



Universidad de Zaragoza
Facultad de Ciencias de la Salud

Grado en Terapia Ocupacional

Curso Académico 2014/ 2015

TRABAJO FIN DE GRADO

“Intervención en guarderías desde Terapia Ocupacional: en niños de 2 a 3 años orientado hacia el desarrollo sensitivo-motor para el correcto Desempeño Ocupacional en las Actividades Básicas de la Vida Diaria.”

Autor/a: Iris Soldevilla Foj

Director 1. Manuel Lozano Bueno

ÍNDICE

Resumen/Abstract	3
Introducción	5
Intervención desde Terapia Ocupacional	9
Modelos/Marcos conceptuales	9
Objetivos	12
Metodología	13
Perfil de población a la que se dirige	14
Pasos del programa	14
Enfoques de intervención	16
Desarrollo	
Resultados esperados en la evaluación inicial	17
Acciones/actuaciones del programa	18
Espacios y materiales necesarios	20
Evaluación del programa y resultados	20
Conclusiones	22
Bibliografía	25
Anexos	29

RESUMEN

Este trabajo versa sobre un plan de intervención dirigido a un grupo de niños de 2-3 años de una guardería, sin aparente retraso en el desarrollo psicomotor. Pretende incluir la Terapia Ocupacional para potenciar las habilidades y las destrezas necesarias para un correcto desempeño de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), y tratar de detectar precozmente cualquier indicio de retraso psicomotor.

Se plantearán diferentes actividades para conseguir los objetivos propuestos para capacitar al niño en su autonomía personal de la vida diaria, esto lo llevaremos a cabo siguiendo una visión global del funcionamiento del niño.

La intervención comenzaría con una evaluación inicial de los niños y reuniéndonos con la profesora y a posteriori realizar la intervención. Finalmente se reevaluaría a los niños para apreciar los resultados concluidos.

Con este programa se espera que todos los niños al finalizar el curso hayan conseguido los hitos del desarrollo correspondientes para su edad, y tengan un correcto desempeño en las áreas de ocupacional (aseo, vestido y alimentación)

Las conclusiones de este plan de intervención serían que la Terapia Ocupacional en Atención Temprana tiene efectos positivos beneficiosos, además servirá para prevenir y/o evitar posibles déficits en el desarrollo psicomotor y potenciar el desempeño ocupacional del niño.

Palabras clave: Terapia ocupacional, desarrollo psicomotor, AVD's, atención temprana.

ABSTRACT

This work focuses on an intervention plan aimed at a group of children from a nursery from two to three years old without apparent delay in psychomotor development. It is intended to include Occupational Therapy to enhance the skills and the abilities necessary for a correct performance of the basic activities of daily living (ABVD), and try to detect any early signs of psychomotor retardation.

I am going to raise different activities to achieve the proposed objectives and thus enable the child in his personal autonomy in daily living, that carry out following an overview of the functioning of the child.

The intervention would begin with an initial assessment of children and meeting with the teacher and later make the intervention. Finally reassess children to assess the results concluded.

With this program it is expected that all children at the end of the course have achieve development milestones for their ages and have a correct in occupational areas (grooming, dressing and eating)

Conclusions of this intervention plan that would Occupational Therapy in early intervention has positive beneficial effects also it serves to prevent possible deficits in psychomotor development and enhance on the occupational performance of the child.

Keywords: Occupational Therapy, psychomotor development, AVD's, early attention

INTRODUCCIÓN:

Diversos estudios longitudinales han encontrado efectos positivos de la Atención Temprana (AT) a largo plazo en niños que han continuado con la escolaridad, sugiriendo que los programas de estimulación precoz y preescolares bien programados pueden tener efectos muy importantes en el futuro (1).

Los primeros años de vida del niño son cruciales para el posterior desarrollo en la edad adulta, estos años están caracterizados por la maduración de las capacidades fundamentales tales como las áreas del lenguaje, sensorial, físicas y psicológicas (2).

En la infancia el sistema nervioso cuenta con una gran plasticidad neuronal, es decir, puede establecer numerosas y nuevas conexiones neuronales en zonas del sistema nervioso central dañadas, por lo que facilitan la recepción y asimilación de las experiencias del niño (3).

Desde la neurología, el Dr. Katona (Instituto Pediátrico de Budapest) fundamenta lo que denomina 'neurohabilitación' o 'rehabilitación temprana' en la plasticidad del cerebro en los primeros meses de vida, en base a la activación y aprovechamiento funcional de todas las estructuras del sistema nervioso central (SNC), que conserven su funcionalidad normal e incluso de aquellas que presentan funciones incompletas en relación con el daño cerebral (4).

El desarrollo del SNC, no puede llegar a su evolución completa si no hay unos estímulos exteriores que provoquen unas reacciones que permitan a esas funciones ponerse en marcha, perfeccionarse y desarrollarse plenamente (3).

Para hacer óptimo este desarrollo es necesaria una AT desde recién nacido hasta los tres años de edad, aunque prorrogable hasta los seis años, ya que a partir de aquí, las interconexiones neuronales del cerebro ya están establecidas y los mecanismos de aprendizaje son más semejantes a los de un adulto (2)(5).

El libro blanco de la Atención Temprana nos dice que: "Se entiende por Atención Temprana el conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos" (2).

