



Elaboración de un programa de intervención.

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ASIGNATURA: Estimulación Temprana

PROFESOR: María Consuelo Sáiz-Manzanares.

DIEZ SIMÓN, ANA OLGA

TERAPIA OCUPACIONAL



INDICE

INTRODUCCIÓN-JUSTIFICACIÓN	2
• DEFINICIÓN	3
• DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	6
2.1 Contexto	6
2.2 Usuarios	7
2.3 Profesionales del Servicio	8
2.4 Tipo de patología o de necesidad de estimulación a la que da respuesta el Programa de Estimulación Temprana.	9
2.5 Ubicación del servicio en la comunidad y materiales	10-12
3. DESCRIPCIÓN DEL CASO	13
4. OBJETIVOS	15
5. FASES, ACCIONES PLANIFICACIÓN TEMPORAL E INTERVENCIÓN	16-21
6. EVALUACIÓN	22
6.1 Instrumentos de evaluación	23
6.2 Fases de evaluación	24
7. ANÁLISIS DE RESULTADOS	25
8. PLANIFICACIÓN DEL SEGUIMIENTO	26
9. INFORME	27
10. CONCLUSIÓN	28
BIBLIOGRAFIA	29-30



INTRODUCCIÓN

El presente trabajo está enfocado en el área sensoriomotor, siguiendo las bases de la Estimulación Temprana desde la Terapia Ocupacional. Está dirigido a favorecer las destrezas motrices que permitan potenciar la independencia del niño, además de aportar conocimientos del desarrollo evolutivo.

Se considera y se pone en marcha una intervención específica a un usuario, indicada a sus necesidades, para después detallar los objetivos planteados en el informe del caso, y se detallaran en él las características. En la actividad realizada se tendrá en cuenta la metodología, las actividades propuestas y la evaluación analizando los resultados obtenidos mediante las diferentes herramientas.

Palabras claves: Encefalopatía-Hipóxica-Isquémica, destrezas motrices, parálisis cerebral y Estimulación Temprana.

JUSTIFICACIÓN

La Terapia Ocupacional aporta sus conocimientos y experiencia a la Atención Temprana, a los usuarios que presentan diversas patologías, siendo necesario desarrollar las diferentes áreas de desarrollo psicomotor, lenguaje, cognitivo y de socialización.

No debemos olvidar, que cada caso tiene unas características propias, como profesionales en Atención Temprana se debe seguir una metodología y unos objetivos en cada intervención. En este caso, con un niño/niña de 2 años y 8 meses, el cual nos apoyamos y trabajamos. La intervención se llevara a cabo de forma gradual y conveniente. Teniendo siempre presente las necesidades de usuario, además de tener unas metas realistas y adaptadas, para poder llevar a cabo un proceso conforme en Estimulación Temprana.

Como futura Terapeuta Ocupacional, conseguir que el niño/niña desarrolle sus capacidades y disfrute con el juego en las sesiones va a ser una meta importante, en la que como profesional se deberá poner el máximo esfuerzo, para llevar a cabo los objetivos planteados.



Este trabajo se va a desarrollar mediante una metodología adecuada, basada en la relación terapéutica, por medio de sesiones con el usuario. A través de las cuales, la función semiótica estará presente mediante la imitación diferida, el juego simbólico, el dibujo y el lenguaje.

Por último, no debemos olvidar la importancia de su entorno como son la familia y la escuela en el tratamiento de Estimulación Temprana, ya que se encuentran alrededor y ejercen una gran influencia en el desarrollo del niño/niña, es importante conseguir un entorno favorable en base a unas óptimas relaciones sociales, para el desarrollo del infante.

1. DEFINICIÓN.

La Encefalopatía-Hipóxica-Isquémica (EHI) es una causa importante de daño neurológico agudo en el recién nacido (RN). Se caracteriza por un deterioro de la capacidad de despertar, además de alteraciones en el tono muscular y en las respuestas motoras en los reflejos, en la capacidad de alimentación, y pueden llegar a tener convulsiones.

La EHI se produce como consecuencia de la falta de oxígeno en el cerebro, bien por Hipoxemia Arterial, por Isquemia Cerebral o como consecuencia de ambos dos. Se producen en los mecanismos patológicos, la Hipoxemia (disminución de la cantidad de oxígeno en la sangre) y la Isquemia (disminución de la perfusión de sangre).¹

Los datos obtenidos en investigaciones previas nos sugieren una mayor importancia de la Isquemia frente a la Hipoxia Cerebral en los efectos sobre el Sistema Nervioso Central (SNC). En el caso de episodio de Hipoxia-Isquemia asociado a la asfixia es suficientemente grave para dañar el cerebro del (RN), éste presenta obligatoriamente en las primeras horas de vida una encefalopatía neonatal, que, por la naturaleza y el momento de su origen, se denomina Encefalopatía Hipóxico-Isquémica (EHI) Perinatal.¹

El grado de Encefalopatía Clínica (EHI) en el periodo neonatal ha sido la principal valoración utilizada para predecir la evolución de los niños con EHI, estudios en los años 70 y 80 del siglo pasado mostraron de forma consistente que la inmensa mayoría de los niños con EHI leve tenían un riesgo muy bajo de presentar alteraciones graves del neurodesarrollo; mientras que los niños con EHI grave casi invariablemente fallecían en



el periodo neonatal o tras el alta, además presentaban alteraciones significativas como parálisis cerebral grave, déficit cognitivo y epilepsia. El pronóstico de los niños con EHI moderado ha sido siempre mucho más variable y difícil de predecir.¹

Los resultados de la EHI neonatal son perceptibles y se van desarrollando en la vida del niño, la introducción del tratamiento con hipotermia ha supuesto una disminución del número de niños que fallecen o que presentan discapacidad grave en el seguimiento, actualmente se considera que este tratamiento se debe ofrecer en nuestro país a todos los niños con EHI moderada o grave. Sin embargo, a pesar de este importante paso, sigue siendo una causa importante de mortalidad y de discapacidad cognitiva y física.¹

Tabla 1. Clasificación de Sarnat de los Estadios Clínicos de la EHI

	Grado I (leve)	Grado II (moderada)	Grado III (severa)
Nivel de conciencia	Hiperalerta e irritable	Letargia	Estupor o coma
Tono muscular	Normal	Hipotonía	Flacidez
Postura	Ligera flexión distal	Fuerte flexión distal	Descerebración
Reflejo de Moro	Hiperreactivo	Débil, incompleto	Ausente
Reflejo succión	Débil	Débil o ausente	Ausente
Función autonómica	Simpática	Parasimpática	Disminuida
Pupilas	Midriasis	Miosis	Posición media
Convulsiones	Ausentes	Frecuentes	Raras
EEG	Normal	Alterado	Anormal
Duración	≤ 24 horas	De 2 a 14 días	Horas a semana

Fuente: Clasificación de Sarnat.

