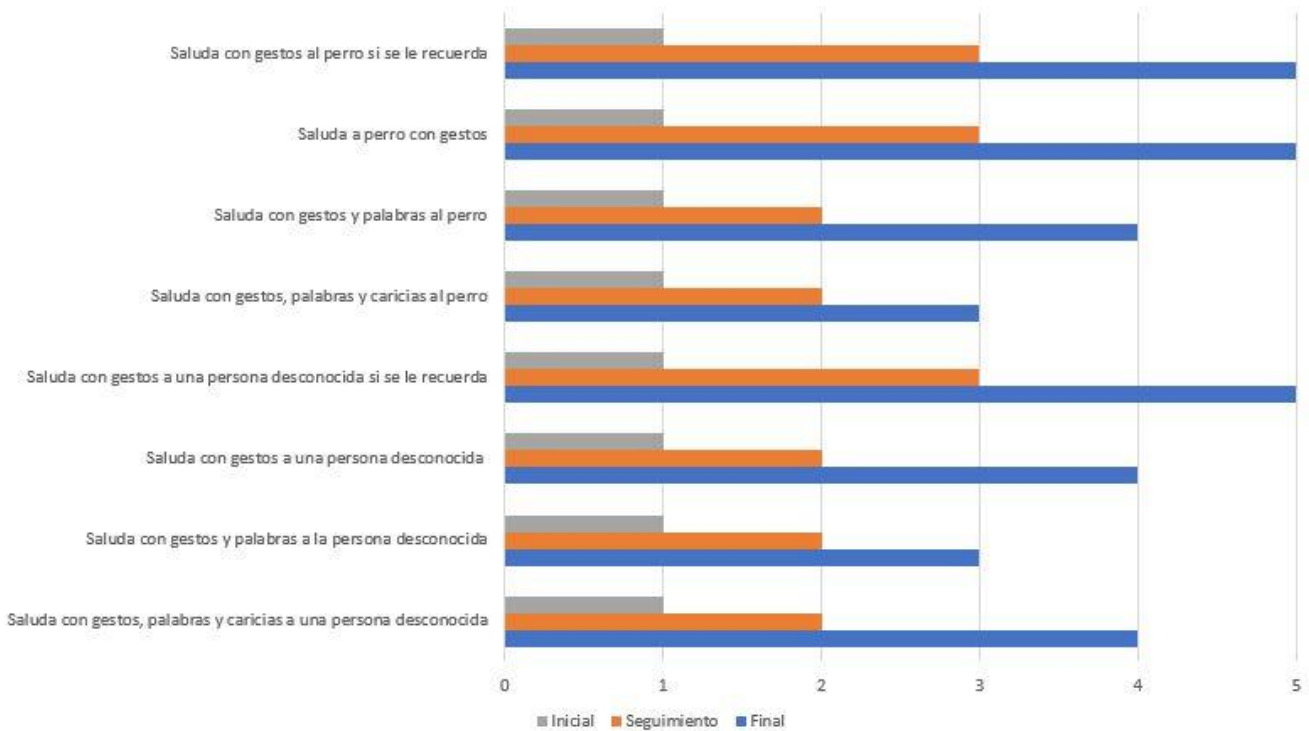
Planificación del seguimiento

La actividad se realizará a lo largo de toda la intervención en la sala de Terapia Ocupacional de la Asociación APSA en Alicante, durante los seis meses que dura el programa de Estimulación Temprana (de febrero a agosto).