Alegret afirma que "El hecho de proporcionar las condiciones óptimas a los niños/as para que reciban la ayuda más eficaz desde el primer momento, con la finalidad de alcanzar su propia autonomía e integración, justifica la importancia y la necesidad de la Estimulación Infantil o Atención Temprana" (6).

Por lo tanto, todo lo que rodea al niño, le enriquece, y el aumento de una estimulación adecuada facilita y potencia su desarrollo y proporciona al niño unos pilares básicos de su aprendizaje (3).

Desde AT es importante abordar las siguientes áreas: desarrollo psicomotor y autonomía personal, desarrollo de la relación con el entorno social y físico y desarrollo de la comunicación y el lenguaje. Desde la Terapia Ocupacional (TO) nos vamos a centrar más en el desarrollo psicomotor y autonomía personal en las Actividades de la Vida Diaria (AVDs) del niño de dos a tres años (2).

Según el libro blanco de AT: "El desarrollo es el proceso dinámico de interacción entre el organismo y el medio que da como resultado la maduración orgánica y funcional del sistema nervioso, el desarrollo de funciones psíquicas y la estructuración de la personalidad" (2).

Todos los niños son diferentes, no solo en sus rasgos genéticos, faciales o corporales, sino también en su propio ritmo de crecimiento y de desarrollo. Pero dentro de la diversidad existen unos patrones/hitos comunes en la cronología del desarrollo, calificados como "normales" (Anexo I), esto nos permitirá establecer una diferenciación clara respecto a las manifestaciones de una patología infantil, que no puede ser confundida con las limitaciones que para cada edad imprime el desarrollo mismo. Como consecuencia de ello, la realización de una evaluación del desarrollo es condición imprescindible para la intervención del profesional en cualquiera de los campos posibles (7)(8).

El desarrollo del niño no se trata de hechos aislados que van apareciendo, sino que van apareciendo en una secuencia específica y predeterminada. Esto es muy importante tenerlo presente cuando nos encontramos con niños que presentan retraso en el desarrollo, en que el manejo del mismo debe comenzar en la etapa en que se quedó estancado, independientemente de la edad que tenga (3).

La evolución de los niños con retraso en el desarrollo dependerá del momento de la detección y el tiempo que tarde en recibir AT. Cuanto menor sea el tiempo de privación de los estímulos, mejor aprovechamiento habrá de la plasticidad cerebral y potencialmente menor será el retraso (9).

El retraso psicomotor global, afecta tanto a las adquisiciones motrices (finas y gruesas) como a las destrezas y habilidades para comunicarse (lenguaje), resolver problemas, interacción social... El retraso puede verse afectado en un área específica o en varias. En niños de 2-3 años, la capacidad de aprender nuevas habilidades y la comprensión de los conceptos es muy importante, por eso haremos hincapié en esta área para controlar que no haya ningún retraso en el desarrollo (10).

Para potenciar la autonomía y la independencia de los niños, debemos intervenir sobre las AVD, desde una visión global del funcionamiento del niño. La participación del niño en las AVD tiene múltiples beneficios sobre el desarrollo de sus habilidades (6).

Según la terapeuta Gloriana Fernández, por medio de TO se pretende detectar las diversas necesidades del niño con el fin de proporcionar un tratamiento temprano a través de actividades terapéuticas y de este modo maximizar su potencial en el hogar, la escuela y durante el juego. Este servicio tiene como objetivo primordial brindar a los niños una mejor calidad de vida (11).

Las características que debe mostrar una actividad según dicha terapeuta, son las siguientes: habilidades motoras gruesa y motoras fina, postura, tono muscular y equilibrio, esquema y conciencia corporal, escritura y coordinación viso-motora, habilidades viso-espaciales, integración sensorial y praxis, atención y concentración (11).

Papalia, Olds y Feldman afirman que el juego es el área ocupacional más importante el niño, esta área es la más frecuente para la intervención desde TO. Los diferentes materiales y juguetes empleados en la intervención ayudan a los niños a

dar sentido al mundo que le rodea, esta manipulación de juguetes crea experiencias sensoriales y motoras (12).

Los TOs apoyan y promueven el desarrollo de los niños pequeños y de sus familiares u otros cuidadores, en las rutinas cotidianas (jugar, dormir, AVDs y participación social) (13).

La intervención del Terapeuta Ocupacional en Atención Temprana favorece la adquisición de habilidades y destrezas motoras, perceptivo-cognitivas y socio-afectivas del niños a través del juego para lograr un desarrollo equilibrado. Se concibe al niño como un ser global donde todas sus áreas del desempeño están íntimamente interrelacionados (1)(14). El objetivo del TO se dirige a detectar y posteriormente abordar los déficits en los componentes motrices, perceptivo-sensoriales, cognitivos, psicológicos y sociales que de alguna manera puedan afectar al desempeño normal del niño y proporcionar las actividades adecuadas para promover un desarrollo normal y/o prevenir futuras dificultades (6)(11).