Póo Argüelle, define la Parálisis Cerebral (PC) “como trastornos del desarrollo del movimiento y de la postura, causantes de limitación de la actividad que son atribuidos a una agresión no progresiva sobre un cerebro en desarrollo, en la época fetal o en los primeros años de vida. El trastorno motor de la PC, con frecuencia va acompañado de trastornos sensoriales, cognitivos, de la comunicación, perceptivos y/o de conducta, y/o por epilepsia.”²

La PC es un síndrome que puede ser debido a diferentes etiologías. El conocimiento de los distintos factores que están relacionados con la PC es importante



porque algunos de ellos se pueden prevenir, y pueden ayudar a la detección precoz y producir un seguimiento de los niños con riesgo de presentar esta patología.²

Según Póo Arguelles, la prevalencia global de PC se sitúa aproximadamente entre un 2 y 3 por cada 1000 nacidos vivos.²

Hay tres formas de clasificación, en primer lugar, en función del trastorno motor. En segundo lugar, en función del trastorno motor y la extensión de la afectación. Y en tercer lugar, en función de la movilidad, según GMFCS. ² (Gross Motor Function Classification System)²

En función del trastorno motor predominante y de la extensión de la afectación, es de utilidad para la orientación del tipo de tratamiento así como para el pronóstico evolutivo. En función del trastorno motor y la extensión de la afectación, se clasifica según la gravedad de la afectación leve, moderada, grave o profunda. Y por último, según el nivel funcional de la movilidad: nivel I-V según la GMFCS

En la Parálisis Cerebral Espástica, los niños con PC Espástica forman un grupo heterogéneo, las siguientes formas clínicas de PC son las siguientes:

La Tetraplejía Espástica, es la forma más grave, los pacientes presentan afectación de las cuatro extremidades. En la mayoría de estos niños el aspecto de grave daño cerebral es evidente desde los primeros meses de vida. En esta forma se encuentra una alta incidencia de malformaciones cerebrales, lesiones resultantes de infecciones intrauterinas o lesiones como la encefalomalacia multiquística.²

La Diplejía Espástica, es la forma más frecuente, los pacientes presentan afectación generalmente en las extremidades inferiores. Se relaciona especialmente con la prematuridad. La causa más frecuente es la leucomalacia periventricular.²

La Hemiplejía espástica, existe paresia de un hemicuerpo, casi siempre con mayor compromiso de la extremidad superior. La etiología se supone prenatal en la mayoría de los casos. Las causas más frecuentes cortico-subcorticales de un territorio vascular, displasias corticales o leucomalacia periventricular unilateral.²

Da Cunha Rafaini, P. G., Pacciulio, A. M., Panúncio-Pinto, M. P., y Pfeifer, L. I., los bebés parecen ser especialmente sensibles al tacto en la boca, faz, manos y pies, ya que parecen tener menos sensibilidad en otras áreas del cuerpo. A través de los estímulos



táctiles en las diferentes partes del cuerpo, se favorece al procesamiento sensorial en cuanto a la propiocepción.³

Si es posible, se proporciona al niño el balanceo en los brazos del terapeuta ocupacional, de los padres o cuidadores proporcionando estimulación vestibular y toque, promoviendo mejorar la coordinación, equilibrio, tono muscular.³

En el desarrollo de motor lentificado, se debe de tener en cuenta a la hora de adaptar la sesión, que se produzcan los estímulo correspondientes, con un nivel de intensidad de acuerdo a con la capacidad del bebe para responder a las señales produciéndose calma e interacción.³

2. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO.

2.1 Contexto

En el momento en el que se produce el parto y surge la vida del niño/a entramos en un proceso invariable de desarrollo para el cual nos podemos adaptar, por medio de forma natural o se pueden presentar dificultades en la gestación y/o el nacimiento, con unas consecuencias desfavorables para el infante, las cuales la intervención en Terapia Ocupacional va ser fundamental desde la Estimulación Temprana. Nos corresponde el desarrollo evolutivo, en unas edades comprendidas entre los 0 a 6 años.

El contexto que se tendrá en cuenta es el contexto socio-comunitario está determinada por estas 3 áreas, sanidad, servicios sociales y educación, estas tres áreas, son necesarias para que existe una comunicación de los objetivos puestos en marcha para lograr una coordinación eficaz. Todas nuestras acciones profesionales deben tener como denominador común la integración social del niño.⁴

Los profesionales en la Atención Temprana van a ser determinantes, como pueden ser las Unidades de Neonatología, en las cuales ya se prestan tratamientos novedosos para prevenir y/o minimizar las secuelas patológicas. Desde la Terapia Ocupacional, se pueden establecer objetivos dirigidos hacia una estimulación que favorezcan el desarrollo motor, propioceptivo, vestibular y sensorial. Participando en el cuidado y alimentación, a la vez que se contribuye a mejorar el entorno del neonato, creando unos primeros vínculos afectivos en el niño y la familia, participando en los primeros pasos de estimulación sensorial en todas las áreas de desarrollo.⁵



La Atención Temprana produce importantes efectos a corto plazo en los niños/as de riesgo y en los que nacen con riesgo establecido al prevenir y/o minimizar los retrasos en el desarrollo, nos permite prevenir las discapacidades sobre el desarrollo infantil y favorecer la normalización de los procesos evolutivos. La intervención temprana posibilita ganancias significativas en el dominio de la motricidad voluntaria, en el rendimiento intelectual, en el desarrollo del lenguaje y en el manejo de las habilidades sociales.⁴

2.2 Usuarios

La intervención se va a dirigir desde la Asociación de Padres de Estimulación Temprana (APET), es una asociación sin ánimo de lucro, está formada por familias que se dan a conocer a la sociedad, con hijos que se benefician, para mejorar las capacidades y habilidades con las que trabaja la Estimulación Temprana, para ayudar a mejorar a todo tipo de usuarios.