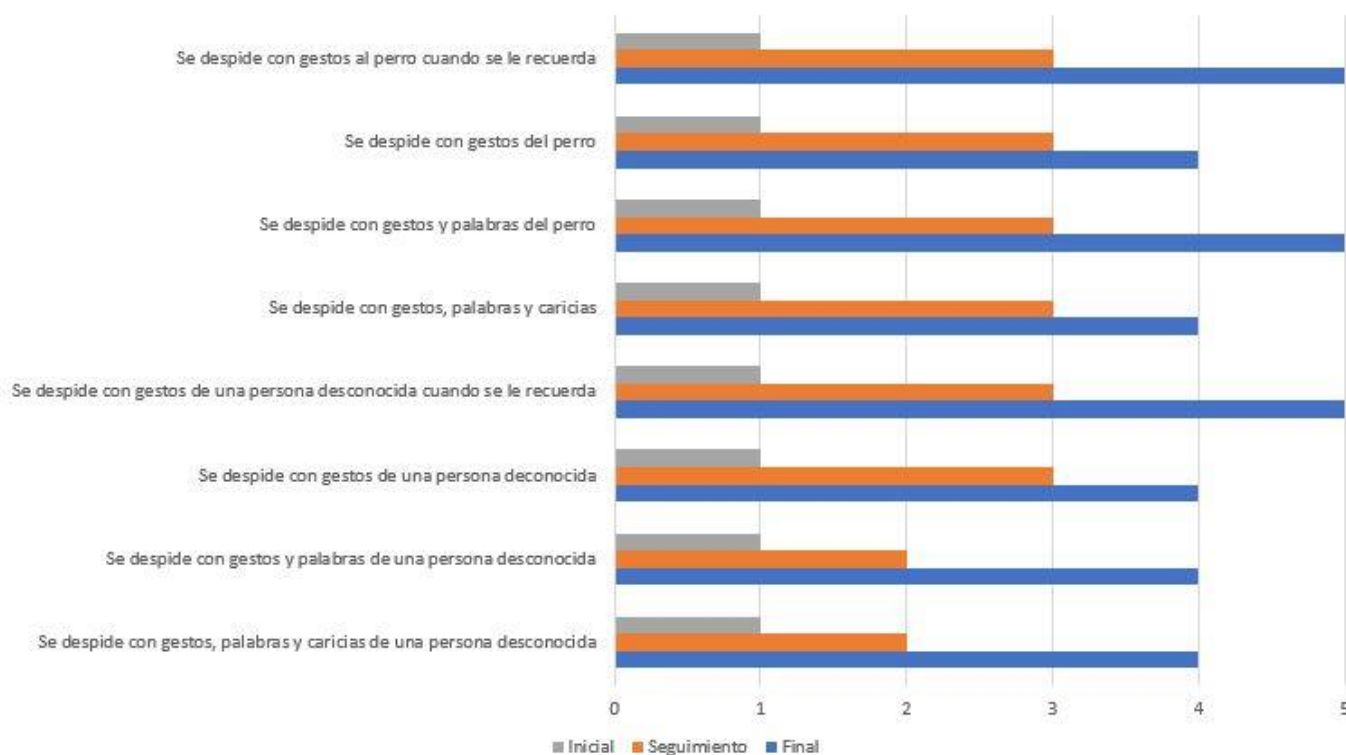
Para evaluar esta actividad se utilizará la escala Likert que puntúa de 1 a 5, siendo 1 nunca, 2 pocas veces, 3 algunas veces, 4 casi siempre y 5 siempre.

INDICADORES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
EVALUACIÓN INICIAL	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
SEGUIMIENTO	3	3	2	2	3	2	2	1	3	3	3	3	3	3	2	2
EVALUACIÓN FINAL	5	5	4	3	5	4	3	3	5	4	5	4	5	4	4	4

TERAPIA ASISTIDA CON ANIMALES



TERAPIA ASISTIDA CON ANIMALES



Como se observa en las gráficas, al inicio de la intervención el niño no presentaba conductas de saludo o despedida. A los tres meses se lleva a cabo un seguimiento los resultados indican una notable progresión en los ítems 1, 2, 5, 9, 10, 11, 12, 13 y 14 es decir, el niño algunas veces es capaz de saludar con gestos al perro tanto si se le recuerda como si no, es capaz de saludar con gestos a una persona desconocida si se le recuerda, se despide del perro con gestos tanto si se le recuerda como si no, con palabras y caricias y también se despide con gestos de una persona desconocida si se le recuerda como si no.

En este mismo seguimiento se observa que se ha producido una leve mejoría en los ítems 3, 4, 6, 7, 15 y 16. En esta ocasión pocas veces saluda al perro con gestos, palabras y caricias, al igual que saluda con gestos y palabras a una persona desconocida ni tampoco muchas veces se despide con gestos, palabras y caricias de una persona desconocida.

