



UNIVERSIDAD LAICA "ELOY ALFARO DE MANABÍ"

FACULTAD DE ESPECIALIDADES EN CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA: TERAPIA OCUPACIONAL

"TESIS DE GRADO"

PREVIO A LA INVESTIDURA DE:

LICENCIADO EN TERAPIA OCUPACIONAL

TEMA:

"Intervención ocupacional en niños con problemas psicomotores de 1 a 8 años de edad a través de la ejecución de actividades lúdicas, en el centro de estimulación temprana Dr. Eliecer Valle Carrera durante el periodo de agosto 2012 a enero del 2013"

AUTOR:

Leonardo Cedeño Loor

DIRECTOR DE TESIS:

Lcdo. José Enrique Chávez Mg.

MANTA – MANABÍ – ECUADOR

2012 - 2013

CERTIFICACIÓN

Yo, Lcdo. José Enrique Chávez, certifico como director de tesis para constancia y validez, que el presente trabajo es realizado bajo mi dirección, siguiendo una sistematización investigativa realizado con el esfuerzo y dedicación de: Cedeño Loor Leonardo Flavio.

Lcdo. José Enrique Chávez Mg

DIRECTOR DE TESIS



TESIS DE GRADO:

Sometida a consideración a los Honorables Miembros que conforman el Tribunal de Tesis de la Facultad de Especialidades en Áreas de la Salud de la Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí, por parte de su autor: Cedeño Loor Leonardo Flavio.

Como requisito previo a la obtención del título de:

LICENCIADO EN TERAPIA OCUPACIONAL

Tribunal de Calificación

Nota

Lcda. Mercy Sancan Moreira. Mg.

_____ / _____

Lcdo. Luis Loor Mera.

_____ / _____

DECLARATORIA

Yo Cedeño Loor Leonardo Flavio con CI. 131100964-9; egresado de la carrera de Terapia Ocupacional, presento a continuación mi trabajo de investigación, "intervención ocupacional en niños con problemas psicomotores de 1 a 8 años de edad a través de la ejecución de actividades lúdicas, en el centro de estimulación temprana Dr.; Eliecer valle carrera durante el periodo de agosto 2012 a enero del 2013". Previo a la obtención del título de Licenciado en Terapia Ocupacional, el cual fue realizado con dedicación, empeño y esfuerzo.

AGRADECIMIENTO

Expreso mis más sinceros agradecimientos a las siguientes instituciones y personas.

Primero y antemano agradecer a **DIOS** por acogerme con su bendición por todo este tiempo.

A la **Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí de la ciudad de Manta**, que me brindo la oportunidad de culminar mis estudios formándome como buen profesional.

A mi director de tesis **Lcdo. Enrique Chávez** por la guía que me brindo durante la realización de este trabajo.

Al **Centro de Estimulación Temprana Dr.: Eliecer Valle Carrera de la ciudad de Chone** por haberme permitido realizar mi estudio en sus instalaciones.

DEDICATORIA

A mi **Madre SANTA ELENA LOOR CAICEDO** y mi **PADRE FLAVIO SANTO CEDEÑO ALCÍVAR**, por ser motivo principal de mi inspiración y acompañarme de la mano en los caminos de mí libertad, por ser quienes me apoyan y me aconsejan en cada minuto de mi vida.

A mi Hermana **MARÍA ELENA CEDEÑO LOOR** porque junto a ella he compartido momentos difíciles y felices, alegrías y emociones.

Al **Sr. ELIO OZAETA** mi padrino **WAGNER CAICEDO** y la **Sr. IDALIA CAICEDO** por acogerme de manera desinteresada en su seno familiar, por protegerme y brindarme su apoyo en cuanto yo más los necesite.

Y de manera especial a la persona que se ha ganado mi corazón. **GLENDIA**, a la cual agradezco toda su comprensión, amor y apoyo incondicional.

LEONARDO CEDEÑO LOOR

TEMA

“Intervención ocupacional en niños con problemas psicomotores de 1 a 8 años de edad a través de la ejecución de actividades lúdicas, en el centro de estimulación temprana Dr. “Eliecer Valle Carrera durante el periodo de agosto 2012 a enero del 2013”

ÍNDICE GENERAL

Resumen	1
Introducción	2-3
Diseño teórico.	
Formulación del problema	4
Objetivo general y específicos	5
Hipótesis de investigación	6
Conceptualización de variables	6-7
Diseño metodológico.	
Tipo de estudio, muestra y técnicas	8 -9
Recursos	10-11-12-13
Tareas científicas	14
Resultados científicos	15
<u>Marco teórico.</u>	
<u>Capítulo # 1</u>	
1. La psicomotricidad.	
1.1 Concepto.	
1.2 Definición.	
1.3 Clasificación.	
1.4 Orígenes.	
1.5Etapas de desarrollo normal de la psicomotricidad	

en niños de 1 a 8 años de edad	20
1.6 Tipos prácticos para la intervención psicomotora.	21
1.7 Enfermedades neurológicas y genéticas mas Frecuentes que limitan el desempeño del área Psicomotriz.	22-33
2. Actividad lúdica.	33
2.1 Concepto.	33
2.2 Definición.	
2.3 Juegos psicomotores.	33
2.4 Clasificación de los juegos.	34-35
2.5 Origen de la actividad lúdica.	36
 <u>Capitulo # 2</u>	
3. diseño de la propuesta	37-38-39
3.1. El juego y la intervención, en el área de terapia ocupacional.	39-40
3.2. Principios básicos de la aplicación de los juegos en terapia ocupacional.	40-41
3.3. Composición del juego.	41
3.4. Fases del juego.	42-43
3.5. Los beneficios del juego mediante la Intervención ocupacional.	43

3.6. Actividades aplicadas durante los meses

de agosto a enero como medio de

Intervención ocupacional. 43

3.6.1. Juegos funcionales. 43-46

3.6.2. Juegos simbólicos. 46-47

3.6.3. Juegos constructivos. 47-48

3.6.4. Juegos reglados. 48-49

3.7. Juguetes de utilidad para la intervención terapéutica. 50-51

Capitulo # 3

Cuadros estadísticos 52-70

Síntesis de los cuadros estadísticos 71-72

Comprobación de hipótesis, variables y objetivos 73-74-75

Conclusiones 76

Recomendaciones 77

Bibliografía 78-79

Anexos 80-93

Resumen

La ejecución de actividades lúdicas en los niños con problemas Psicomotores de 1 a 8 años de edad son procesos que están estrechamente vinculados. Su unidad constituye una directriz para el trabajo que se realiza en el Centro de Estimulación Temprana Dr.: Eliecer Valle Carrera, para la intervención ocupacional de los niños, en la enseñanza especial, donde las necesidades educativas son tan diversas y difíciles de tratar, se hace imprescindible la implementación de la creatividad de los educadores para la formación de valores, habilidades y capacidades motrices.

Para ello se cuentan con un grupo de técnicas, métodos y contenidos, que se adaptan y permiten lograr la mejora en lo motriz, lo cognitivo y lo social, siendo la intervención mediante la realización de actividades de juego, un medio ideal para mejorar las funciones motoras e incorporar a la sociedad a aquellos niños que presentan una que otra deficiencia a causa de un problema genético o neurológico. Estableciendo como prioridad en el tiempo de estadía como interno del centro que: Se necesita un terapeuta ocupacional que permita la estimulación psicomotriz de los niños y niñas como parte del trabajo compensatorio y educativo en los mismos mediante la intervención y el apoyo familiar. Donde planteo el siguiente problema de investigación:

¿Cómo desarrollo la psicomotricidad en los niños y niñas con déficit neurológicos del Centro de estimulación temprana Dr.: Eliecer de Valle Carrera del Canton Chone.?

Siendo **el objeto** de estudio de la investigación: La ejecución de las actividades lúdicas en los niños con problemas psicomotores de 1 a 8 años de edad. Por lo que el **campo de acción** es: la intervención en el desarrollo psicomotriz de los niños. Para la realización del siguiente trabajo de investigación se planteó el siguiente **objetivo**: Mejorar la psicomotricidad fina de los niños de 1 a 8 años de edad mediante la ejecución de las actividades lúdicas planteadas en el área de terapia ocupacional.

Introducción

La psicomotricidad es uno de los aspectos más importantes en el desarrollo del niño, por ello es necesario trabajarla en todos sus ámbitos y nada mejor que mediante la ejecución de las actividades de juego para ayudar de manera sintetizada al pequeño de 1-8 años de edad a adquirir una autonomía creciente en sus movimientos, aspectos cognoscitivos y emocionales que le permitan mejorar su calidad de vida en cuanto a todas sus etapas de desarrollo normal.