Se encuentra situada en Burgos, en una zona céntrica de la ciudad, por el momento cuentan con una instalación con varias salas y un jardín interior. Esta registrada en el Registro Civil desde el año 2004, con el número 1.208.

Desde la asociación proporcionan ayuda y asistencia a la población, principalmente a niños/as de edades comprendidas entre 0-6 años y sus familias.

Los servicios que presta la asociación son actividades desarrolladas con profesionales implicados, nuestra asociación ofrece servicios a todas las personas, aunque se precisa aportar la historia actual para evaluación. El objetivo de la asociación es ayudar a los niños/as con discapacidad y/o dificultades de aprendizaje y a sus familias, potenciando una integración social.

Los usuarios son derivados desde las Unidades de Atención Temprana de los Servicios de Salud, Centros privados y estatales, y también a través de los diferentes medios, como son otras Asociaciones y los Servicios Sociales.



2.3 Profesionales del servicio.

El equipo multidisciplinar de la asociación está formado por un terapeuta ocupacional, psicólogo, trabajador social, logopeda, fisioterapeuta, cuidadores y voluntarios.

El Terapeuta Ocupacional trabaja en llevar a cabo actividades en Atención Temprana empleando diferentes adaptaciones y ocupaciones, algunas específicas para el niño/a como pueden ser el juego y actividades de ocio. Esto será positivo, para que disminuya o incluso supere por completo las alteraciones en su desarrollo al ser tratado lo antes posible.

El primer contacto lo realiza con la trabajadora social, para recoger toda la información, para después poner en conocimiento al resto del equipo la información necesaria.

La profesional realiza evaluaciones especializadas e informes con unos objetivos, para ayudar a determinar las intervenciones, la necesidad del tratamiento a seguir según la patología que presente.

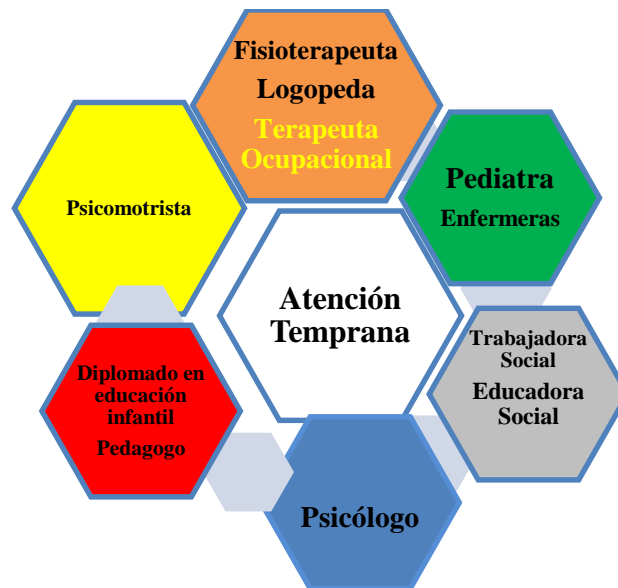
El área de desarrollo desde el cual se va a intervenir es el área a nivel psicomotriz con el cognitivo y sensorial. Se llevaran a cabo reuniones por parte del equipo interdisciplinar, tratando cada una de las intervenciones, después se acordara el horario con cada uno de los profesionales y las familias, teniendo en cuenta que las intervenciones tienen una duración aproximada de 45 minutos.

Las apreciaciones son realizadas por el terapeuta mediante un programa de intervención temprana. Se evaluara en las intervenciones las habilidades motoras gruesas y finas en las actividades de la vida diaria, en habilidades de comunicación y en el juego. Las evaluaciones e intervenciones se centrarán en la amplitud de movimiento, la fuerza, el control motor, el equilibrio, la coordinación, las habilidades funcionales, la resistencia y la movilidad, incluyendo la marcha.

Por último la relación de personas que pueden estar implicadas en Estimulación Temprana, cada una aportando su conocimiento, en el desarrollo evolutivo del niño/niña.



Tabla 2. Diagrama de atención temprana y profesionales.



Fuente: Elaboración propia.

2.4 Tipo de patología o de necesidad de estimulación a la que da respuesta el Programa de Estimulación Temprana.

Los Programas de Estimulación Temprana han mostrado unos beneficios hacia el desarrollo motor, cognitivo y social en niños/as con problemas cognitivos y motrices. Además de una evolución de las diferentes teorías de la Integración Sensorial que hacen de la Terapia Ocupacional, una parte esencial en la Atención Temprana.

Mediante estrategias y herramientas que son puestas en marcha por el/los profesional/es por medio de las sesiones terapéuticas, con los padres y cuidadores como parte esencial en el desarrollo natural.

Los niños que presentan parálisis cerebral y discapacidades físicas, así como (RN) prematuros y niños/niñas con Trastorno del Espectro Autista.



2.5 Ubicación del servicio en la comunidad.

Mediante a los profesionales de la salud como pueden ser matronas y ginecólogos se realizan controles exhaustivos para un desarrollo adecuado del embarazo y parto.

Sin embargo, en un parto suceden cambios muy rápidos que pueden derivar en consecuencias importantes para el resto de la vida del recién nacido, como resulta en el caso que se describe.