Finalmente, en este seguimiento se comprueba que en el ítem 8 no se ha conseguido que el niño salude con gestos, palabras ni caricias a alguien desconocido.

A los seis meses, se realiza la evaluación final y se comprueba que indicadores se han alcanzado completamente, estos son: 1, 2, 5, 9, 11 y 13. Por el contrario aún habría que trabajar sobre los indicadores 3, 6, 10, 12, 14, 15 y 16 ya que no los realiza en todas las ocasiones. Por último, en los indicadores 4, 7 y 8 habría que realizar una nueva intervención ya que al usuario aún le falta por trabajar algunas habilidades para conseguirlos.



Actividad 2: Juego de mesa

Objetivo

- Aprender a respetar el turno y las reglas de un juego.
- Estimular la adquisición de nuevas palabras de uso diario.

Indicadores de evaluación

1. El usuario coge el dado con ambas manos.
2. El usuario lanza el dado.
3. El usuario espera que llegue su turno respetando el de los demás jugadores.
4. El usuario cumple las reglas del juego.
5. El usuario dice el nombre de una imagen conocida.
6. El usuario aprende el nombre de una imagen desconocida.
7. El usuario en futuras partidas recuerda el nombre de los objetos.
8. El usuario es capaz de jugar con otros niños.

Tarea

El juego elegido para realizar esta actividad ha sido una variante del juego de mesa de la oca. El tablero se colocará sobre el suelo y el niño se situará alrededor de este. Se comenzará enseñándole el dado, el cual lanzará el terapeuta primero para que el niño por modelamiento sepa como efectuar la acción cuando sea su turno. De la misma manera, el terapeuta moverá su ficha hasta el color que salga en el dado y ahí deberá decir el nombre del objeto que aparezca en la imagen.

Se utilizarán colores en vez de números, ya que el niño no conoce los números y resultará la actividad más sencilla, y se adaptará mejor a sus necesidades. Las imágenes que aparecen en cada casilla serán objetos familiares para de esta manera aumentar el uso de nuevas palabras.

Se comenzará el juego entre el Terapeuta y el usuario para que pueda ir adquiriendo poco a poco las habilidades necesarias para el buen desarrollo de la actividad. Una vez que el usuario alcance el nivel adecuado, se sustituirá el juego con el Terapeuta por el

juego con otro niño. De manera progresiva se irán introduciendo un mayor número de jugadores y nuevos juegos.

Materiales: tablero gigante de colores, dado de colores grandes e imágenes.