La TO no se centra en el uso exclusivo y único de un modelo, sino que se hace de forma conjunta dependiendo de las necesidades de cada usuario. Los **modelos utilizados** serían:

- Modelo de Ocupación Humana (**MOHO**), ya que trabajaremos sobre los intereses y las motivaciones que los niños tengan. El MOHO permite entender cómo el juego entre la volición del niño, sus hábitos y rutinas, sus capacidades y el ambiente en el que vive facilitan o limitan la participación en ocupaciones (15)(16)

- Marco de referencia adoptado por la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (**AOTA**), se pretende apoyar la salud y la participación en la vida de los niños a través del compromiso con la ocupación. Este marco involucra examinar las habilidades de los niños para llevar a cabo sus actividades diarias. Haremos hincapié en las áreas de ocupación: AVD, educación, juego y participación social. Desempeño ocupacional del niño en las áreas de ocupación (17).
- Modelo **psicomotriz**, mediante la psicomotricidad se estudian las influencias del movimiento sobre los procesos psíquicos. Es necesario un tono, postura y equilibrio adecuado que permita la automatización, praxis y segmentación motriz, que va a facilitar la relación entre el movimiento y la psique o el cuerpo (18).
- Modelo **biomecánico-cinesiológico**: se realiza la actividad, mediante el uso de las isotonías concéntricas y excéntricas, también vemos su aplicación mediante el uso de cadenas abiertas y cerradas. También ponemos en práctica este modelo en todos los movimientos auto-pasivos, en las actividades destinadas a potenciar el músculo, en las que trabajamos la amplitud de la articulación, la estabilidad, la elasticidad del músculo, etc. (17).
- Modelo **neuropsicológico**: se fundamenta en la relación entre los procesos mentales y las estructuras nerviosas. Se planifican actividades según involucren las funciones prerolándicas (lob. Frontal) como pueden ser las actividades destinadas a la programación, las retrorolandicas (occipital,

temporal y parietal) relacionadas con las actividades de praxis ideomotora, ideatoria y constructiva (18).

- Modelo **cognitivo**: de gran importancia, ya que se centra en el desarrollo y estudio de las facultades mentales organizadas según el principio de procesamiento de la información. Las facultades se organizan para la solución de problemas como la actividad ocupacional. Los objetivos de trabajo son: procesos básicos (atención, procesamiento, memoria) y complejos (seriación, clasificación, pensamiento lógico) (18).

OBJETIVOS:

Objetivo general:

El objetivo principal de este trabajo es plantear un plan de intervención abordado desde Terapia Ocupacional dirigido a favorecer el desempeño ocupacional en las Actividades Básicas de la Vida Diaria de niños entre 2 y 3 años, desarrollando las habilidades y destrezas correspondientes a su desarrollo neuropsicomotor.

Objetivos específicos:

- Conseguir progresivamente la mayor autonomía de los niños en las actividades básicas de la vida diaria.
- Desarrollar al máximo las capacidades cognitivas y motrices (fina y gruesa) que correspondan con los hitos del desarrollo en dicha edad.
- Estimular las funciones superiores y destrezas de comunicación fomentando un aumento de las habilidades sociales.
- Detectar precozmente posibles estados no deseados en el desarrollo neuropsicomotor de los niños que puedan afectar posteriormente en la vida diaria de estos.

METODOLOGÍA

La recogida de datos se llevó a cabo a través de una profunda búsqueda en distintas bases de datos. Como Dialnet, Pubmed, Isoc y Google académico, donde se utilizaron diversas palabras clave para realizar la búsqueda, "terapia ocupacional en educación", "desarrollo psicomotor", "atención temprana" "occupational therapy and pediatrics" "Psychomotor development"

A partir de los resultados obtenidos, se realizó una investigación más profunda, hasta acceder, siempre que ha sido posible a la fuente más primaria. También se ha realizado una búsqueda manual, que se ha llevado a cabo en la Universidad de Zaragoza, a través de su biblioteca, tanto real como virtual. Han sido consultadas revistas como: Revista de Terapia Ocupacional Galicia (TOG) y Revista informativa de la Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales.

Por otro lado, se recopiló información de libros relacionados con el tema en cuestión.

También hubo una gran búsqueda bibliográfica de otros artículos y tesis publicados en internet.

En el proceso de recogida de información se fue detectando las necesidades ocupacionales del grupo de usuarios destinados para este programa de intervención. Para la realización del plan de intervención es preciso conocer bien las áreas del desempeño de los niños en dicha edad y el papel que desempeñaría el terapeuta, por eso, conjuntamente se buscó información tanto de educación infantil como de terapia ocupacional en educación y pediatría.

Perfil de la población a la que se dirige el programa:

El plan de intervención va destinado a:

- Un grupo de 10 niños en educación infantil entre 2 y 3 años, los cuales no tienen, aparentemente, ningún retraso en el desarrollo neuropsicomotor.
- Familiares o cuidadores de dichos niños.

Se plantearán diferentes actividades motoras y cognitivas para evaluar las destrezas y habilidades que tienen los niños para el correcto desempeño de las ABVD, así como en lo social y afectivo, con lo que se pretende prevenir cualquier indicio de retraso en alguno de los hitos del desarrollo esperados para los niños de dicha edad. También se pautarán unas recomendaciones para llevar a cabo en el ámbito familiar para padres o cuidadores de los niños.

Este plan de intervención está pensado para llevarlo a cabo en una guardería de un pueblo pequeño, aunque se podría trasladar a posteriori a otros centros escolares.

Pasos del programa:

Se hará una reunión inicial con la profesora de la clase, para comentar con ella todo lo relacionado con el desarrollo de los niños. Estas reuniones se harán cada mes.

Se llevarán a cabo 2 sesiones a la semana (40-45 minutos cada sesión), durante los últimos 5 meses, antes de pasar al centro escolar, lo que suma un total de 40 sesiones.