Un embarazo de alto riesgo es aquel que tiene más posibilidades de desarrollar complicaciones durante la gestación y el puerperio (después del parto). En estos casos, tanto la mujer como el bebé deben someterse a un control complejo, para evitar posibles riesgos de ambos. La Unidad de Neonatología del hospital, presta los servicios para que el niño realice los ajustes necesarios de adaptación a su nueva vida, el tiempo que precise para su proceso como la ganancia de peso y la alimentación adecuada.

El aumento de la esperanza de los (RN) entre 1.000-1.500 g de peso al nacer, debido a los avances en la medicina neonatal, se ha producido un aumento de riesgo de secuelas neurocognitivas en esta población. Por lo tanto, son derivados a las Unidades de Atención Temprana, atendidos desde los Centros de Salud y Servicios Sociales se informa y asesora sobre los diferentes centros y asociaciones.

Una asociación es un conjunto de personas que se asocian para desarrollar actividades, con un fin social, en este caso favorecer el proceso de desarrollo en los usuarios.

Como cita el Libro Blanco de la Estimulación Temprana⁶, en el organigrama actual de la Administración Pública los ámbitos competentes en materia de Atención Temprana son: Sanidad, Servicios Sociales y Educación. Se debe regular un sistema que sirva de moderador en las relaciones entre estas tres áreas, creando un marco legislativo de carácter estatal y autonómico que establezca la coordinación y la actuación conjunta en favor de la gratuidad y universalización de los Centros de Atención Temprana en todo el territorio del Estado.



MATERIALES PARA ESTIMULACIÓN TEMPRANA.

Los materiales utilizados en las Salas de Estimulación Temprana, tiene que tener unas características propias a su edad y al usuario.

BOLAS.

Las bolas son un recurso terapéutico que pueden ser de diferentes colores, texturas, formas, sonidos y tamaños. Cuyo fin es promover el desarrollo psicomotor ayudando al sistema nervioso central, mediante la estimulación sensorial estimulando el neurodesarrollo de las diferentes estructuras para favorecer una mejor maduración.



Fuente: ONCE

SONAJEROS.

El sonajero es uno de los primeros estímulos sensoriales externos, con los que el bebé van a experimentar y aprender más de ellos y ser uno de los recursos más beneficiosos.

Los sonajeros estimulan sus sentidos, en primer lugar el auditivo, guiando sus movimientos. Les estimula atrayendo su atención y pueden jugar con él, al escondiéndote y haciendo sonar el sonajero para que te busque con los ojos.

También estimula la vista, ya que da la oportunidad de diferenciar colores, esto hace que les atraiga y suelen alargar la mano para poder tocar los diferentes colores, por lo que si tienen diferentes texturas, el sentido del tacto también se empieza a desarrollarse con este tipo de juguetes. Además de tener en cuenta los diferentes materiales como son los de tela, de plástico o de goma, aunque es importante que no sean demasiado duros ya que al principio no controlan los movimientos.



Fuente: ONCE

PLASTILINA

Este material es moldeable, de diferentes colores, su uso se lleva a cabo en preescolar. El trabajo de la plastilina es necesario para una integración sensorial como de psicomotricidad fina. Los beneficios de este material son la atención, la creatividad, motricidad visual-táctil.

Teniendo en cuenta la adaptación táctil, promoviendo la manipulación para fomentar la estimulación sensorial. En cuanto a la psicomotricidad fina, potenciar la mano y los dedos hace que el niño desarrolle su capacidad en el manejo con diferentes objetos y texturas.



Fuente: Estimulación táctil.

MANTITAS DE ACTIVIDADES.

Las mantas para estimulación temprana potencian y favorecen el desarrollo de la pinza, fomentando el agarre, con objetos y dibujos de diferentes colores, tamaños y texturas, esto permite la manipulación y percepción.



Fuente: Mamá Psicóloga Infantil.

3. DESCRIPCIÓN DEL CASO

Edad cronológica actual: 2 años y 8 meses

Historia Clínica:

Embarazo y parto por cesárea, preciso reanimación neonatal

Diagnóstico, encefalopatía-hipóxica-isquémica.

Desarrollo motor lentificado.

Desarrollo actual:

Área de desarrollo psicomotor: tiene un desarrollo aproximado de 11 meses. 21 meses de déficit.

- A nivel de psicomotricidad gruesa: no deambula de forma autónoma, puede levantarse y ponerse de pie con un ligero apoyo, puede caminar si le llevan de la mano. Pero la marcha es incipiente.
- A nivel de psicomotricidad fina: puede coger objetos utilizando fundamentalmente la mano derecha. Tiende a mantener la mano izquierda cerrada.

Área de desarrollo del lenguaje: tiene una edad de desarrollo aproximada de 8 meses. 24 meses de déficit.

Comprensión: presenta una edad de desarrollo aproximada de 19 meses, lo que supone 13 meses de déficit.



- Comprende frases sencillas y contextualizadas. Reconoce a las personas familiares y diferencia propios de extraños. Puede emparejar un objeto con otro. Y reconoce partes de su esquema corporal. •
- Expresión: se expresa mediante expresiones faciales con las que comunica alegría, tristeza y la negativa a través de movimientos espásticos. Puede utilizar gestos para señalar y sonidos vocálicos como “aaa”. Puede expresar claramente el “sí” y el “no” con la mirada, con la cabeza y con movimientos de las manos. Presenta 26 meses de déficit.

Área de desarrollo cognitivo: presenta una edad de desarrollo de 15 meses. 17 meses de déficit.

Al tener afectada la motricidad fina presenta dificultades para la ejecución de algunas tareas. 13

- Respecto del desarrollo del Juego Simbólico obtiene una ED aproximada de 12 meses.
- Explora los juguetes pero no realiza acciones con ellos de forma autónoma si bien cuando el adulto modela y moldea sus acciones el niño puede imitar alguna de ellas.

Área de desarrollo de socialización: tiene una edad de desarrollo aproximada de 12 meses.

Autonomía personal: 20 meses de déficit.

- Puede comer alimentos triturados y semi-triturados algunos de ellos de forma autónoma.
- No tiene control del babeo.
- No tiene control de esfínteres.