Actividades de generalización

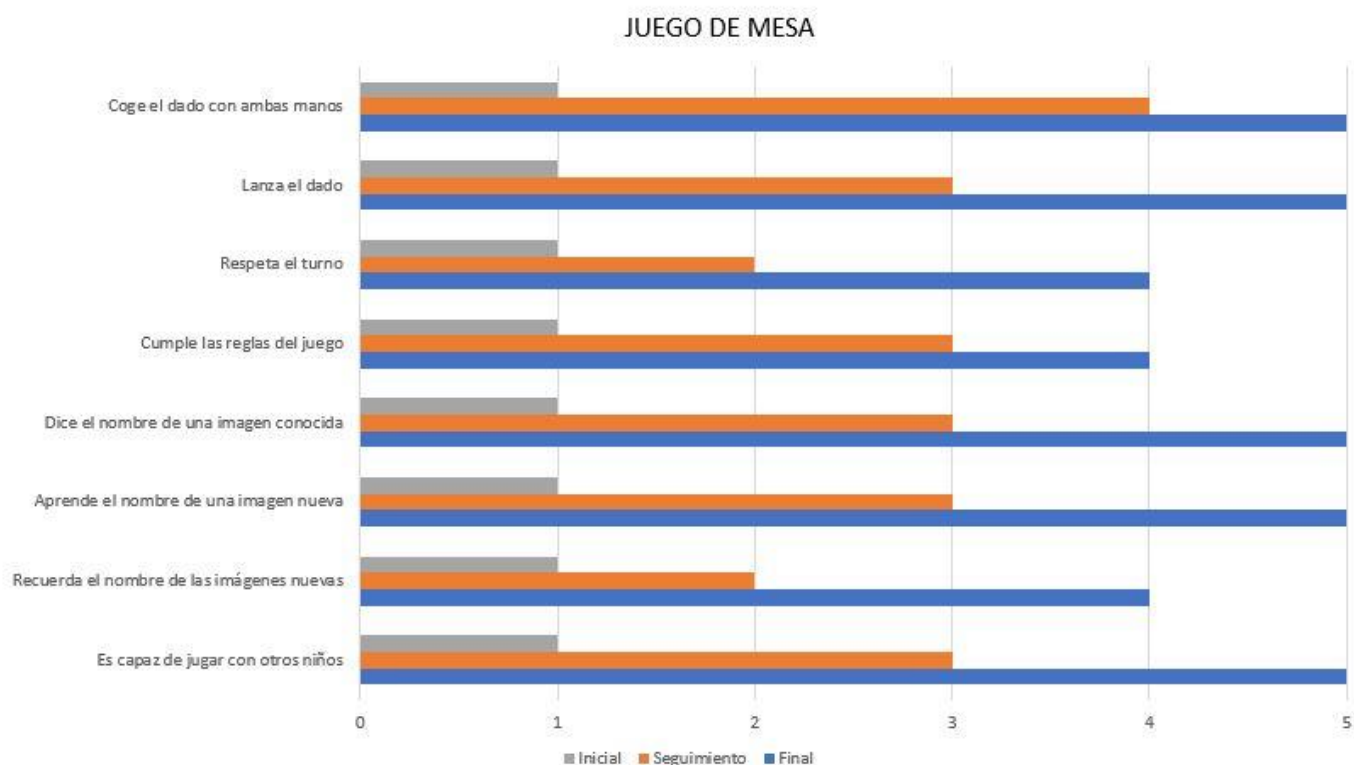
Se proporcionará a los padres unas hojas de registro con el objetivo de comprobar que el aprendizaje adquirido durante las sesiones ha tenido éxito en distintos contextos. Por ejemplo: si respeta el turno cuando juega en casa o en el colegio y si ha adquirido nuevas palabras.

Planificación del seguimiento

La actividad se realizará a lo largo de toda la intervención en la sala de Terapia Ocupacional de la Asociación APSA en Alicante, durante los seis meses que dura el programa de Estimulación Temprana (de febrero a agosto).

Para evaluar esta actividad se utilizará la escala Likert que puntúa de 1 a 5, siendo 1 nunca, 2 pocas veces, 3 algunas veces, 4 casi siempre y 5 siempre.

INDICADORES	1	2	3	4	5	6	7	8
EVALUACIÓN INICIAL	1	1	1	1	1	1	1	1
SEGUIMIENTO	4	3	2	3	3	3	2	3
EVALUACIÓN FINAL	5	5	4	4	5	5	4	5



Como se observa en la gráfica, antes de la intervención el usuario no respetaba el turno ni las reglas de un juego y tenía un escaso vocabulario. En el seguimiento a los tres meses, se comprueba que en el primer indicador tiene una gran mejoría ya que casi siempre coge el dado con las dos manos.

En cambio, en los indicadores 2, 4, 5, 6 y 8 solo realiza algunas veces las actividades de lanzar el dado, cumplir las reglas del juego, nombrar una imagen conocida, aprender una nueva palabra y jugar con otros niños.

Por otro lado, en cuanto al 3 y al 7 indicador que son esperar su turno y recordar las nuevas palabras aprendidas, pocas veces lo realiza.

En la evaluación final el usuario siempre es capaz de realizar los indicadores 1, 2, 5, 6 y 8. Pero en los indicadores 3, 4 y 7 habría que seguir trabajando para alcanzar el objetivo propuesto.



Actividad 3: Bingo emocional

Objetivo

- Trabajar las emociones primarias y la expresión corporal de las mismas.