La psicomotricidad se divide en dos áreas únicas y esenciales, tanto fina como gruesa. En donde para la ejecución de los movimientos en todas las actividades del diario vivir se destaca por estimular el área de carácter fino.

La misma que corresponde a las actividades que necesitan precisión y un mayor nivel de coordinación, centrados en la realización de movimientos finos de varias partes del cuerpo. Tomando en cuenta el niño inicia este tipo de psicomotricidad alrededor del quinto y sexto mes, en donde implica un nivel de maduración y de aprendizaje esencial donde se puede tratar la coordinación y el desarrollo del movimiento motor, mediante pinzas, agarres, alcances y prensión. Influenciando favorablemente en la psiquis del hombre, fortalece sus cualidades volitivas y la esfera emocional.

Todo lo cual contribuye a eliminar los principales síntomas de las afecciones planificando mediante La intervención Ocupacional como una de las alternativas terapéuticas que hace uso de la actividad lúdica con la suma intención de crear conservar y devolver las habilidades funcionales tales como, agarrar, lanzar, desbotonar, subir y bajar cremalleras, rasgar, realizar trazos entre otros, en los niños con déficit neurológicos promoviéndoles a una mayor calidad de vida, ya que por diferentes razones no pueden desarrollarlas o pueden haberlas perdido, para lograr un autovalidismo en general, otorgando confianza en sí mismo, mayor nivel de independencia y preparación para las actividades de la vida diaria. Para lograr esta planificación debe verse al paciente desde un punto de vista holístico, con el propósito de conocer las necesidades, intereses y habilidades que posee.

TERAPIA OCUPACIONAL

Tomando en consideración que el éxito en la aplicación de esta terapia depende de la creatividad en la búsqueda de actividades apropiadas para el proceso terapéutico de acuerdo con las particularidades, evaluando cuales son las actividades que mejor se adaptan a los intereses de quienes van a protagonizar el proceso de rehabilitación, por lo que se trata de un proceso con metas, objetivos muy claros, una metodología y evaluación definida.

La actividad lúdica constituye el motor del desarrollo en la medida en que crea continuamente zonas de desarrollo próximo. Por lo que los juegos se consideran como actividades muy importantes para el desarrollo cognitivo, motor, motivacional y social. A partir de este estudio el subsistema psicomotor del niño y en particular en la atención con trastornos severos de la comunicación introduzco la terapia ocupacional mediante juegos motrices, en semblanza con las A.V.D

Como disciplina la Terapia Ocupacional se compromete con la acción de lograr conseguir la aplicación de técnicas y estrategias de intervención que le permitan a los niños afectados por una enfermedad, asumir roles ocupacionales personalmente significativos y socialmente valorados. potenciar la creación de espacios ocupacionales donde el pueda experimentar el logro y la competencia personal, así como aumentar o mantener el mayor nivel de independencia posible del mismo, teniendo en cuenta los distintos campos de aplicación y las necesidades especiales que requiera.

Esta modalidad de terapia incluye la evaluación mediante la observación clínica estructurada, la aplicación de pruebas específicas de evaluación, las mismas que deben ser muy bien seleccionadas, con el propósito de precisar la implicación de las anomalías motoras, perceptuales, sensoriales, cognitivas y sociales, al mismo tiempo trata de averiguar que puede impedir el normal desenvolvimiento de estas personas.

Enfatizando las relaciones socio afectivas del niño con el medio externo. Y las áreas del desarrollo del niño (a).

Diseño teórico

A lo largo del estudio investigativo realizado en el Centro de Estimulación Temprana Dr.: Eliecer Valle Carrera del canton Chone, concientizo y **formulo como problema**, que los niños de 1 a 8 años de edad atendidos dentro del área de terapia ocupacional presentan un alto nivel de retraso psicomotor fino, a causa de los diferentes déficit de carácter neurológico que padecen cada uno de ellos.

Tales como la parálisis cerebral infantil, el retardo mental, la macrocefalia y la microcefalia, entre otros, afectando al niño de prematura edad de manera directa dentro de sus etapas de desarrollo en relación a cada una de las etapas motoras del niño, desde este punto de partida inicial involucramos la afectación de la coordinación óculo manual del infante como elemento fundamental y prioritario para el inicio de la exploración de campo en el medio ambiente que lo rodea.

El desplazamiento articular de sus miembros superiores en conjugación con los movimientos esenciales de las manos que sistematizan un sistema de trabajo fundamental para el desarrollo de sus habilidades y destrezas motoras finas a futuro mediante el desarrollo de los agarres. **(Bilateral, esférico y prono-supino)**

De sus pinzas **(Bicúspides-tricúspides-empuñada)** y el ejercicio de prensión que realiza cada uno de los miembros que son de caracteres vitales y esenciales para la participación activa del individuo dentro del desenvolvimiento en todas las **A.V.D**, que de una u otra manera intervienen en el estilo y la calidad de vida del individuo en torno a su desarrollo.

Destacándole a estos aspectos como base fundamental para la aparición y el desarrollo de destrezas y habilidades, los mismos que son debilitados por la carencia del cuidado familiar y profesional en todos los campos de desarrollo, no obstante a estos poder olvidar el grado o nivel de afectación que padezcan.

Todos estos problemas se simplifican por la no atención del niño, el desinterés de los padres y los cuidadores, sumado a esto la no participación activa de los mismos y la familia, mediante la involucración socio afectiva de cada uno de los

TERAPIA OCUPACIONAL

involucrados que permanece de turno al auto cuidado y autovalidismo del niño con habilidades diferentes, para que ayuden de manera individual o grupal a fortalecer sus relaciones humanas previo al conocimiento de todo lo que lo rodea en cada uno de sus entornos. El mismo que en la vida de estos niños(as) se encuentran desprolijados, por la carencia de juego y de integración social, por el descuido y desinterés del padre o el cuidador, la invalidez de relacionar los aspectos sentimentales naturales en la participación activa de cada involucrado mediante la realización de actividades de juego.

Uno de los problemas principales es la falta de estimulación temprana, para educación primaria, donde es de carácter esencial poder realizar mediante los miembros superiores los trazados que favorecen a la escritura, dando a relucir la falta de conocimiento mediante el campo explorativo, no pudiendo realizar punteados, encajes, abrochar botones y cierres, rasgar texturas de papel o cartón, hilar. Realizar trazos en líneas geométricas circulares, triangulares, cuadradas, rectangulares, pintar y escribir.

De cognición para reconocer el tiempo y el espacio, desarrollar el aprendizaje mediante la observación y la exploración de texturas, dimensiones, profundidad, tamaños, formas, suavidad, dureza, colores y correlación numérica ordenada y alfabetizada de los recursos vivos e inertes para desarrollar la memoria y desarrollar cada una de las destrezas del niño que fluctúan en cuanto a su etapa de vida. A su vez no tener el estímulo necesario de la familia y el entorno mediante la ocupación que ejerce rol fundamental en la interacción de relacionar y trabajar con ayuda profesional para establecer como **objetivo general**, mejorar la psicomotricidad fina de los niños de 1 a 8 años de edad mediante la ejecución de las actividades lúdicas planteadas en el área de terapia ocupacional.

A raíz de la formulación de una meta esencial surgen de una manera simplificada los **objetivos específicos** tales como: Desarrollar al máximo las destrezas psicomotoras finas, intervenir en el área cognoscitiva del niño e integrar al niño en el medio social, favoreciendo la relación con su entorno.

Planteando como **hipótesis generales de trabajo. Que!** Los niños con déficit neurológico de 1 a 8 años de edad que asisten al centro de estimulación temprana Dr.: Eliecer Valle Carrera del canton Chone presentan problemas en sus etapas de desarrollo motora fina, motora gruesa, social y cognoscitiva por la carencia de actividades de juego. El paciente que ejecuta la actividad lúdica puede estimular sus áreas y mejorar su estilo y calidad de vida.

Variable dependiente. Estimulación temprana en las etapas de desarrollo psicomotriz del niño por medio del área física, instrumental y educativa de participación activa del mismo.

Variable independiente. Se presenta con gran intensidad debido a la ejecución de las actividades de juego la atención profesional y familiar.