Primero se realizará una evaluación inicial a los niños, pasaremos la Escala de aptitudes y psicomotricidad para niños de McCarthy a cada niño individualmente para evaluar las diferentes áreas del desarrollo. Aquí ya podremos identificar si existen problemas en el desarrollo neuropsicomotor del niño que puedan ser

significativos para el día a día y que afecten a su vida diaria. También evaluaremos a cada niño con la Escala para medir el desarrollo psicomotor de la primera infancia de Brunet-Lezine, que nos permitirá obtener una edad de desarrollo y un cociente de desarrollo global del niño. También sería recomendable pasar la Escala del juego preescolar (revisada susan Knox, 1997), la cual, evalúa el desarrollo del comportamiento del juego, para determinar la edad del juego del niño y su perfil, utilizada para identificar áreas de interés, determinar la efectividad del plan de intervención y evaluar a los niños que no pueden cooperar con pruebas estandarizadas.

La información recogida por el terapeuta ocupacional se pondrá en común con la profesora.

La intervención desde terapia ocupacional será en un principio grupal, pero si se detecta déficit en el desarrollo neuropsicomotor del niño, se comunicaría a los padres o allegados y se realizarán sesiones individuales, siempre que tengamos el consentimiento informado de la familia.

Las sesiones estarán divididas en las diferentes áreas del desempeño de los niños: habilidades y destrezas motoras, perceptivo-cognitivas y socio-afectivas. Se realizaran también sesiones de "autonomía personal". Primero serán actividades exitosas para los usuarios para potenciar la motivación y posteriormente se pasará a actividades de mayor dificultad.

La intervención grupal durará 5 meses, con 2 sesiones a la semana. Una vez acabada la intervención se valoraran los resultados volviendo a pasar las escalas de la evaluación inicial. La intervención individual (si es que tiene que haber), continuará hasta que sea preciso.

Durante el plan de intervención se hará una reunión a los padres de los usuarios para darles unas pautas a seguir en el entorno familiar relacionadas con las actividades básicas e instrumentales de los niños, ya que es necesario un trabajo posterior de los padres hacia los hijos para la adquisición de hábitos y potenciar la conducta deseada en el niño. En estas reuniones daremos la oportunidad a los padres para poder comentar, en privado o en grupo, posibles dudas o dificultades que tengan que ver con el comportamiento del niño en el ámbito familiar.

Los **enfoques de intervención** basándonos en el Marco de Trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional que se utilizan son:

- Enfoque de **promover**: es importante proveer entornos y experiencias de actividades enriquecedoras que mejoren el desempeño de los niños en los ámbitos naturales de vida. Incluye destrezas de ejecución, patrones de ejecución, contextos o entorno físico, demandas de la actividad y características del cliente (17).
- Enfoque de **prevenir**: Es importante para prevenir evitar que surjan o se desarrollen barreras que limiten la ocupación en los ámbitos. Las actividades pueden dirigirse a quienes están o no en riesgo de problemas en su desempeño ocupacional (17).

DESARROLLO:

Resultados de la evaluación inicial

Los problemas en el desarrollo neuropsicomotor que pueden tener los niños entre 2 y 3 años y las consecuencias relacionadas con las actividades básicas de la vida diaria a las que tenemos que prestar especial atención son las siguientes:

Áreas	Posibles problemas
Motricidad Fina	No construye torres de 4-7 cubos. No manipula objetos pequeños. No es capaz de desenroscar un tapón. No realiza trazos sencillos. No sostiene un lápiz con la mano.
Motricidad Gruesa	No camina con destreza. No sube ni baja las escaleras solo. No chula la pelota. Le cuesta mucho sostenerse a la pata coja. Es torpe en habilidades como correr, saltar, trepar, bailar... Caídas frecuentes
Lenguaje	Las palabras que dice no equivalen con la edad que tiene. Vocabulario pobre y escaso. No entiende conceptos sencillos (frio, calor, alto...)
Cognitivo	No construye puzles de 2 piezas. No entiende órdenes complejas. No presta atención ni interés por lo de su alrededor. Se encuentra distraído. Le cuesta distinguir algunas propiedades de los objetos. No sabe qué hacer con objetos comunes (peine, vaso...)
Social	No realiza juego imaginativo. No juega en grupo ni presta atención a sus iguales.
Esquema corporal	Reconoce pocas partes del cuerpo humano (centrado en él o en un mural).
Vestido	No selecciona ropa adecuada. No se pone el abrigo ni la bata. Precisa demasiada ayuda en el vestido y desvestido. . No sabe ponerse los zapatos, aunque sea en el pie equivocado.

Alimentación	Reacciona mal ante diferentes texturas de los alimentos. No utiliza correctamente los cubiertos (cuchara y tenedor). Bebe en taza o en vaso con ayuda.
Aseo	No se lava ni se seca las manos. No indica necesidad de ir al lavabo. No inicia control de esfínteres diurnos.

Tabla 1: Indicadores de problemas y/o déficits en el desarrollo psicomotor de niños (2-3 años).

(19)(20)(21)(22)

Por lo tanto, si observamos alguno de estos patrones en el desarrollo del niño, podremos empezar a sospechar sobre alguna limitación en el desempeño ocupacional en las diferentes áreas.

Si por el contrario ningún niño presentara ningún mínimo retraso o déficit en el desarrollo, se aumentaría/potenciaría la autonomía personal de cada niño y perfeccionaríamos las habilidades y destrezas.