Indicadores de evaluación

1. Reconoce pictogramas que simbolicen alegría.
2. Reconoce pictogramas que simbolicen tristeza.
3. Reconoce pictogramas que simbolicen enfado.
4. Reconoce pictogramas que simbolicen sorpresa.
5. Reconocer las emociones primarias en imágenes de personas conocidas.
6. Imitar las emociones que representan las fotos de las personas conocidas.
7. Reconocer las emociones primarias en imágenes de personas desconocidas.
8. Imitar las emociones que representan las fotos de las personas desconocidas.

Tarea

Se utilizarán fichas, primero se usarán pictogramas con las diferentes emociones (alegría, tristeza, enfado y sorpresa). Se le irá enseñando una a una y se le dice la emoción que es y una vez conozca las cuatro emociones, se le presentará los cuatro pictogramas y se pedirá que señale una emoción. Cuando domine los pictogramas, se sustituirá por fotos de personas conocidas (padre, madre, abuela, hermano...). Se le presentarán las cuatro fotos a la vez y se le preguntará qué emoción representa cada uno y se pedirá que la imite. Después, se realizará lo mismo con imágenes de personas desconocidas.

Materiales: pictogramas, fotos de familiares e imágenes de personas desconocidas.

Actividades de generalización

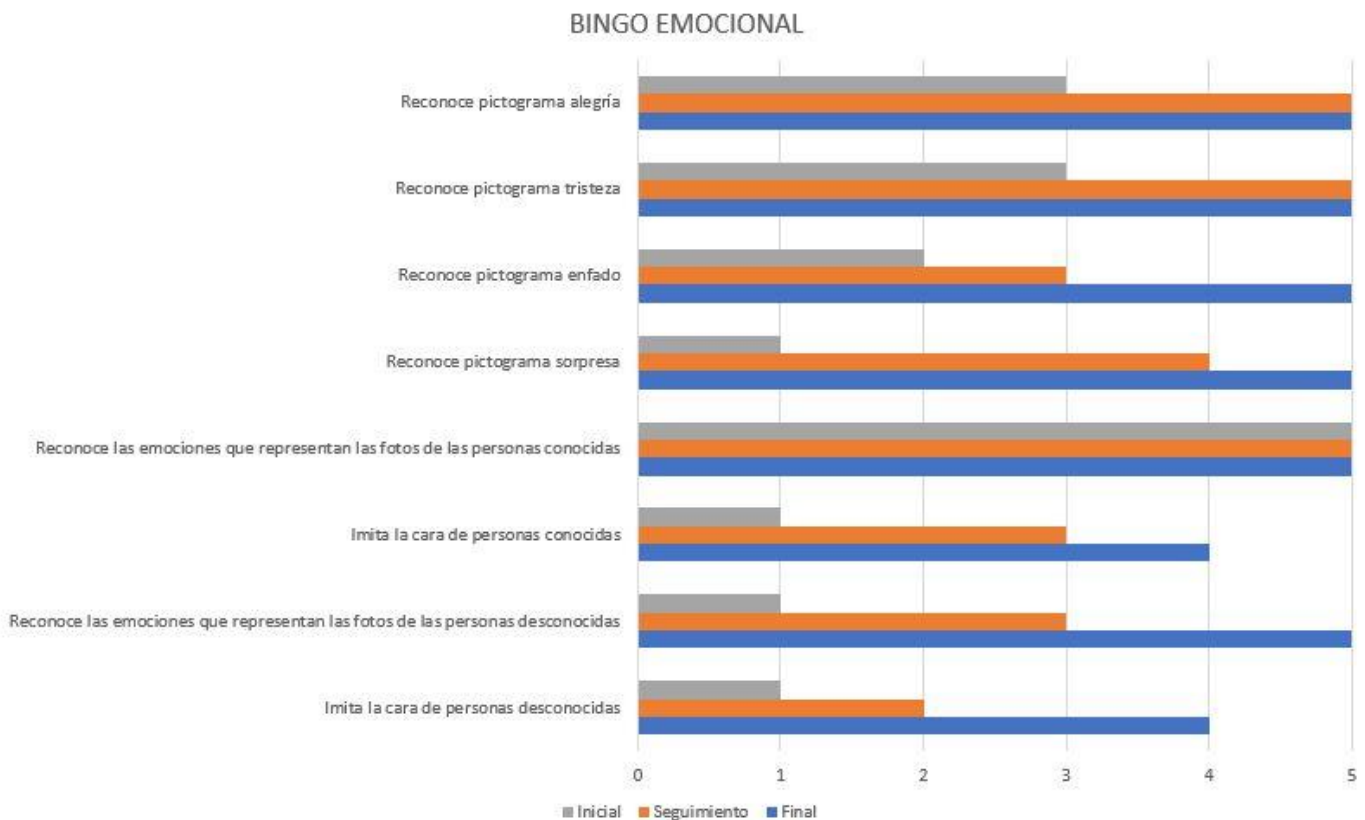
Se proporcionará a los padres unas hojas de registro con el objetivo de comprobar que el aprendizaje adquirido durante las sesiones ha tenido éxito en distintos contextos. Por ejemplo: reconoce emociones primarias cuando ve los dibujos en la televisión.