Y que! La intervención ocupacional mediante la ejecución de actividades lúdicas con estrategias, acciones y procedimientos organizados en beneficio del niño y la familia, permitirán una buena estimulación física, cognoscitiva y social dentro de las etapas de desarrollo normal de los niños de 1 a 8 años de edad atendidos en el área de terapia ocupacional.

Variable dependiente. Capacitación del desarrollo de habilidades y destrezas durante el periodo de crecimiento y desarrollo funcional de los niños de 1 a 8 años de edad por la inyección anímica y rutinaria del trabajo y la recreación.

Variable independiente. Poca participación de la familia por carencia de información o el no conocimiento de la patología o del tiempo de recuperación en base a la rehabilitación.

Conceptualización de las variables.

Variable dependiente #1

Brindar al niño atendido en el área de terapia ocupacional rehabilitación de manera funcional en sus extremidades superiores a través de la participación

TERAPIA OCUPACIONAL

activa en juegos individuales o grupales, con herramientas instrumentales que ayuden al interés de la actividad y la realización de la misma.

Variable independiente #1

Apoyo emocional mediante la participación pasiva, activa u asistida del terapeuta, el cambio de actividad instrumental constante y la integración grupal para no promover la fatiga el cansancio o el desagrado del niño.

Variable dependiente #2

Realización de talleres instrumentales con materiales de mesa y del hogar que ayuden al estímulo de su coordinación, agarres y pinzas, de memoria e integración social.

Variable independiente #2

Capacitación constante a los familiares del problema patológico del niño, sus dimensiones y limitaciones, para el proceso de rehabilitación, la importancia de su participación y el auto cuidado del individuo.

Diseño metodológico

En el área de rehabilitación de terapia ocupacional del centro de estimulación temprana Dr. Eliecer Valle Carrera se abarco como definición de la población a investigar un total de 40 niños de los cuales fueron elegidos 20 que cumplían con el requisito primordial en base a la edad que se dio a investigar.

El diseño metodológico que se utilizo es de carácter cuasi-experimental aleatorio sistémico, exploratorio, racional, ubicándose en la escena real de la situación existente en el grupo de niños de 1 a 8 años de edad atendidos en el Centro de Estimulación Temprana Dr.: Eliecer Valle Carrera del Cantón Chone, grupo al cual se evaluó y se valoro dentro del área de terapia ocupacional tomando medidas preventiva necesarias ante los padres y el cuidador.

Brindando asesoría a los padres y cuidadores con énfasis a la prevención y la participación constante junto al niño en las actividades de juego, fundamental para lograr la integración y desarrollar al máximo las etapas motoras finas del niño.

Tipo de estudio

Este estudio es, analítico, sistémico descriptivo por tomar todos los antecedentes del tema, centrado en un estudio sumamente real y una proyección futura.

Universo

El universo lo constituyen 30 niños la institución que es el Centro de Estimulación Temprana Dr.: “Eliecer Valle Carrera” del Canton Chone en el cual intervendrán el equipo multidisciplinario, donde se emerge como principal predio al trabajo a realizar el Terapeuta Ocupacional

Población

Lo constituyen los niños(as), los padres y cuidadores de los niños que asisten al centro de estimulación temprana Dr.: “Eliecer Valle Carrera” del Canton Chone.

Muestra.

La muestra será tomada del total de población que se atiende, al cual acuden en relación de unos 20 niños(as) menores de 8 años de edad, tomando en cuenta se les brinda atención a 30 niños en total.

Método de selección de la muestra.

Se va a utilizar método inductivo y deductivo o viceversa que parten de lo general a lo particular y en este mismo contexto tenemos el método de campo, analítico, sintético, reflexivo, observacional, histórico.

TÉCNICAS.

Encuestas.

Con el ánimo de codificar, evidenciar y recolectar datos, se utilizaran cuestionarios o encuestas con preguntas abiertas y cerradas, que me permitan cuantificar y cualificar la información que se obtenga del grupo de estudio. Que son de vital importancia para el estudio y el éxito del proyecto.

Entrevistas.

En virtud de la necesidad de relación profunda amplia y específica, que requieren varios espacios, se utilizara la entrevista dirigida y no dirigida al grupo de estudio a investigar para obtener información confiable.

Evaluaciones.

Con la necesidad de poder evaluar las funciones motoras, cognitivas y sociales de manera individual a cada uno de los niños atendidos en el área de terapia ocupacional, se plasmaron las mismas, para realizar un mejor diagnóstico antes de la intervención.

Observación.

Esta técnica permite no solo tener evidencias de lo que se está planteando sino que además nos brinda las respuestas a las interrogantes, hipótesis planteada.

Lluvia de ideas.

Serán tomados en cuenta los documentos existentes de los datos del centro, ya que constituyen una fuente importante de obtener la información requerida.

Exposiciones.

Medio elocuente para transferir información educacional que revele opiniones y actitudes del caso que se amerita o se trata.

Participación e involucración familiar.

Mediante esta técnica logramos integrar a los involucrados y por ende recopilar información esencial.

Recursos humanos.

Director de Tesis.

Guía y asesor del estudiante para realizar un buen trabajo.

Estudiante internista.

Especialista encargado de ayudar al grupo en estudio y comunidad en general.

Profesionales del centro.

Personas encargadas de cada uno de las diferentes áreas del centro.

Recursos materiales.

Área física.

Espacio en donde se atiende al grupo a investigar.

Fichas de evaluación.

Necesarias para proceder anotar y dar resultados de la evaluación ocupacional realizada a los pacientes de sexo masculino y femenino que asisten a la rehabilitación.

Encuestas.

Documentos que identifican información necesaria para el proceso investigativo.

Internet.

Fuente informática de gran ayuda.

Computadora.

Instrumento necesario para redactar, almacenar, toda información.

Material bibliográfico.

Material de innovación que ayuda a prepararse con mayor seguridad.

Etapas normales de crecimiento de los niños de 1 a 8 años de edad.

Material escolar.

Pinceles, hojas, crayones, lápices, reglas, pizarra, mesas, sillas etc.

Juguetes.

Balones, legos, pianos, tambores, carros, muñecas, cajas de colores, cajas de texturas, rompe cabezas, cubos, cuentas, púñzales, escalerillas de dedos etc.

Recursos técnicos.

Terapeuta Ocupacional.

El terapeuta ocupacional, ayuda a niños, jóvenes, adultos y ancianos a mantener, mejorar perfeccionar el estilo y la calidad de vida del individuo mediante la actividad.

Terapeuta físico.

Profesional que se desenvuelve dentro de un campo tan esencial en el tratamiento físico del individuo en especial el AREA MOTORA GRUESA.

Psicólogo clínico.

Profesional que evalúa las conductas y los comportamientos del individuo ante cualquier adversidad.

Terapista de lenguaje.

Profesional que se interna a la educación u recuperación de las funciones de expresión del individuo.

Recursos institucionales.

Universidad laica Eloy Alfaro de Manabí.

La universidad es la que prepara al estudiante y lo vincula con la comunidad.

Facultad de especialidades en áreas de la salud.

La facultad es la que identifica al profesional hacia donde y de que rama de salud es y quiere llegar a ejercer.

Carrera de Terapia Ocupacional.

Una carrera que prepara al profesional para un futuro y lo guía a sus metas.

El centro de estimulación temprana Dr. Eliecer Valle Carrera.

Es una institución dedicada a acoger a personas con cualquier tipo de discapacidad y brindarle de manera gratuita el mas ardo apoyo mediante la rehabilitación.

Recursos económicos.

El presente proyecto será solventado con la responsabilidad absoluta de su autor. Con la finalidad de de mejorar la calidad de vida de los niños de 1 a 8 años de edad.

TERAPIA OCUPACIONAL

Transporte	\$300.00
Impresiones del contenido para el estudio investigativo	\$30.00
Horas de internet	\$25.00
Anillados y empastados	\$28.00
Impresión del borrador de tesis, el proyecto final y los CDS. Correspondientes.	\$150.00
Total	\$533 .00

TAREAS CIENTIFICAS

- Mejorar el desarrollo de la prensión, las pinzas y los agarres de ambas manos.
- Lograr la atención de los niños y Desarrollar la memoria en cada uno de ellos.
- Poder integrar a los niños con déficit neurológicos a los círculos sociales.