Interacción social:

- No tiene problemas de interacción ni con los ni con los adultos ni con el grupo de iguales.



Tabla 3. Áreas de desarrollo en 1-2 años.

1 - 2 AÑOS		
ÁREAS	DESTREZAS	ACTIVIDADES
MOTRIZ	<ul style="list-style-type: none">• Empieza a correr y se sienta en cuclillas.• Maneja pinza simple.	<ul style="list-style-type: none">• Subir, bajar, saltar.• Chutar balón, golpear.• Plastilina, juegos de bloques.
SOCIO - AFECTIVA	<ul style="list-style-type: none">• Expresa emociones con el cuerpo.• Inicia control esfinter.	<ul style="list-style-type: none">• Tocar, saborear, oler, ver y escuchar variedades.• Hábitos: higiene, vestido y alimentación.
LENGUAJE	Hace frases e inicia las preguntas.	<ul style="list-style-type: none">• Ejercicios faciales, soplar, labios y lengua.• Contar cuentos, nombrar cosas y acciones.
COGNITIVA	Aprende explorando motriz y manualmente todo a su alrededor.	<ul style="list-style-type: none">• Rompecabezas, juegos simbólicos, esconder, contar.• Conceptos básicos (alto-bajo).

Fuente: La importancia de la Estimulación Temprana en la etapa Infantil.

4. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Favorecer destrezas de motricidad

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Desarrollar el equilibrio y el control postural.

Desarrollar la deambulación.

Mejorar e integrar la función de la mano izquierda.



5. FASES, ACCIONES PLANIFICACIÓN TEMPORAL

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	PROCEDIMIENTOS COGNITIVOS DE ACTUACIÓN EN LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES	TIEMPOS Y ESPACIOS	MATERIALES	SEGUIMIENTO
<p>1. Mantenerse de pie</p>	<p>-Mantener al niño en posición de bipedestación, con apoyo (por ejemplo de una silla). Con el fin de reforzar el equilibrio.</p> <p>-Se le apoyará los dos brazos en la pared, mientras le hablamos y sonreímos reforzando sus intentos de mantener el equilibrio</p> <p>-Se le apoyará los dos brazos del niño, en la terapeuta ocupacional, mientras le hablamos.</p>	<p>-La sesión se realiza en unos 45 minutos y dos días por semana. En seis meses.</p> <p>-Esta actividad se puede realizar en cualquier espacio, fundamental que la sala sea amplia y luminosa.</p>	<p>-Utilizar sillas y materiales adaptados y estables.</p>	<p>-Valoración en enero 2017</p> <p>-Valoración en marzo 2017</p> <p>-Valoración en junio 2017</p>



CRITERIOS DE EVALUACIÓN	FASES EVOLUTIVAS
1.Mantenerse de pie	<p>-Mantener la posición de bipedestación en los tiempos que el niño responda.</p> <p>-Después, consigue más estabilidad y más tiempo en bipedestación.</p> <p>-En bipedestación de forma más segura mientras se apoya en la pared</p> <p>-Finalmente, consigue la bipedestación de forma autónoma,</p>





CRITERIOS DE EVALUACIÓN	PROCEDIMIENTOS COGNITIVOS DE ACTUACIÓN EN LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES	TIEMPOS Y ESPACIOS	MATERIALES	SEGUIMIENTO
<p>2.Dar pasos</p>	<p>-Se le reforzará el desarrollo en distancias corta.</p> <p>-Para ello colocaremos juguetes que le motiven y tratara de alcanzar.</p> <p>- Reforzando de forma sistemática los primeros pasos.</p> <p>-Dar pasos y nombrar los colores y reforzamos la acción.</p> <p>-Colocar diferentes objetos que le llamen la atención por la sala.</p>	<p>-La sesión se realiza en unos 45 minutos y dos días por semana. En seis meses.</p> <p>-Esta actividad se puede realizar en una sala donde colocamos los materiales adecuados.</p>	<p>-Utilizar juguetes que le motiven y adaptados.</p> <p>-Materiales de diferentes colores y texturas</p>	<p>-Valoración en enero 2017</p> <p>-Valoración en marzo 2017</p> <p>-Valoración en junio 2017</p>



CRITERIOS DE EVALUACIÓN	FASES EVOLUTIVAS
2.Dar pasos	<ul style="list-style-type: none">-Mantener la posición de bipedestación y dar unos pasos.-Da más pasos y con más seguridad, en distancias cortas, mediante ayuda de la terapeuta ocupacional.-Realiza la marcha insegura, sin ayuda.-Finalmente, consigue la marcha de forma autónoma,





CRITERIOS DE EVALUACIÓN	PROCEDIMIENTOS COGNITIVOS DE ACTUACIÓN EN LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES	TIEMPOS Y ESPACIOS	MATERIALES	SEGUIMIENTO
3. Usar el pulgar y el índice como pinza.	<ul style="list-style-type: none">-Abrir y cerrar su mano izquierda sin forzar demasiado.-Realizar bolas de distintos tamaños, con las diferentes texturas de la masa terapéutica.-Cuando el niño sea capaz de llevarlo a cabo las acciones, se le reforzará con elogios.-Dar objetos a las manos de diferentes tamaños.-Utilizar el juego como medio en la ejecución de la actividad.	<ul style="list-style-type: none">-La sesión se realiza en unos 45 minutos.-Una mesa y silla propias para la actividad.	<ul style="list-style-type: none">-Plastilina o masa terapéutica de diferentes colores o bolas de diferentes tamaños y texturas.-	<ul style="list-style-type: none">-Valoración en enero 2017-Valoración en marzo 2017-Valoración en junio 2017



CRITERIOS DE EVALUACIÓN	FASES EVOLUTIVAS
3. Usar el pulgar y el índice como pinza manual.	<ul style="list-style-type: none">-Abre y cierra su mano izquierda.-Utiliza la piza penta-digital, mientras realiza bolas de plastilina-Coge bolas-Utiliza la pinza tridigital para realizar formas con plastilina.-Le resulta difícil realizar la pinza de los dos primeros dedos de su mano izquierda





6. EVALUACIÓN

6,1 Instrumentos de evaluación.