Planificación del seguimiento

La actividad se realizará a lo largo de toda la intervención en la sala de Terapia Ocupacional de la Asociación APSA en Alicante, durante los seis meses que dura el programa de Estimulación Temprana (de febrero a agosto).

Para evaluar la última actividad se utilizará la escala Likert que puntúa de 1 a 5, siendo 1 nunca, 2 pocas veces, 3 algunas veces, 4 casi siempre y 5 siempre.

INDICADORES	1	2	3	4	5	6	7	8
EVALUACIÓN INICIAL	3	3	2	1	2	1	1	1
SEGUIMIENTO	5	5	3	4	5	3	3	2
EVALUACIÓN FINAL	5	5	5	5	5	4	5	4

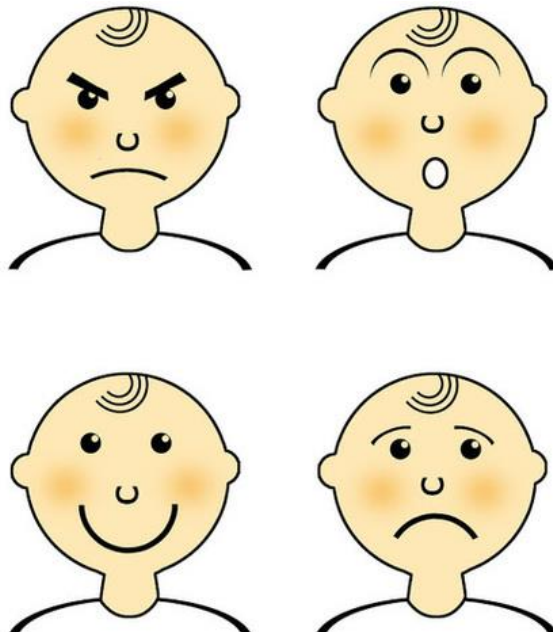


En la última gráfica se puede ver que en esta actividad el usuario tenía algunas habilidades ya adquiridas necesarias para realizar esta tarea. En el seguimiento a los tres meses se comprueba que algunos indicadores ya se han logrado completamente, en concreto son el 1, 2 y 5. Esto quiere decir que reconoce pictogramas que simbolizan alegría y tristeza, así como reconoce las emociones en fotos de personas familiares.

Por otro lado, el 4 indicador que es reconocer pictogramas que simbolizan sorpresa se ha conseguido casi siempre, mientras que el 3 y el 6 que son reconocer pictogramas que simbolizan enfado e imitar las emociones que representan las fotos de personas conocidas.

Se puede ver que en el último indicador casi nunca se consigue que imite las emociones que representan las fotos de las personas desconocidas.

En la evaluación final se consigue que los indicadores, 1, 2, 3, 4, 5 y 7 los realice siempre. En cambio, los indicadores 6 y 8 habría que seguir trabajando en ellos durante más tiempo para alcanzar el objetivo de la actividad.