Acciones/Actuaciones del programa

Intervención individual:

El terapeuta ocupacional se reunirá con el niño, se utilizarán los resultados de las escalas pasadas inicialmente para establecer un plan de tratamiento individualizado, centrándonos en las áreas del desempeño donde se aprecie algún déficit. Los objetivos que perseguiremos estarán relacionados con los objetivos específicos del programa.

Cada sesión durará entre 35-40 minutos. Las sesiones estarán incluidas en horario de guardería, siempre con el consentimiento informado de los padres.

Intervención grupal:

Las actividades que se llevarán a cabo en el programa de intervención serán encaminadas a conseguir los objetivos propuestos.

En cada sesión se tratará un área diferente del desarrollo neuropsicomotor de los niños, para que progresivamente los niños aumenten y mejoren sus habilidades y destrezas para el desempeño ocupacional en las ABVD (vestido, aseo y alimentación).

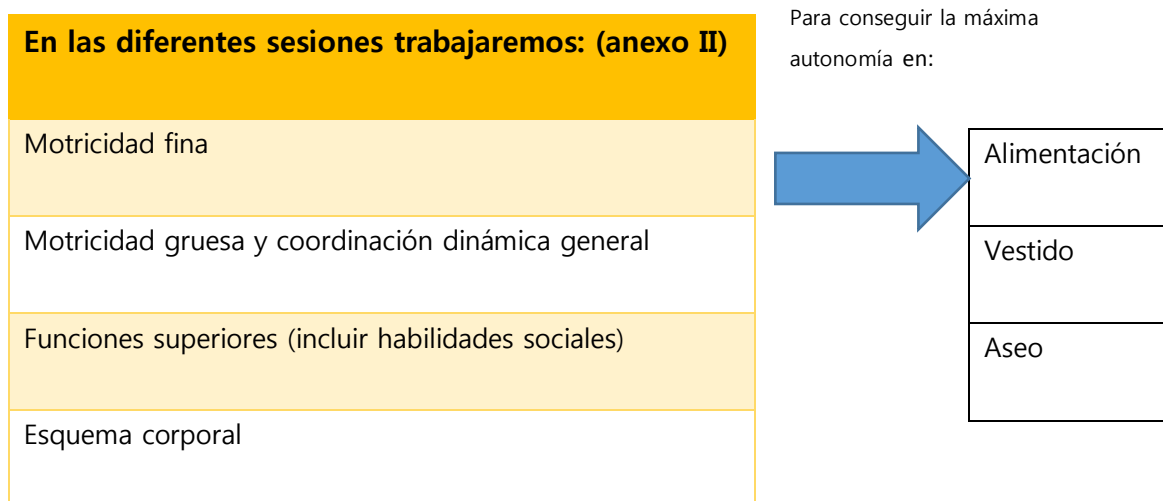


Tabla 2: Áreas que trabajaremos durante el plan de intervención, para posteriormente conseguir la máxima autonomía e independencia del niño en las AVDs (alimentación, vestido y aseo)

Durante las sesiones podrá estar la profesora de los niños como apoyo para el terapeuta ocupacional. Cada sesión se realizará con los 10 niños del aula.

Definición de espacio y materiales necesarios:

Despacho de Terapia Ocupacional:

Se necesitará una sala no muy grande, amueblada con un escritorio con sillas a ambos lados, y una mesa pequeña con sillas pequeñas para cuando se realice la evaluación a los usuarios. Se tendrá que contar con un ordenador y al menos un armario o estantería.

Sala de Terapia Ocupacional:

Las sesiones grupales de terapia ocupacional se llevarán a cabo en el aula habitual de los niños, aunque también se realizarán en el patio.

Los materiales necesarios para el adecuado desarrollo de las sesiones dependerá del área a trabajar: aros, picas, cuerdas, plastilina, diferentes texturas, variedad de alimentos, murales, dibujos, cubiertos (tenedor y chuchara)...

EVALUACIÓN DEL PROGRAMA y RESULTADOS

Para observar los cambios conseguidos a lo largo del proceso de TO, se utilizarán los instrumentos de evaluación descritos en el Anexo III (24)(25). Estas escalas las pasaremos al inicio de la intervención. Al final se re-evaluará el programa realizado a través de escalas de Brunet-Lezine, para volver a obtener la edad de desarrollo global del niño después de la intervención y ver si ha mejorado o no. También valoraremos individualmente al niño a través de la escala de aptitudes y psicomotricidad para niños de McCarthy, donde observaremos si ha habido mejoría en las áreas: perceptivo-manipulativa, verbal, numérica, de memoria, cognitiva (razonamiento), y motricidad (fina y gruesa)

Para poder pasar las escalas se acordará con la profesora de los niños un día concreto para cada niño, ya que tienen que ser individuales. Se realizará también un seguimiento y evaluación continuada de los niños. En cada sesión se observarán a los niños en su desempeño de la actividad lúdica relacionada con el área que se esté trabajando y se apuntarán en el cuaderno de registros las evoluciones o dificultades que tenga cada niño.

Durante el juego debemos observar: observaremos las habilidades del juego durante éste y durante las actividades de cuidado; se prestará atención a las habilidades para comunicar sus necesidades y deseos a través del lenguaje y medios no verbales y su capacidad de cumplir instrucciones simples; observaremos también sus habilidades para jugar e interactuar con los pares y jugar solo; habrá que notar los comportamientos de apego y la habilidad para separarse de los padres; y observaremos el uso funcional de las extremidades superiores para jugar (20).