Utilizaremos las siguientes herramientas, como son la Escala de Espasticidad de Ashworth Modificada y la Escala el Desarrollo Psicomotor de la Primera Infancia de Brunet-Lezine. Esto nos va a permitir dirigir y evaluar los pasos de nuestra intervención, mediante los objetivos propuestos.

Escala de Espasticidad de Ashworth Modificada.

La Escala de Ashworth o Escala de Espasticidad, es un instrumento que se utiliza para evaluar la espasticidad muscular de las personas. Refleja una escala clínica de valoración en el tono, su principal valor es que permite medir de forma directa la espasticidad, graduando el tono de 0 (sin aumento de tono) a 4 (extremidad rígida en flexión o extensión).

Este instrumento es utilizado por su fiabilidad, en su versión modificada y por la facilidad de manejar; valoramos tanto la evaluación de la espasticidad de los flexores del codo, como la evaluación de la espasticidad de los flexores plantares.

Escala para medir el Desarrollo Psicomotor de la Primera Infancia de Brunet-Lezine.

Es muy utilizada en todos los campos de actuación, tanto en la evaluación como en la intervención con alumnos con Necesidades Educativas Especiales. Esta herramienta esta creada para ser aplicada en el desarrollo del infante muy temprano, lo que la hace muy útil a la hora de realizar una valoración con alto riesgo de padecer algún retraso en su desarrollo evolutivo y poder así, intervenir lo más tempranamente posible evitando riesgos futuros o mayores complicaciones.

La edad de aplicación de esta escala de desarrollo se encuentra entre los 2 años y 30 meses (2 años y medio).La escala de desarrollo Brunet-Lezine es una escala de uso generalizado en Atención Temprana. Las razones de este uso tan amplio y son diversas de las que podemos destacar las siguientes. Ya que esta escala es una prueba rápida, que necesita poco tiempo de aplicación, lo que la hace conveniente para la corta edad de los niños.



Las 4 áreas de desarrollo se presentan en orden consecutivo y recurrente.

1. Área perceptivo-manipulativa.
2. Área cognitiva.
3. Área del lenguaje.
4. Área social.

Se debe de valorar en cada una de las intervenciones, el área perceptivo-manipulativo, donde se pueden coger objetos utilizando fundamentalmente la mano derecha. Además de que tiende a mantener la mano izquierda cerrada, no deambula de forma autónoma, aunque puede levantarse y ponerse de pie con un ligero apoyo, puede caminar si le llevan de la mano, con una marcha incipiente.

En la primera intervención

Mantenerse de pie.

Mantener la bipedestación con apoyo.

Apoyarse en la pared, con ayuda del terapeuta ocupacional.

Mantener la bipedestación.

En la segunda intervención

Dar pasos

Iniciar la marcha hacia un objeto.

En bipedestación da una serie de pasos.

Realizar la marcha autónoma.

En la tercera intervención

Usar el pulgar y el índice como pinzas para coger un objeto con la mano izquierda.

Abrir y cerrar su mano.

Utilizar la piza penta-digital y tridigital

Realizar la pinza de los dos primeros dedos de su mano izquierda



6.2 Fases de evaluación

- Valoración de la historia previa.

Por medio del historial del usuario, nos centramos en su patología, en los informes médicos, psicológicos y/o sociales.

- Evaluación del usuario.

Nos preparamos para una evaluación de las habilidades del niño/niña y aprovechando la observación de su juego espontáneo como medida importante de evaluación.

Utilizar las escalas e instrumentos para valorar el desarrollo evolutivo.

- Entrevistar a la familia.

La información de las figuras de apego es imprescindible para llevar a cabo unos objetivos en la intervención, así como, de un consenso para las actividades a realizar con el niño/niña.

- Evaluación del equipo interdisciplinar.

Los informes del equipo de la unidad, nos van a orientar acerca de las estrategias de intervención, en nuestras actividades y desde un enfoque global.

- Plan de intervención.

Implementar las actividades propuestas para el desarrollo evolutivo en Atención Temprana.

- Evaluación

En el desarrollo del proceso de intervención se realizan tres evaluaciones, en la primera, previa al diseño del programa con información aportada de los profesionales.



En la segunda evaluación a los tres meses de iniciar el tratamiento, con ella se confronta y se comprueba la evolución del niño/niña y se plantean los posibles cambios en el proceso. Y por último, al finalizar la tercera evaluación se evalúa si se han cumplido o no los objetivos propuestos.

- Revisión de la Intervención.

Es un proceso continuo en estos usuarios, de re-evaluar y revisar los resultados.

7. ANALISIS DE RESULTADOS.

Primera intervención:

Mantenerse de pie.

Los ejercicios realizados a través de la zona plantar, para estimular el tono de los músculos del pie y ayudar en la actividad de la marcha, por medio de la escala de Escala de Espasticidad de Ashworth Modificada. En la primera evaluación se comprueba que hay una espasticidad en un grado dos, aumento del tono en la mayor parte del movimiento, pero la extremidad puede moverse fácilmente. En la siguiente evaluación, a los tres meses se parte de un grado 1+ con una resistencia mínima. En la evaluación de los seis meses presenta 1 con una leve resistencia en su tono muscular, consiguiendo mejorar el equilibrio en el niño.

Tabla 5. Escala de Ashworth Modificada. (Bohanon &Smith 87)

Graduación	RESPUESTA AL MOVIMIENTO
0	Tono muscular normal
1	Aumento ligero en el tono del musculo, resistencia mínima en los últimos grados del rango de movimiento
1+	Aumento ligero en el tono del musculo, resistencia mínima a lo largo de menos de la mitad del rango del movimiento (signo de navaja)
2	Aumento del tono mas marcado en la mayor parte del rango de movimiento, pero la extremidad puede moverse fácilmente
3	Considerable aumento del tono muscular, el movimiento pasivo es dificultado (signo de rueda dentada)
4	La parte afectada esta rígida en flexión o extensión

Fuente: Examen Físico Neurológico.