4. CONCLUSIÓN

Tras la intervención realizada se observa que en el periodo de seis meses hay una evolución favorable, ya que en todos los indicadores se ha mejorado e incluso se han conseguido los objetivos propuestos.

En cuanto a los objetivos específicos de la intervención, se ha conseguido totalmente mejorar las habilidades sociales del saludo y despedida, aumentar la capacidad de abrazar, acariciar y besar a personas conocidas y desconocidas y estimular la adquisición de nuevas palabras de uso diario.

En cambio, los objetivos de trabajar las emociones primarias, la expresión corporal, aprender a respetar el turno y las reglas de un juego se han conseguido parcialmente ya que por ejemplo en la expresión corporal de las emociones y en el de respetar el turno lo hace de manera ocasional. Para conseguir cumplir estos objetivos por completo, se debería continuar la intervención ampliando el periodo de tiempo o modificando las actividades por otras más específicas.

Cabe destacar que el buen funcionamiento que ha llevado el equipo multidisciplinar y la participación activa del entorno más cercano ha sido de vital importancia para conseguir que la intervención tenga mayor éxito.

Por tanto, se concluye que el objetivo general de la intervención, que consistía en favorecer la interacción del usuario con su familia y su entorno de iguales se ha conseguido, obteniendo así una mayor independencia del usuario y una mejora en sus relaciones sociales.

5. LINEAS FUTURAS DE INTERVENCIÓN

Una vez realizada la evaluación final, se observa que no todos los objetivos se han cumplido por completo y por ello se determina que se debería realizar una nueva intervención en la cual se busque alcanzarlos y a la vez trabajar en otras áreas; por ejemplo, la motora ya que la hemiplejía producida por su patología sería importante trabajarla para que utilice de la misma manera ambos lados perfeccionando a la vez la motricidad fina y gruesa.

Además, se realizará una nueva programación con actividades en las que el usuario tenga que participar en juegos donde haya que respetar las reglas y a su vez utilizar el lado derecho.

Aunque esta intervención haya finalizado, se seguirá manteniendo un contacto periódico tanto con la familia como con el usuario para conocer su evolución y saber si en algún momento va a requerir de una nueva intervención.

6. BIBLIOGRAFÍA

- (1) Parálisis Cerebral Infantil [Internet]. Centros de Daño Cerebral de Hospitales Nisa. 2015 [Acceso el 2 de marzo de 2018]. Disponible en: <https://www.neurorhb.com/paralisis-cerebral-infantil/>
- (2) Póo Argüelles P. Parálisis cerebral infantil [Internet]. Barcelona: Asociación Española de Pediatría; 2008 [Acceso el 7 de marzo de 2018]. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/36-pci.pdf>
- (3) CDIAT [Internet]. Apsa asociación. 1984 [Acceso el 4 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.asociacionapsa.com/servicios/etapa-educativa/cdiat>
- (4) Ávila Álvarez A, Martínez Piédrola R, Matilla Mora R, Máximo Bocanegra M, Méndez Méndez B, Talavera Valverde MA et al. Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y proceso. 2da Edición [traducción]. www.terapia-ocupacional.com [portal en internet]. 2010 [10/03/2018]; [85p]. Disponible en <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf> Traducido de: American Occupational Therapy Association (2008). Occupational therapy practice framework: Domain and process (2nd ed.)
- (5) Kielhofner G. Modelo de Ocupación Humana. Teoría y aplicación. 4th ed. Buenos Aires: Editorial médica Panamericana; 2011.
- (6) Bluma S, Shearer M, Frohman A, Hilliard J. Guía Portage de Educación Preescolar. Portage; 1978.

Páginas de interés

<http://www.fundacionfuenteagria.org/Web/contenido/atencion-temprana>

<http://www.apaceburgos.com/>

http://www.plenainclusion.org/que_hacemos

Relación de imágenes

Todas las imágenes son sin filtrar por licencia:

[Imagen 1](#)

[Imagen 2](#)

[Imagen 3](#)

[Imagen 4](#)

[Imagen 5](#)

[Imagen 6](#)

[Imagen 7](#)