Esta intervención se podrá considerar exitosa si pasado los 5 meses de intervención se han cumplido los objetivos marcados anteriormente. Si no es así, tendremos que re-evaluar el programa de intervención llevado a cabo.

Evaluación de la satisfacción:

Se podrá llevar a cabo, al finalizar la intervención, una encuesta de satisfacción dirigida a los padres de los niños que hayan participado en el programa. Dicha entrevista nos proporcionará más información sobre los logros o fracasos conseguidos durante estos meses. Además nos servirá para contrastar diversas opiniones y mejorar en programas posteriores. La encuesta de satisfacción que pasaremos a los padres irá relacionada con el plan de intervención, por lo que, no

existe una escala estandarizada para este programa en concreto, entonces tendría que ser realizada por el TO. No tendría validez como tal, sino que les serviría al TO y a la profesora en todo caso, como orientación.

CONCLUSIONES:

Los **resultados que se esperan** en el programa de intervención:

Después de los 5 meses de intervención, se espera que los resultados obtenidos en las valoraciones del inicio hayan variado positivamente, y que los niños no tengan problemas en ninguna de las áreas del desempeño ocupacional relacionadas con las ABVS. Se pretende conseguir mejoras importantes en el desempeño ocupacional del niño a través del enfoque ocupacional.

Se espera haber potenciado y entrenado las habilidades y destrezas necesarias para que los niños no presenten dificultades en ninguna de las diferentes áreas de desempeño. Y además estén totalmente preparados para el paso de guardería/jardín de infancia a la etapa de preescolar.

Tras la revisión bibliográfica realizada, observamos que el tratamiento en la primera infancia desde terapia ocupacional no se lleva a cabo en niños sin ningún problema asociado, solo son derivados a terapia ocupacional cuando cursan con alguna limitación, en mi opinión, no tiene porque a ver limitación en el desempeño ocupacional del niño, sino que es beneficioso para ellos una buena estimulación temprana que les ayude a adquirir completamente todos los hitos del desarrollo, y así pasar a los centros escolares con las habilidades y destrezas necesarias que les capaciten para afrontar esta nueva etapa escolar correctamente, y sin ningún déficit ni limitación.

Después de la **revisión bibliográfica** podemos concluir que:

- Evaluar el desarrollo de los niños en edades tempranas nos ayuda a detectar problemas en el desarrollo psicomotor normal. Permite delimitar problemas de aprendizaje y sociales y hacer un buen diagnóstico y plan de intervención precozmente.
- El TO en guarderías permite introducir los mecanismos necesarios de compensación, eliminación de barreras y adaptaciones a necesidades específicas de cada usuario.
- La figura del TO en guarderías evita o reduce la aparición de posibles retrasos en el desarrollo psicomotor de los niños.
- La función del TO en guarderías, se basa fundamentalmente en incrementar la autonomía del niño en las diferentes áreas y mejorar el desarrollo de los niños que presentan dificultades.

Nos encontramos **limitaciones** a nivel de evidencias de otros trabajos en España, no hay estudios relevantes sobre la TO en guarderías. En otros países como en Chile, hay más estudios que verifican la importancia del TO en jardines de infancia. Al no haber bibliografía al respecto de TO relacionada con guarderías se hace difícil la comparación científica completa. También tenemos limitación en la utilización de las escalas pertinentes, ya que, se debe pedir consentimiento a los autores para ser utilizadas.

Esta intervención es propia de TO porque abarca el campo de las ABVD, lo que los profesores de guardería, no especializados, carecen de conocimientos sobre los patrones, habilidades y destrezas para desempeñar estas actividades.

En mi opinión, el TO hace un buen papel profesional en guarderías, ya que potencia la adquisición de capacidades del niño y lo beneficia en el posterior desarrollo ocupacional en las ABVD.

Los maestros infantiles tienen que estimular conjuntamente con el TO todas las áreas de funcionamiento del niño, para que el progreso de dicho niño sea mayor.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lazar I, Darlington R, Murray H, Snipper A. Lasting effects of early education: A report from the consortium for longitudinal studies. Monograph. Soc Res Child Dev. 1982; 47: 2-3.
2. Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT). Libro Blanco de la Atención Temprana. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad. 2005 [acceso 12 de Febrero de 2015]
Disponible en: http://www.sis.net/docs/ficheros/200510100001_24_0.pdf
3. Castaño J. "Plasticidad neuronal y bases científicas de la neurohabilitación." Suplementos de Revista de Neurología 34. 2002; Supl 1: 130-135.
4. Mulas F, Millá MG. La atención temprana. Qué es y para qué sirve. Summa Neurológica; 2002.
5. Garrigo Eguizábal M, Rodríguez Ruiz A, Rodríguez Ruiz R, Sánchez Rodríguez A. Guía de Atención Temprana. Equipo de Atención Temprana de la Rioja [sede Web]*. La Rioja: [acceso el 10 de Enero de 2015]. Disponible en: <http://orientacion.educa.aragon.es/Gu%C3%ADa%20ni%C3%B1o%200%20a%203%20a%C3%B1os%20La%20Rioja.pdf>
6. Alegret, R. et al. Influencia de la Estimulación Precoz en el bebé hospitalizado. Psicomotricidad. Rev de Estudios y Experiencias. 1994; 46: 56-67.
7. Ramírez-Salazar JM, Parra Domínguez ML. Estimulación temprana en niños menores de 2 años en la ciudad de Durango. Revista Conamed [revista en Internet]* 2010 [acceso el 20 de Marzo de 2015]; 15 (1): 30-34. Disponible en:

<file:///C:/Users/iris/Downloads/Dialnet->

[EstimulacionTempranaEnNinosMenoresDe2AnosEnLaCiuda-3641140.pdf](#)

8. Cabezuelo Huerta G, Frontera Izquierdo P. El desarrollo psicomotor. Desde la infancia hasta la adolescencia. Vol. 187. Madrid: Narcea Ediciones; 2010.
9. Tfg: Tejero Segarra J. Plan de intervención: intervención desde terapia ocupacional en las ABVD's en la infancia. Caso único [Trabajo fin de grado]. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 2013 [citado 20 mar 2015]. Disponible en: <https://zagan.unizar.es/record/11834?ln=es>
10. Lorina. Cognitive Development for Toddlers 2-3 Year Olds [sede Web]*. [actualizada el 5 de Enero de 2015; acceso el 5 de Marzo de 2015]. Disponible en: <http://aussiechildcarenetwork.com.au/articles>
11. Desarrollando mentes [sede Web]*. Escazú, Costa Rica: Fundación grandes esperanzas; [acceso el 10 de Enero de 2015]. Fernández G. Evaluación en Terapia Ocupacional. Disponible en: <http://www.desarrollandomentes.com/evaluacion/ev-terapiaocupacional.php>
12. Dall'Alba, L., et al., Early Intervention in Children (0e6 Years) with a Rare Developmental Disability: The Occupational Therapy Role, Hong Kong Journal of Occupational Therapy; 2015. [acceso el 19 de Febrero de 2015] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.hkjot.2014.12.001>
13. The American Occupational Therapy Association, Inc. [Sede Web]* [acceso el 26 de Marzo de 2015] Disponible en: <http://www.aota.org/Practice/Children-Youth/Early-Intervention.aspx>

14. Patricia Sanz Valer. "Clase Magistral", Desempeño Ocupacional en Educación. En facultad de Ciencias de la Salud. Actividades para la Independencia Funcional III. Grado de Terapia Ocupacional Universidad de Zaragoza. Curso 2013-2014.
15. Terapia Ocupacional [sede Web]*. Catalpa Ave, Chicago; 2007 [acceso 11 de febrero de 2015]. De Judith AAbelenda. El programa de intervención temprana en el estado de Illinois y las contribuciones del Terapeuta Ocupacional. Disponible en:
http://www.terapiaocupacional.com/articulos/Atencion_temprana_terapia_ocupacional_Judith_Abelenda-2.shtml
16. Slideshare [sede Web]*.Universidad Nacional de Quilmes; Carmen Gloria de las Heras, Rebecca Geist, Gary Kielhofner, Yanling Li [acceso 12 de Enero de 2014]. Cuestionario Volicional. Disponible en:
<http://www.slideshare.net/NataliaLindel/vq-9>
17. 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 [acceso 12 de Enero 2015]; 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.).
18. Gómez Tolón J. Fundamentos metodológicos de la terapia ocupacional. Zaragoza: Mira Editores; 1997.

19. Gómez Tolón, J. Rehabilitación psicomotriz en la atención precoz del niño. Zaragoza: Mira Editores; 1999.
20. Mulligan, Shelley. Terapia ocupacional en pediatría: procesos de evaluación. Ed. Médica Panamericana; 2006.
21. Iceta, A., and M. E. Yoldi. "Desarrollo psicomotor del niño y su valoración en atención primaria." Anales del Sistema Sanitario de Navarra; 2009. Vol. 25.
22. Figueiras, Amira Consuelo, et al. "Manual para la vigilancia del desarrollo infantil en el contexto de AIEPI." Washington: OPS; 2007.
23. Patricia Sanz Valer. "Clase Magistral", Herramientas de evaluación de terapia ocupacional. En facultad de Ciencias de la Salud. Actividades para la Independencia Funcional III. Grado de Terapia Ocupacional Universidad de Zaragoza. Año 2013-2014.
24. García Sánchez FA, Mendieta García P, Castellanos Brazalez P. Evaluación del niño en Atención Temprana. Facultad de Educacion Universidad de Murcia. [sede Web]*. Departamento de investigación. Disponible en:
http://webs.um.es/fags/atenciontemprana/documentos/invest/evalua_nino_at.pdf

ANEXO I

HITOS DEL DESARROLLO NORMAL DEL NIÑO (2-3 AÑOS)