Segunda intervención:

Dar pasos.

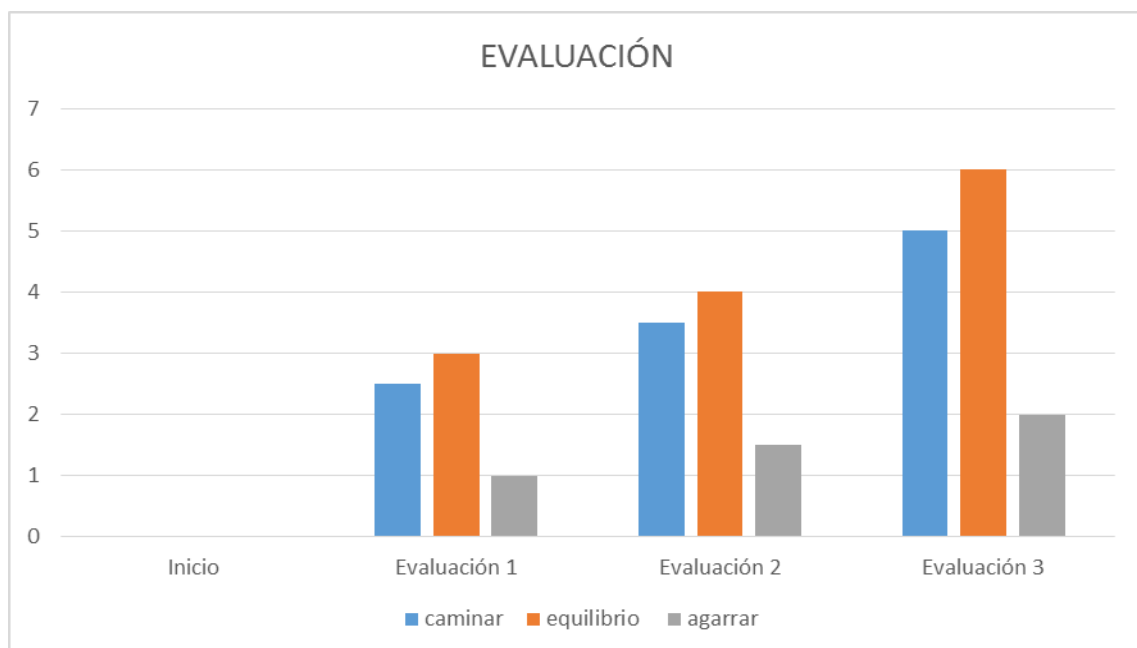
En la evaluación inicial en el niño, es capaz de levantarse y caminar con apoyo. Posteriormente a los tres meses, tiene más equilibrio y mantiene la marcha con más seguridad, pero mantiene la ayuda. A los seis meses consigue caminar con independencia.

Tercera intervención:

Usar el pulgar y el índice

En la primera evaluación el niño no utiliza su mano izquierda, el uso principal de las manos es el de tomar y sostener objetos. A los tres meses se procede a la apertura y cierre de mano y se utiliza la pinza penta-digital con ayuda del profesional, mediante el agarre de un objeto grande. A los seis meses no está establecido el desarrollo funcional de la pinza de su mano izquierda, aunque sí hay una mejora.

8. PLANIFICACIÓN DEL SEGUIMIENTO



Fuente elaboración propia

Realizar seguimiento de la función manual es lo que procede como conclusión de las tablas de la gráfica de la evaluación.



9. INFORME

En el registro del informe de la evaluación, se puede decir que dos objetivos de la intervención, se han cumplido dos de ellos como es la marcha y mantenerse de pie; aun debemos de trabajar en mejorar el desarrollo funcional de la pinza. Lo que conlleva, que la intervención debe continuar ya que la motricidad fina y la pinza digital son movimientos muy precisos, además, necesitan de la coordinación oculo-manual.

Desde la asociación seguiremos trabajando para desarrollar sus capacidades y habilidades, aunque debemos saber que el desarrollo evolutivo en estos niños/niñas, precisa de un seguimiento por parte de la asociación y del programa de necesidades educativas especiales. Por tanto, es muy importante organizar las actividades para seguir con su desarrollo, controlar las sesiones y ajustar las sesiones a las necesidades del usuario/a.

Al mismo tiempo estos usuarios necesitan adaptar el grado de complejidad de la actividad, desde las sencillas a las más complejas y reforzar sus actividades mediante el apoyo de un lenguaje. Lo más conveniente es seguir trabajando, teniendo en cuenta al equipo multidisciplinar que ha intervenido, la duración aproximada de la intervención puede ser de otros seis meses para seguir con una re-evaluación y adaptación de los siguientes objetivos a realizar.

Terapia Ocupacional integra y desarrolla estrategias de intervención para propiciar cambios en la vida del usuario/a. En este caso, con estos objetivos se ha conseguido la marcha autónoma en el niño/niña y mejorar el equilibrio. Por otro lado, el objetivo de mejorar la funcionalidad de sus manos, son difíciles de cuantificar, desde la asociación en la que trabajamos y teniendo presente nuestra metodología, en la cual ha participado el equipo, se recomienda seguir con el tratamiento. El equipo de profesionales está dispuesto a implicarse en la intervención del niño y pretende seguir con las sesiones para mejorar las destrezas manuales.

En el resultado final de la intervención, se han cumplido dos de los objetivos, y un tercero, el cual no ha cumplido las expectativas propuestas, se debe de tratar de mejorar la pinza manual de su mano izquierda, será un objetivo para una nueva intervención, así



como, la realización de actividades de adaptación y graduación para la coordinación mano-ojo con diferentes objetos.

10. CONCLUSIÓN

El niño/a va ir consolidando sus habilidades en el proceso del tratamiento, manteniendo una relación terapéutica y por otra parte, demostrar la eficacia de la Estimulación Temprana en los niños diagnosticados con PC y retraso en su desarrollo psicomotor.