RESULTADOS CIENTIFICOS

- Los niños del centro de estimulación temprana Dr.: Eliecer Valle Carrera del Canton Chone desarrollaron la prensión, las pinzas y los agarres mediante la aplicación activa, asistida de las técnicas y métodos aplicados en la rehabilitación.
- Se pudo estimular el área cognoscitiva de los niños de 1 a 8 años de edad, mediante la atención y la memorización de las actividades efectuadas por el terapeuta y los padres de familia (cuidador).
- El logro de la integración social para los niños atendidos en el área de terapia ocupacional, se llevo a cabo por medio de los eventos planificados que se efectuaron en del centro de estimulación temprana Dr.: Eliecer Valle Carrera del canton Chone durante el periodo de agosto 2012 a enero 2013.

MARCO TEÓRICO

Capitulo # 1

1. La psicomotricidad.

La "psicomotricidad" integra las interacciones cognitivas, emocionales, simbólicas y sensorio motrices en la capacidad de ser y de expresarse. La misma que desempeña un papel fundamental en el desarrollo armónico de la personalidad del infante.

Partiendo de esta concepción se desarrollan distintas formas de intervención psicomotriz que encuentran su aplicación, cualquiera que sea la edad, en los ámbitos preventivo, educativo, reeducativo y terapéutico.

Así mismo la Psicomotricidad es un enfoque cuyo objetivo es el desarrollo de las posibilidades Motrices, expresivas y creativas del cuerpo, lo que le lleva a centrar su actividad e interés en el movimiento y el acto, incluyendo todo lo que se deriva de ello: disfunciones, patologías, estimulación, aprendizaje, etc.

1.1. Concepto.

La psicomotricidad es un enfoque de la intervención educativa o terapéutica cuyo objetivo es el desarrollo de las posibilidades motrices, expresivas y creativas a partir del cuerpo, lo que le lleva a centrar su actividad e interés en el movimiento y el acto, incluyendo todo lo que se deriva de ello: disfunciones, patologías, estimulación, aprendizaje, etc.

La psicomotricidad en los niños se utiliza de manera cotidiana, los niños la aplican corriendo, saltando, jugando. Se pueden aplicar diversos juegos orientados a desarrollar la coordinación, el equilibrio y la orientación del niño, mediante estos juegos los niños podrán desarrollar, entre otras áreas, nociones espaciales y de lateralidad como arriba-abajo, derecha-izquierda, delante-atrás.

En síntesis, podemos decir que la psicomotricidad considera al movimiento como medio de expresión, de comunicación y de relación del ser humano con los demás, desempeña un papel importante en el desarrollo armónico de la

personalidad, puesto que el niño no solo desarrolla sus habilidades motoras; la psicomotricidad le permite integrar las interacciones a nivel de pensamiento, emociones y su socialización.

En los primeros años de vida, la Psicomotricidad juega un papel muy importante, porque influye valiosamente en el desarrollo intelectual, afectivo y social del niño favoreciendo la relación con su entorno y tomando en cuenta las diferencias individuales, necesidades e intereses de los niños y las niñas.

A nivel motor, le permitirá al niño dominar gran porcentaje de sus movimientos corporales.

A nivel cognitivo, permite la mejora de la memoria, la atención y concentración y la creatividad del niño.

A nivel social y afectivo, permitirá a los niños conocer y afrontar sus miedos y relacionarse con los demás en el medio que los rodea.

1.2. Definición.

El término psicomotricidad, un constructo dual que se corresponde con la acción mente-cuerpo. Refleja la lo psíquico y lo motriz, así como de las complejas relaciones entre estos dos polos.

Esquema Corporal: Es el conocimiento y la relación mental que la persona tiene de su propio cuerpo.

El desarrollo de esta área permite que los niños se identifiquen con su propio cuerpo, que se expresen a través de él, que lo utilicen como medio de contacto, sirviendo como base para. Mediante esta área, el niño estará desarrollando las nociones de derecha e izquierda tomando como referencia su propio cuerpo y fortalecerá la el desarrollo de otras áreas y el aprendizaje de nociones como adelante-atrás, adentro-afuera, arriba-abajo ya que están referidas a su propio cuerpo.

Ubicación como base para el proceso de lectoescritura. Es importante que el niño defina su lateralidad de manera espontánea y nunca forzada.

Equilibrio: Es considerado como la capacidad de mantener la estabilidad mientras se realizan diversas actividades motrices. Esta área se desarrolla a través de una ordenada relación entre el esquema corporal y el mundo exterior

1.3. Clasificación.

Área motora gruesa: Está referida a la coordinación de movimientos amplios, como: rodar, saltar, caminar, correr, bailar, sentarse, girar, lanzar, etc. La misma que es relativa a todas las acciones que implican grandes grupos musculares.

Así pues, la motricidad gruesa incluye movimientos musculares de: piernas, brazos, cabeza, abdomen y espalda. Permitiendo de este modo: subir la cabeza, gatear, incorporarse, voltear, andar, mantener el equilibrio...etc.

La motricidad también abarca las habilidades de los niños para moverse y desplazarse, explorar y conocer el mundo que le rodea y experimentar con todos sus sentidos (olfato, vista, gusto y tacto) para procesar y guardar la información del entorno que le rodea, así pues, el ámbito de la motricidad está relacionado, mayormente, con todos los movimientos que de manera coordinada realiza el niño con pequeños y grandes grupos musculares, los cuales, son realmente importantes porque permiten expresar la destreza adquirida en las otras áreas y constituyen la base fundamental para el desarrollo del área cognitiva y del lenguaje.

Área motora fina: Se refiere a las acciones que implican pequeños grupos musculares de cara, manos y pies, concretamente, a las palmas de las manos, los ojos, dedos y músculos que rodean la boca. Es la coordinación entre lo que el ojo ve y las manos tocan.

Estos músculos son los que posibilitan: la coordinación ojo-mano, abrir, cerrar y mover los ojos, mover la lengua, sonreír, soplar, hacer nudos en los cordones, agarrar un objeto, recortar una figura.

La motricidad fina comprende todas aquellas actividades del niño que necesitan de una precisión y un elevado nivel de coordinación.

Esta motricidad se refiere a los movimientos realizados por una o varias partes del cuerpo, que no tienen una amplitud sino que son movimientos de más precisión.

Se cree que la motricidad fina se inicia desde el año y medio, cuando el niño, sin ningún aprendizaje, empieza a emborronar y pone bolas o cualquier objeto pequeño en algún bote, botella o agujero.

La motricidad fina implica un nivel elevado de maduración y un aprendizaje largo para la adquisición plena de cada uno de sus aspectos que surgen desde el primer mes de vida al año, ya que hay diferentes niveles de dificultad y precisión. Para conseguirlo es de carácter esencial seguir un proceso muy específico y concreto.

Iniciar el trabajo desde que el niño es capaz, partiendo de un nivel muy simple y continuar a lo largo de los años con metas más complejas y bien delimitadas en las que se exigirán diferentes objetivos según las edades. La misma que es definida, como el conjunto de funciones nerviosas y musculares que permiten la movilidad y coordinación de los miembros, el movimiento y la locomoción.

Los movimientos se efectúan gracias a la contracción y relajación de diversos grupos de músculos. Para ello entran en funcionamiento los receptores sensoriales situados en la piel y los receptores propioceptivos de los músculos y los tendones. Estos receptores informan a los centros nerviosos de la buena marcha del movimiento o de la necesidad de modificarlo.

Los principales centros nerviosos que intervienen en la motricidad son el cerebelo, los cuerpos estriados y diversos núcleos talámicos y subtalámicos. El córtex motor, situado por delante de la cisura de Rolando, desempeña también un papel esencial en el control de la motricidad fina.

1.4. Orígenes.

A principios del siglo XX el grande y destacado neurólogo Ernest Dupré puso de relieve las relaciones entre las anomalías neurológicas y psíquicas con las motrices.

Este médico fue el primero en utilizar el término Psicomotricidad y en describir trastornos del desarrollo psicomotor como la debilidad motriz que más adelante dentro de la neuropsiquiatría infantil sus ideas se desarrollaron con gran profusión.

El psicólogo e investigador francés, Henri Wallon, remarcó la psicomotricidad como la conexión entre lo psíquico y lo motriz. Planteó la importancia del movimiento para el desarrollo del psiquismo infantil y por tanto para la construcción de su esquema e imagen corporal. Según Wallon el psiquismo y la motricidad representan la expresión de las relaciones del sujeto con el entorno y llega a decir:

1.5. Etapas de desarrollo normal de la psicomotricidad en niños de 1 a 8 años de edad.

El desarrollo de la motricidad fina es decisivo para la habilidad de experimentación y aprendizaje sobre su entorno, consecuentemente, juega un papel central en el aumento de la inteligencia. Así como la motricidad gruesa, las habilidades de motricidad fina que se desarrollan en un orden progresivo y vital.