Desarrollo normal de las habilidades para el cuidado personal (20)		
Control de esfínteres	Vestirse	Baño y aseo personal
Desarrolla control de día con pocos accidentes, va al baño independientemente, necesita ayuda para limpiarse y arregla su ropa; necesita recordatorios y pañales por la noche.	Se saca el abrigo y la bata del cole. Se saca los calcetines y los zapatos; se pone la camiseta o abrigo abrochados adelante; puede bajar el cierre o desabrochar botones grandes; requiere asistencia al ponerse el jersey.	Participa activamente en ducharse, pero requiere asistencia. Puede limpiarse la cara con un paño y lavarse las manos en el lavamanos con supervisión; ayuda a cepillarse los dientes; puede resistirse a actividades de limpieza.
Alimentación	Movilidad funcional	Habilidades motoras gruesas
Se envuelve eficiente en usar una cuchara, un tenedor y una taza sin boquilla, con derrame ocasional.	Comienza a interactuar con el equipamiento del patio de juegos necesitando supervisión continuada; necesita asistencia para usar los retretes estándares; corre con mejor coordinación, y puede parar y cambiar la dirección sin caerse.	Aprende a ir en triciclo; disfruta corriendo, saltando y trepando. Se para en un pie por pocos segundos y puede aprender a saltar sobre un pie. Tiene mayor equilibrio.
Destreza motora fina	Habilidades cognitivas	Desarrollo psicosocial y emocional
Se desarrolla la manipulación y puede mover objetos desde la palma de la mano a los dedos sin la ayuda de la otra mano; desarrolla la habilidad de soltar controlada con estabilidad de hombro, codo y muñeca. Apila alrededor de 4 a 7 cubos de 3cm. Copia una línea simple y un círculo, colorea formas grandes; Corta con tijeras. Uso de ambas manos	Identificación de nombres, partes del cuerpo, edad, colores, formas y algunas palabras y números; cuenta hasta diez objetos y puede rotar y seguir contando; desempeño acciones significativas en una secuencia. Dice frases cortas.	Tiene un lenguaje perceptivo adecuado; su vocabulario incluye más de 500 palabras. Respeta su turno, comienza a compartir con sus iguales. Interactúa socialmente en el juego, es tímido con los extraños.; puede seguir reglas simples; puede expresar rabia y frustración. Insiste en desempeñar tareas de autocuidado de forma independiente.

ANEXO II

SESIONES ORIENTADAS A LA MEJORA DE DESTREZAS Y HABILIDADES PARA EL CORRECTO DESEMPEÑO OCUPACIONAL EN ABVS. **Objetivos operativos.**

- Para desarrollar una adecuada **motricidad fina** (pinza bidigital, tridigital, disociación de movimientos...).

Conseguir una integración adecuada de sensaciones táctiles (a través de la plastilina), favorecer la motivación e interés del niño y lograr un desempeño adecuado de la actividad.

- Dominio de la **motricidad gruesa** y **coordinación** dinámica general

Conseguir que complete el circuito de obstáculos: andar sobre una línea, andar hacia delante y hacia detrás, andar sobre la punta de los pies y talones, saltar sobre un pie, saltar fuera y dentro de determinados objetos (aro, cama elástica, línea...)...

- **Esquema corporal**

Conocimiento de todas las partes del cuerpo a través de un mural gigante dibujado el cuerpo humano, los niños tendrán que ir reconociendo las diferentes partes del cuerpo en el mural y también en el propio cuerpo y en el de sus compañeros.

- **Vestido**

Capacidad de vestirse y desvestirse sin ayuda, capacidad de utilizar la ropa adecuada en función del tiempo. Conseguir y/o fomentar la independencia progresiva en el vestido. Reconocer las diferentes prendas de vestir y su uso adecuado. Mejorar la destreza

manipulativa fina y la coordinación óculo-manual para facilitar la apertura y cierre de botones, cremalleras y enganches.

- **Alimentación**

Manejo de utensilios para la alimentación (tenedor y chuchara).

Aprovecharemos la hora del desayuno o la merienda para observar a los niños y adiestrar en el correcto uso de los utensilios.

Aceptación de los alimentos, masticación y deglución, utilización de cubiertos, beber

Conocer los diferentes alimentos, mejorar la destreza manipulativa y la coordinación óculo-manual.

- **Aseo**

Automatizar la secuencia de pasos necesarios para la realización básica de las actividades relacionadas con el baño (cepillarse los dientes, peinarse, lavarse las manos...).

Crear el hábito a lavarse las manos y realizar la tarea lo más independiente posible.

Mejorar la coordinación bimanual.

ANEXO III

Para evaluar las actividades básicas de la vida diaria y el desarrollo psicomotor en estos niños utilizaremos escalas estandarizadas:

- **Escala para medir el desarrollo psicomotor de la primera infancia de Brunet-Lezine**, permite obtener una edad de desarrollo y un cociente de desarrollo global del niño, así como una valoración parcial de la edad de desarrollo y del cociente de desarrollo del niño en cada uno de las áreas exploradas (24).
- **Escala de aptitudes y psicomotricidad para niños de McCarthy**, evalúa las aptitudes cognoscitivas y psicomotoras del niño a través de una serie de tareas de tipo lúdico. Esta escala tendrá que ser adquirida por el terapeuta ocupacional, para poder pasarla (24).

Herramienta estandarizada de juego:

- **Escala del juego preescolar (revisada susan Knox, 1997)**. Es el modelo de comportamiento ocupacional. Evalúa el desarrollo del comportamiento del juego, para determinar la edad del juego del niño y su perfil. Proporciona una tabla de descripción del desarrollo del comportamiento del juego típico según la edad. Utilizado para identificar áreas de interés, determinar la efectividad del plan de intervención y evaluar a los niños que no pueden cooperar con pruebas estandarizadas. Población de 0 a 6 años (23).

- Se podrían utilizar multitud de escalas relacionadas con las diferentes áreas de funcionamiento del niño.