En los niños/as con problemas neurológicos importantes, el éxito del tratamiento resulta limitado debido a la gravedad de las lesiones, no obstante en los casos leves y moderados se pone de manifiesto, el importante papel que tiene un programa de Estimulación Temprana. Ésta contribuye a desarrollar al máximo la capacidad física, social y mental, sobre todo en esta primera etapa de la vida, donde hay una enorme posibilidad de integrar nuevas experiencias y sensaciones.

Como conclusión, el niño/niña es capaz de adquirir toda una serie de conocimientos mediante la repetición de ejercicios, con la repetición se consigue reafirmar y estimular las áreas de desarrollo del cerebro en proceso de maduración, por medio de la integración y estimulación sensorial.



BIBLIOGRAFIA

1. Blanco, D., García-Alix, A., Valverde, E., Tenorio, V., Vento, M., Cabañas, F., & Comisión de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología. Neuroprotección con hipotermia en el recién nacido con encefalopatía hipóxico-isquémica. Guía de estándares para su aplicación clínica. In Anales de Pediatría. [Internet], 2011[3/01/2017];75(5): 341-e1.
Disponible en :
http://continuum.aeped.es/files/consensos/Nov_2011_Neuroproteccion%20en%20hipoxia%20isquemia%20neonatal.pdf
2. Póo Arguelles, P., Servicio Neurología. Parálisis Cerebral Infantil. Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neuología Pediátrica.[Internet],2008 [6/01/2017]. Disponible en:
<https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/36-pci.pdf>
3. Da Cunha Rafaini, P. G., Pacciulio, A. M., Panúncio-Pinto, M. P., & Pfeifer, L. I. Estimulación temprana en enfermería pediátrica: el papel del terapeuta ocupacional. Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia, TOG, [Internet], 2012[15/01/2017](16), 7-11. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4220947>
4. Mulas, F., & Millá, M. G. La Atención Temprana: qué es y para qué sirve. Summa Neurológica,[Internet], 2004 [10/01/2017]1(3), 31-34. Disponible en:
<http://ardilladigital.com/DOCUMENTOS/EDUCACION%20ESPECIAL/ATENCION%20TEMPRANA%20Y%20DESARROLLO/La%20AT%20que%20es%20y%20para%20que%20sirve%20-%20Mulas%20y%20Milla%20-%20art.pdf>
5. Sumedico[Internet]Barcelona:26/03/2017. Sumedico.com[9/03/2017]
Disponible en: <http://sumedico.com/taller-ninos-aprenden-cuidar-bebes-prematuros/>
6. Libro Blanco de Estimulación Temprana.
http://www.cieza.es/portal/p_90_final_Contenedor_Impresion.jsp?seccion=s_fd oc_d4_v3.jsp&contenido=131&tipo=5&nivel=1400&layout=p_90_final_Contenedor_Impresion.jsp&codMenu=122&codMenuPN=9&codMenuSN=12
7. Escala de desarrollo Brunet-Lezine-Google-Docs
<https://docs.google.com/document/d/18v.../edit>



Foto1 <https://www.todopapas.com/bebe/meses-del-bebe/bebe-5-meses>

Foto2 <https://www.google.es/search?q=esTIMULACI%C3%93N+temprana&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwjyl->

[uYvYrTAhVGsxQKHTXGBMMQ_AUICsgC&biw=1517&bih=735#q=DAR+PASOS+EN+BEBE+EN+TERAPIA+OCUPACIONAL&tbm=isch&tbs=rimg:C](https://www.google.es/search?q=esTIMULACI%C3%93N+temprana&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwjyl-uYvYrTAhVGsxQKHTXGBMMQ_AUICsgC&biw=1517&bih=735#q=DAR+PASOS+EN+BEBE+EN+TERAPIA+OCUPACIONAL&tbm=isch&tbs=rimg:C)

[TMBEZuLtGdTIjg310nFpDMYvEf34PcPGwaupdp3rCGb8buPTk5ecQMjEaafiUbGn9Iq8QtDs3o1q9JvUQ-](https://www.google.es/search?q=esTIMULACI%C3%93N+temprana&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwjyl-TMBEZuLtGdTIjg310nFpDMYvEf34PcPGwaupdp3rCGb8buPTk5ecQMjEaafiUbGn9Iq8QtDs3o1q9JvUQ-)

[O4ysAyoSCTfXScWkMxi8EVpyJPnaIhfSKhIJR_1fg9w8bBq4RrldOwrq0QHUqEgml2nesIZvxuxGUpS5oBD2eZioSCY9OTl5xAwmoEeSBD3ggGBs2KhIJRpp-](https://www.google.es/search?q=esTIMULACI%C3%93N+temprana&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwjyl-O4ysAyoSCTfXScWkMxi8EVpyJPnaIhfSKhIJR_1fg9w8bBq4RrldOwrq0QHUqEgml2nesIZvxuxGUpS5oBD2eZioSCY9OTl5xAwmoEeSBD3ggGBs2KhIJRpp-)

[VRsaf0gRkkoUJ7aquBIcqEgmrxC00zejWrxE8fPWdljGjfCoSCUm9RD47jKwDEfCAUHnB4Oy1&*&imgcr=8nBqpKH1b3RXVM:](https://www.google.es/search?q=esTIMULACI%C3%93N+temprana&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwjyl-VRsaf0gRkkoUJ7aquBIcqEgmrxC00zejWrxE8fPWdljGjfCoSCUm9RD47jKwDEfCAUHnB4Oy1&*&imgcr=8nBqpKH1b3RXVM:)

Foto3. https://www.google.es/search?q=ESTIMULACI%C3%93N+TACTIL&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwi1goGUhonTAhVCwBQKHSa5DqMQ_AUICcgB&biw=

Foto4.
https://www.google.es/search?q=estimulacion+tactil&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwjHwrSPworTAhUL1RQKHW1dAYIQ_AUIBigB&biw=1517&bih