Explorativo (1-3 años): Desarrollan la capacidad de manipular objetos cada vez de manera más compleja, con sus destrezas finas en pleno desarrollo, incluyendo la posibilidad de marcar el teléfono, tirar de cuerdas, empujar palancas, darle vuelta a las páginas de un libro, y utilizar crayones para hacer garabatos. sus dibujos incluyen patrones, tales como círculos. Su juego con los cubos es más elaborado y útil que el de los infantes, ya que puede hacer torres de hasta 6 cubos pirámides etc.

Preescolar (3-4 años): Las tareas más delicadas que enfrentan los niños de esta etapa, se manifiestan en para la realización de las A.V.D. Tales como el manejo de los cubiertos o atar las cintas de los zapatos, vestirse, desvestirse, alimentarse y realizar su aseo personal representan un mayor reto al que tienen con las actividades de motricidad gruesa aprendidas durante este periodo de desarrollo.

Para cuando los niños cumplen sus tres años de vida, muchos ya tienen control sobre el lápiz. Pueden también dibujar un círculo, aunque al tratar de dibujar una persona sus trazos son aún muy simples y descoordinados, pero eso no evita que la participación y la iniciativa sean de manera espontánea.

Es común que los niños de cuatro años puedan ya utilizar las tijeras, copiar formas geométricas y letras, abrocharse botones grandes, hacer objetos con plastilina de dos o tres partes. Algunos pueden escribir sus propios nombres utilizando las mayúsculas.

Edad escolar de (5-8) años: Para la edad de cinco años, la mayoría de los niños han avanzado claramente más allá del desarrollo que lograron en la edad de preescolar en sus habilidades motoras finas. Además del dibujo, niños de cinco años también pueden cortar, pegar, y trazar formas. Pueden abrochar botones visibles.

Coordinación viso-manual general: La coordinación manual conducirá al niño al dominio de la mano. Los elementos más afectados, que intervienen directamente son:

Pintar, Punzar, Enhebrar, Recortar, Moldear, Dibujar, Colorear, Laberintos, Rompe cabezas.

La mano, la muñeca, el antebrazo, el brazo: Es muy importante tenerlo en cuenta ya que antes de exigir al niño una agilidad y ductilidad de la muñeca y la mano en un espacio reducido como una hoja de papel, será necesario que pueda trabajar y dominar este gesto más ampliamente en el suelo, pizarra y con elementos de poca precisión como la puntuara de dedo.

1.6. TIPOS PRACTICOS PARA LA INTERVENCION PSICOMOTORA.

Los tipos prácticos para la intervención psicomotora ante el medio de rehabilitación que se otorgue al infante debido a sus edades, se optimizan aspectos muy importantes y de carácter vital para el estudio que se desee en cuanto a las técnicas que ejecute el tratante para la realización de una actividad lúdica, por lo que es conveniente tener muy en cuenta los factores

patológicos que le determinan a cada uno de ellos y así poder realizar la aplicación en cualquiera de los siguientes aspectos.

Practica psicomotriz educativa (preventiva): Los infantes a través de sus acciones corporales: como jugar, saltar, manipular objetos, etc. consiguen situarse en el mundo y adquieren intuitivamente los aprendizajes necesarios para desarrollarse en la escuela y en la vida. De esta forma lúdica y casi sin enterarse trabajan conceptos relativos al espacio (arriba/abajo, delante/detrás, derecha/izquierda,...), al tiempo (rapidez, ritmo, duración,...), destrezas motrices necesarias para el equilibrio, la vista, la relación entre otros niños, etc. con los consiguientes efectos sobre la mejor capacitación y emergencia de la escritura, la lectura y las matemáticas, indispensables hoy en día para el éxito académico.

Práctica de ayuda psicomotriz (terapéutica): Se realiza en centros privados o en colegios, tanto en grupo como en individual pero desde un enfoque que tiene en cuenta las especiales características de los niños o de las personas adultas con problemas o patologías. Se trata de ayudar a comunicarse a aquellos que tienen dificultades para relacionarse con los demás y el mundo que les rodea.

Practica psicomotricidad acuática: La estimulación psicomotriz acuática es útil cuando el bebé necesita motrizmente sus capacidades de movimiento. El agua le apoya a elaborar sensaciones y percepciones primeras de peso, volumen, distancia, esquemas e imagen corporal, y sus necesidades, deseos y posibilidades de acción, incorporando también, sensaciones de sostén, apoyo, contención, envoltura y equilibrio, en la constante lucha por la ley de la gravedad.

1.7. Enfermedades neurológicas y genéticas mas frecuentes que limitan el desempeño del área psicomotriz.

Las enfermedades patológicas que enfrasan las medidas más comunes del deterioro psicomotor encontramos un sin número de variedades, todas con el punto de partida neurológico o genético, como las derivamos a continuación.

Accidente cerebro vascular.

Un accidente cerebro vascular sucede cuando el flujo de sangre a una parte del cerebro se detiene. Algunas veces, se denomina "ataque cerebral" (derrame cerebral). Si el flujo sanguíneo se detiene por más de pocos segundos, el cerebro no puede recibir sangre y oxígeno, y las células cerebrales pueden morir, lo que causa daño permanente.

El sinónimo (ACV), es utilizado como del término ictus. Se caracteriza por un déficit neurológico ocasionado por una disminución importante del flujo sanguíneo cerebral, de forma anormalmente brusca (ictus isquémico) o bien, por la hemorragia originada por la rotura de un vaso cerebral (ictus hemorrágico). **Clasificándose en:**

Ictus isquémico: Un accidente cerebro vascular isquémico o accidente cerebro vascular oclusivo, también llamado infarto cerebral, se presenta cuando la estructura pierde la irrigación sanguínea debido a la interrupción súbita e inmediata del flujo sanguíneo, lo que genera la aparición de una zona infartada y es en ese momento en el cual ocurre el verdadero "infarto cerebral" y se debe sólo a la oclusión de alguna de las arterias que irrigan la masa encefálica, ya sea por acumulación de fibrina o de calcio o por alguna anomalía en los eritrocitos, pero generalmente es por arteroesclerosis o bien por un émbolo (embolia cerebral) que procede de otra localización.

Fundamentalmente el corazón u otras arterias (como la bifurcación de la carótidas o del arco aórtico). La isquemia de las células cerebrales en la mayoría de los casos puede producirse por los siguientes mecanismos y procesos:

De origen vascular o hemodinámico: Estenosis de las arterias (vasoconstricción) reactiva a multitud de procesos ("vasoespasmos cerebrales") debido a una disminución del gasto cardíaco o de la tensión arterial grave y mantenida, produciendo una estenosis y su consecuente bajo flujo cerebral.

De origen intravascular: Trombótico o aterotrombótico: Se forma un coágulo en una de las arterias que irrigan el cerebro (trombo), provocando la isquemia.

Este fenómeno se ve favorecido por la presencia de placas de aterosclerosis en las arterias cerebrales. De origen extravascular: Estenosis por fenómenos compresivos sobre la pared vascular: Abscesos, quistes, tumores, entre otros que también se destacan.

Causas

De los accidentes cerebro vascular isquémico la causa principal se da por el taponamiento de las arterias. La grasa, el colesterol y otras sustancias se acumulan en la pared de las arterias y forman una sustancia pegajosa llamada placa. En el hemorrágico ocurre cuando un vaso sanguíneo de una parte del cerebro se debilita y se rompe, lo que provoca que la sangre se escape hacia el cerebro. Algunas personas tienen defectos en los vasos sanguíneos del cerebro que hacen que esto sea más probable. Estos defectos pueden abarcar:

Parálisis cerebral.

La parálisis cerebral es una alteración que afecta al músculo, la postura y el movimiento afectando la psicomotricidad del paciente.

Los desórdenes psicomotrices de la parálisis cerebral están a menudo acompañados de problemas sensitivos, cognitivos, de comunicación y percepción, y en algunas ocasiones, de trastornos del comportamiento". Las lesiones cerebrales de la PC ocurren desde el período fetal hasta la edad de 5 años. Los daños cerebrales después de la edad de 5 años hasta el período adulto pueden manifestarse como PC, pero, por definición, estas lesiones no son PC.

Este es un término que agrupa ciertas condiciones de las que hay que tener en cuenta que agrupa un grupo de diferentes condiciones. Hay que tener en cuenta que no hay dos personas con parálisis cerebral con las mismas características o el mismo diagnóstico.

La Parálisis cerebral está dividida en cuatro tipos, que describen los problemas de movilidad que presentan. Esta división refleja el área del cerebro que está dañada. Las cuatro clasificaciones son: espástica, atetoide, atáxica, mixta.

Definición

La parálisis cerebral es un padecimiento que principalmente se caracteriza por la inhabilidad de poder controlar completamente las funciones del sistema motor. Esto puede incluir espasmos o rigidez en los músculos, movimientos involuntarios, y/o trastornos en la postura o movilidad del cuerpo.

Causas

Las causas que producen la parálisis cerebral van a depender y a variar de un caso a otro, por tanto no puede ni debe atribuirse a un factor único, aunque todos desarrollan como determinante común, la deficiente maduración del sistema nervioso central.

La parálisis cerebral puede producirse tanto en el período prenatal como perinatal o postnatal, teniendo el límite de manifestación transcurridos los cinco primeros años de vida.

En el período prenatal, la lesión es ocasionada durante el embarazo y pueden influir las condiciones desfavorables de la madre en la gestación. Suele ocasionar el 35% de los casos. Los factores prenatales que se han relacionado son las infecciones maternas (sobre todo la rubéola), la radiación, la anoxia (déficit de oxígeno), la toxemia y la diabetes materna.

En el período perinatal, las lesiones suelen ocurrir en el momento del parto. Ocasionan el 55% de los casos, y las causas más frecuentes son: anoxia, asfixia, traumatismo por fórceps, prematuridad, partos múltiples, y en general, todo parto que ocasiona sufrimiento al niño.

En el período postnatal, la lesión es debida a enfermedades ocasionadas después del nacimiento. Corresponde a un 10% de los casos y puede ser debida a traumatismos craneales, infecciones, accidentes vasculares, accidentes anestésicos, deshidrataciones, etc.

Clasificación

Según donde se localice la lesión cerebral se clasifican en:

Espástico: este es el grupo más grande; alrededor del 75% de las personas con dicha discapacidad presentan espasticidad, es decir, notable rigidez de movimientos, incapacidad para relajar los músculos, por lesión de la corteza cerebral que afecta los centros motores. Los síntomas más frecuentes son hipertonía, hiperreflexia e hiperflexión. La lesión está localizada en el haz piramidal.

Atetósico: en esta situación, la persona presenta frecuentes movimientos involuntarios que interfieren con los movimientos normales del cuerpo. Se producen por lo común, movimientos de contorsión de las extremidades, de la cara y la lengua, gestos, muecas y torpeza al hablar. Las afecciones en la audición son bastante comunes en este grupo, que interfieren con el desarrollo del lenguaje. La lesión de los ganglios basales del cerebro parece ser la causa de esta condición. Menos del 10% de las personas con parálisis cerebral muestran atetosis. La lesión está localizada en el haz extra piramidal.

Atáxico: en esta condición la persona presenta mal equilibrio corporal, una marcha insegura y dificultades en la coordinación y control de las manos y de los ojos. La lesión del cerebelo es la causa de este tipo de parálisis cerebral, relativamente rara.

Formas mixtas: es raro encontrar casos puros de espasticidad, de atetosis o de ataxia. Lo frecuente es que se presente una combinación de ellas.

Microcefalia.

La microcefalia es un trastorno neurológico en el cual la circunferencia de la cabeza es más pequeña que el promedio para la edad y el sexo del niño. La microcefalia puede ser congénita o puede ocurrir en los primeros años de vida. El trastorno puede provenir de una amplia variedad de condiciones que provocan un crecimiento anormal del cerebro o de síndromes relacionados con anomalías cromosómicas.

Posteriormente, la cabeza deja de crecer mientras que la cara continúa desarrollándose normalmente, lo que produce un niño con la cabeza pequeña, la cara grande, una frente en retroceso y un cuero cabelludo blando y a

menudo arrugado. A medida que el niño se hace mayor, la pequeñez del cráneo llega a ser más obvia, aunque todo el cuerpo generalmente presenta también peso insuficiente y enanismo.

El desarrollo de las funciones motrices y del habla puede verse afectado. La hiperactividad y el retraso mental son comunes, aunque el grado de cada uno varía. También pueden ocurrir convulsiones.

La capacidad varía, pudiendo evidenciarse desde torpeza en algunos casos hasta cuadriplejia espástica (parálisis) en otros.

En general, la esperanza de vida para los individuos con microcefalia se reduce y el pronóstico para la función normal del cerebro es pobre.

Lesión del plexo braquial

El plexo braquial es una red de nervios que transmite las señales desde la columna vertebral hasta el hombro, el brazo y la mano. Las lesiones del plexo braquial son causadas por el daño a estos nervios. Presentando como **síntomas**, la falta de control muscular en el brazo, la mano o la muñeca, Falta de sensación en el brazo o en la mano y molestias dolorosas o sensaciones extrañas al movimiento.

Las lesiones del plexo braquial pueden ser el resultado de un trauma, tumores o inflamación en el hombro. A veces ocurren durante el alumbramiento cuando los hombros del bebé quedan atascados durante el parto y hay un estiramiento o desgarramiento de los nervios. Algunas lesiones del plexo braquial pueden sanar sin tratamiento. Muchos de los niños que se lesionan durante el parto mejoran o se recuperan a los tres o cuatro meses de edad.

Parálisis facial

Se traducen por una parálisis de la musculatura facial inferior, unilateral, con conservación del territorio facial superior y se puede clasificar en:

La parálisis facial periférica: Consiste en un síndrome agudo con debilidad de la musculatura facial por afectación del nervio facial después del núcleo de

este nervio (infranuclear). Parálisis facial periférica idiopática o primaria: Es la más habitual y no se conoce la causa que la origina.

Parálisis facial sintomática o secundaria: Su frecuencia es menor.

Acondroplasia.

La Acondroplasia, es una causa común de enanismo, se relaciona en el 75 % de los casos con mutaciones genéticas (asociadas a la edad parental avanzada) y en el 25% restante con desordenes autonómicos dominantes. El desorden en si consiste en una modificación al ADN causada por alteraciones en el receptor del factor de crecimiento 3 de los fibroblastos, lo que a su vez genera anomalías en la formación de cartílago.

La enfermedad se presenta en 1 de cada 25.000 niños nacidos vivos y el tipo más frecuente de enanismo que existe está caracterizado por un acortamiento de los huesos largos con mantenimiento de la longitud de la columna vertebral, estas características dan un aspecto des armónico que se caracteriza por : macrocefalia, piernas y brazos cortos y un tamaño normal del tronco, entre otras irregularidades fenotípicas.

Se ha encontrado que si dos padres acondroplasicos tienen un hijo y ambos transmiten el gen mutante, el niño homocigoto tendrá una esperanza de vida de apenas unas semanas

En la Acondroplasia el receptor de este factor se encuentra mutado, por lo que este se encuentra constitutivamente activo lo cual lleva al acortamiento de los huesos. En cuanto a la herencia genética, una persona con Acondroplasia tiene el 50% de probabilidades de heredar esta enfermedad a sus hijos, lo cual significa que hay un 50% de probabilidades de que cada niño herede esta enfermedad.

No todas las personas que nacen con Acondroplasia tienen padres con esta misma condición, ya que esto puede ser resultado de una nueva mutación creyendo que esta enfermedad no se adquiere necesariamente por herencia genética, ya que existen nuevas mutaciones de los genes que pueden llevar a

una Acondroplasia, y esto está asociado principalmente con una edad avanzada de los padres.

Clasificación

Acondroplasia (omim 100800): Es por lo lejos el más común en los seres humanos con condrodisplasia con una prevalencia estimada a ser uno de 15 000 a 40 000 nacidos vivos. Es el prototipo de corto limbed enanismo y el arquetipo de un grupo de trastornos que van desde la mucho más grav.

Displasia tanatofórica (TD) a la menos grave hipocondroplasia. Estos trastornos comparten un mismo fenotipo clínico cualitativo dominado por las extremidades a corto, largo tronco, cabeza grande con abombamiento frontal, e hipoplasia semifacial.

Displasia tanatofórica (td): Es mucho más grave en general. Normalmente es letal en el período perinatal, pero en raras ocasiones los niños sobreviven con un mal pronóstico. Anomalías craneofaciales son mucho más dramática. El tórax parece largo pero estrecho y se asocia con destres respiratorio grave.

Displasia saddan: Se refiere a un fenotipo clínico de gravedad intermedia entre DT y la Acondroplasia acompañada de retraso en el desarrollo y acantosis nigricans.

Hemiparecia.

La hemiparecia no es una enfermedad. Es la consecuencia de una lesión cerebral, normalmente producida por una falta de oxígeno en el cerebro. Técnicamente la hemiparecia es una disminución del movimiento sin llegar a la parálisis. Es un grado menor que la hemiplejía, que produce parálisis total. Cuando se afecta el rostro y la cabeza la debilidad motora puede o no ser fácilmente evidente.

Definición.

La hemiparecia se distingue de la hemiplejía en que en la hemiplejía hay inmovilidad en vez de simplemente debilidad. En la hemiparecia, los reflejos

osteotendinosos se encuentran asimétricos, el signo de Babinski suele ser unilateral y con leve o notorio déficit de la fuerza muscular.

Causas.

Lesión en la médula espinal: Que dañan los nervios que inervan los músculos, que conduce a debilidad. El daño al cerebro también puede conducir a debilidad muscular. La apoplejía es una de las razones clásicas para las personas a desarrollar hemiparesia, y algunas veces la debilidad muscular es uno de los principales síntomas de ictus que trae los pacientes en el hospital.

Lesiones en la cabeza, tumores cancerosos en el cerebro: Pueden conducir al desarrollo de la debilidad muscular. La debilidad muscular aparece en el lado del cuerpo que corresponde a la zona del cerebro que ha sido dañado. El daño a la médula espinal puede incluir daño causado por trauma, como en el caso de un accidente de coche caer, o herida sufrida durante una pelea. Las condiciones tales como la esclerosis múltiple y ciertos tipos de cáncer también pueden causar lesiones en la médula espinal que interfieren con la función de los nervios.

Síndrome Down.

El síndrome de Down (SD) es un trastorno genético causado por la presencia de una copia extra del cromosoma (o una parte del mismo), en vez de los dos habituales, por ello se denomina también trisomía del par. Se caracteriza por la presencia de un grado variable de discapacidad cognitiva y unos rasgos físicos peculiares que le dan un aspecto reconocible.

Es la causa más frecuente de discapacidad cognitiva psíquica congénita¹ y debe su nombre a John Langdon Haydon Down que fue el primero en describir esta alteración genética en 1866, aunque nunca llegó a descubrir las causas que la producían.

No se conocen con exactitud las causas que provocan el exceso cromosómico, aunque se relaciona estadísticamente con una edad materna superior a los 35 años. Las personas con síndrome de Down tienen una probabilidad algo

superior a la de la población general de padecer algunas enfermedades, especialmente de corazón, sistema digestivo y sistema endocrino, debido al exceso de proteínas sintetizadas por el cromosoma de más.

Los avances actuales en el descifrado del genoma humano están desvelando algunos de los procesos bioquímicos subyacentes a la discapacidad cognitiva, pero en la actualidad no existe ningún tratamiento farmacológico que haya demostrado mejorar las capacidades intelectuales de estas personas.

Las terapias de estimulación precoz y el cambio en la mentalidad de la sociedad, por el contrario, sí están suponiendo un cambio positivo en su calidad de vida.

Retardo (retraso) mental.

Retardo mental (también conocido como retraso mental o deficiencia mental) es una afección que se diagnostica antes de los 18 años de edad y supone que el individuo que lo padece presenta un funcionamiento intelectual que se ubica por debajo del promedio.

El retardo mental está formado por una serie de trastornos de naturaleza psicológica, biológica o social, que determinan una carencia de las habilidades necesarias para la vida cotidiana.

Por lo general, se considera que una persona sufre retardo mental cuando su funcionamiento intelectual es inferior al coeficiente intelectual de 70-75 y cuando presenta limitaciones significativas en dos o más áreas de las habilidades adaptativas.

Clasificación

Retraso mental moderado: Los individuos incluidos en esta categoría presentan una lentitud en el desarrollo de la comprensión y del uso del lenguaje y alcanzan en esta área un dominio limitado.

Rara vez pueden conseguir una vida completamente independiente en la edad adulta. Sin embargo, por lo general, estos enfermos son físicamente activos y

tienen una total capacidad de movimientos. La mayoría de ellos alcanza un desarrollo normal de su capacidad social para relacionarse con los demás y para participar en actividades sociales simples.

Retraso mental grave: Tanto el cuadro clínico, como la etiología orgánica y la asociación con otros trastornos son similares a los del retraso mental moderado. Padecen un grado marcado de déficit motor o de la presencia de otro déficit que indican la presencia de un daño o una anomalía del desarrollo del sistema nervioso central, de significación clínica.

Retraso mental profundo: El cociente intelectual en esta categoría es inferior a 20-25, lo que significa en la práctica que los afectados están totalmente incapacitados para comprender instrucciones o requerimientos o para actuar de acuerdo con ellas.

La mayoría tienen una movilidad muy restringida o totalmente inexistente, no controlan esfínteres y son capaces en el mejor de los casos sólo de formas muy rudimentarias de comunicación no verbal. Poseen una muy limitada capacidad para cuidar sus necesidades básicas y requieren ayuda y supervisión constantes. 3

Causas

Condiciones genéticas: A veces el retraso mental es causado por genes anormales heredados de los padres, errores cuando los genes se combinan, u otras razones. Algunos ejemplos de condiciones genéticas incluyen síndrome de Down, síndrome frágil X, y phenylketonuria (PKU). 4

Problemas durante el embarazo: Puede resultar cuando el bebé no se desarrolla apropiadamente dentro del útero. Éste puede sufrir malformaciones encefálicas y craneales, como la microcefalia (cabeza más pequeña de lo normal), macrocefalia (cabeza más grande de lo normal) e hidrocefalia (aumento del liquido encéfalo raquídeo dentro del cerebro).

Problemas al nacer: Si el bebé tiene problemas durante el parto, es cuando existe la carencia de oxígeno, provocando daños a la zona cerebral.

2. ACTIVIDAD LÚDICA.

La lúdica es la actividad que fomenta el desarrollo psico-social, motor y conformador de la personalidad, logrando mediante su ejecución una gama de valores que orientan a la adquisición de saberes, donde interactúan el placer, el gozo, la creatividad y el conocimiento.

2.1. Concepto.

La actividad lúdica se entiende como una dimensión del desarrollo de los individuos, siendo parte constitutiva del ser humano. El concepto de lúdica es tan amplio como complejo, pues se refiere a la necesidad del ser humano, de comunicarse, de sentir, expresarse. Producir en los seres humanos una serie de emociones orientadas hacia el entretenimiento, la diversión, el esparcimiento que lleva a gozar, reír, gritar e inclusive llorar en una verdadera fuente generadora de emociones.

2.2. Definición.

La Lúdica es de carácter vital, la conformación de la personalidad, evidencia valores, puede orientarse a la adquisición de saberes, encerrando una amplia gama de actividades.

Organiza las acciones de un modo propio y específico, ayudando a conocer la realidad permitiendo al niño afirmarse al proceso socializador en diversos tipos como:

El intelectual-cognitivo se fomenta la observación, la atención, las capacidades lógicas, la fantasía, la imaginación, la iniciativa, la investigación científica, los conocimientos, las habilidades, los hábitos, el potencial creador, etc.

En el volitivo-conductual se desarrollan el espíritu crítico y autocrítico, la iniciativa, las actitudes, la disciplina, el respeto, la perseverancia, el compañerismo, la cooperación, la lealtad, la seguridad en sí mismo, estimula la emulación fraternal, etc. Mientras que en el afectivo-motivacional se propicia la camaradería, el interés, el gusto por la actividad, el colectivismo, el espíritu de solidaridad, dar y recibir ayuda, etc.

Como se puede observar el juego es en sí mismo una vía para estimular y fomentarla creatividad, si en este contexto se introduce además los elementos técnico-constructivos para la elaboración de los juegos, la asimilación de los conocimientos técnicos y la satisfacción por los resultados, se enriquece la capacidad técnico-creadora del individuo.

2.3. Juegos psicomotores

El juego es una exploración placentera que tiende a probar la función motora en todas sus posibilidades. Gracias a este tipo de juego los niños se exploran a ellos mismos y miden en todo momento lo que son capaces de hacer, también examinan su entorno, descubriendo a otros niños y objetos que les rodean, haciéndolos partícipes de sus juegos. Se pueden encontrar>

Juego sociales

La mayoría de las actividades lúdicas que se realizan en grupo facilitan que los niños se relacionen con otros niños, lo que ayuda al proceso de adaptación dentro de cualquier grupo social.

Juegos afectivos – emocionales

Los juegos de rol o los juegos dramáticos pueden ayudar al niño a asumir ciertas situaciones personales y dominarlas, o bien a expresar sus deseos inconscientes o conscientes, así como a conflicto.

Los juegos de autoestima son los que facilitan al individuo sentirse contento de ser como es y de aceptarse a sí mismo ensayar distintas soluciones ante un determinado.

2.4. Clasificación de los juegos.

Yo, a partir de la experiencia como estudiante y la práctica de su estructuración y utilización, considero la siguiente clasificación:

Juegos sensoriales: Se denominan juegos sensoriales a los juegos en los que los niños fundamentalmente ejercitan todos los sentidos. Los juegos motores:

Aparecen espontáneamente en los niños(as) desde las primeras semanas repitiendo los movimientos y gestos que inician de una forma involuntaria.

El juego manipulativo: En los Juegos manipulativos intervienen los movimientos relacionados con la presión de la mano como sujetar, abrochar, apretar, atar, coger, encajar, ensartar, enroscar, golpear, moldear, trazar, vaciar y llenar.

Los juegos de imitación: En los juegos de imitación los niños tratan de reproducir los gestos, los sonidos o las acciones que han conocido anteriormente.

El juego simbólico: El juego simbólico es el juego de ficción, el de –hacer como inician los niños desde los dos años aproximadamente. f fundamentalmente consiste en que el niño da un significado nuevo a los objetos.

Los juegos verbales: Los juegos verbales favorecen y enriquecen el aprendizaje de la lengua. Ayudan directamente a lo que se relaciona con pronunciación y formación de palabras, frases u oraciones.

Los juegos de razonamiento lógico: Estos juegos son los que favorecen el conocimiento lógico-matemático Ejemplos: los de asociación de características contrarias, por ejemplo, día-noche, lleno-vacío, limpio-sucio.

Juegos de memoria: Hay múltiples juegos que favorecen la capacidad de reconocer y recordar experiencias anteriores.

Existen diferentes clases de memoria. Como mi interés está centrado en la etapa de Educación Infantil me intereso especialmente las clases de memoria asociadas a los sentidos de nuestro cuerpo. Como el observar, sentir, saborear y olfatear

Juegos de fantasía: Los juegos de fantasía permiten al niño dejar por un tiempo de enfrascarse de la realidad y sumergirse en un mundo imaginario de ilusiones, donde todo es posible de acuerdo con el deseo propio que medite o remplace previo a una situación.

2.5. Origen de la actividad lúdica.

El juego en la época clásica: tanto en Grecia como en Roma el juego infantil era una actividad que estaba presente en la vida cotidiana de los pequeños

El juego del mundo medieval: los juegos representan figuras animales o humanas.

El juego en la etapa moderna: En el siglo XVII surge el pensamiento pedagógico moderno, que concibe el juego educativo como un elemento que facilita el aprendizaje.

El juego a partir del siglo XIX: con la revolución industrial en marcha, los niños y niñas tiene poco tiempo para jugar. En el siglo XVIII:

La búsqueda del sistema educativo útil y agradable se convirtió en una obsesión para los responsables de la educación, que mayoritariamente era impartida por la iglesia.

Funciones.

Ante la ejecución de cualquier actividad de juego se Desarrollan capacidades como la del pensamiento y la creatividad motora. Estimula la capacidad para razonar, estimular el pensamiento reflexivo y el representativo. Crear fuentes de desarrollo potencial en la motricidad, es decir, aquello que puede llegar a ser. Ampliar la memoria. Desarrollar la movilidad y la imaginación.

Proporcionar diversión, entretenimiento, alegría y placer, expresa libremente y descarga tensiones, desarrolla y aumenta la autoestima y el auto concepto, para forjar la formación de la personalidad logrando descubrir:

- Nuevas sensaciones.
- Coordinar los movimientos de su cuerpo de forma dinámica, global, etc.
- Desarrollar su capacidad sensorial y perceptiva.
- Organizar su estructura corporal.
- Ampliar y explorar sus capacidades motoras y sensoriales.
- Descubrirse en los cambios materiales que se derivan de la exploración.

3. Diseño de la propuesta.

Capítulo # 2

Propongo que dentro del área de Terapia Ocupacional del centro de estimulación temprana Dr. Eliecer Valle Carrera del Cantón Chone se estimule mediante la realización de juegos funcionales, simbólicos, constructivos y reglados, en el área motora fina, cognoscitiva y social de niños(as) que asisten a los procesos de rehabilitación. Mediante acciones manipulativas y estrategias prácticas,

Estos parámetros inician por medio del orden verbal y expresivo, que permita brindar de manera óptima y objetiva el estímulo necesario en las áreas con suma necesidad, de intervención adecuada en los niños de 1 a 8 años de edad con habilidades especiales.

Brindando capacitación constante a los padres de familia o cuidadores que de una o otra manera permanecen el mayor tiempo posible con el niño, con el fin de que la ejecución de actividades lúdicas constantes ayude a mejorar los aspectos psicomotrices del niño en beneficio a su calidad de vida.

Planificando la intervención ocupacional en los predios del área propuesta a la rehabilitación de la manera más divertida y sencilla brindando el apoyo necesario de manera instantánea a todo tipo de población que se ve afectada por diferentes problemas de cualquier índole.

La herramienta principal como terapeuta ocupacional en objetivo al tratamiento es la intervención directa o indirecta mediante diferentes técnicas de trabajo centradas a la realización de las actividades lúdicas del diario vivir.

aplicando técnicas rehabilitadoras mediante la intervención ya que como disciplina la Terapia Ocupacional me comprometo con la acción de lograr conseguir estrategias de intervención seleccionadas que me permitan la estimulación a la población afectada por las diferentes patologías, asumiendo con alta responsabilidad los roles ocupacionales personalmente significativos y socialmente valorados desde la formación académica y humanística, para

poder potenciar la acción de las actividades donde se pueda proporcionar diversión, entretenimiento, alegría y placer, expresarse libremente y descargar tensiones, estimulando el autoestima y el auto concepto, para forjar al éxito de los objetivos específicos, experimentando nuevas sensaciones, coordinar los movimientos de forma dinámica, global, desarrollar su capacidad sensorial perceptiva y organizar su estructura social. Permitiendo se Descubran en cada uno de ellos los cambios que se derivan de la exploración.

Experimentar el logro y aumentando o manteniendo el mayor nivel de independencia posible del mismo, teniendo en cuenta los distintos campos de aplicación y las necesidades especiales que requiera.

Esta modalidad incluye la evaluación mediante la observación clínica estructurada la aplicación de pruebas específicas de evaluación seleccionadas, con el propósito de precisar la implicación de las anomalías motoras, brindándole la prioridad a. Los agarres, (BILATERAL-ESFERICO-PRONO-SUPINO).

De sus pinzas (BICUSPIDES-TRICUSPIDES-EMPUÑADA) y el ejercicio de prensión que realiza cada uno de los miembros que son de carácter vital y esencial para la participación activa del individuo dentro del desenvolvimiento en todas las A.V.D, que intervienen en el estilo y la calidad de vida del individuo.

De cognición. Para reconocer el tiempo y el espacio, desarrollar el aprendizaje mediante la observación y la exploración de texturas, dimensiones, profundidad, tamaños, formas, suavidad, dureza, colores y correlación numérica ordenada y alfabetizada

Priorizando todos los recursos vivos he inertes para desarrollar la memoria y cada una de las destrezas del niño, que fluctúan en cuanto a su etapa de vida.

El tratamiento rehabilitador con terapia ocupacional es realizado en forma individual, en dependencia de las necesidades de la persona y los objetivos que se persigan en el mismo proyecto.

Los resultados de la aplicación del tratamiento de esta modalidad terapéutica dependerán del nivel de motivación del niño y del apoyo de sus familiares y su terapeuta mediante el proceso de rehabilitación, el mismo que logre el mejoramiento de habilidades y destrezas motoras finas antes nombradas, para que le permitan la adquisición de la escritura y el control muscular, manual y postural, el desarrollo y mejora general del niño (a), para lo cual se suministra el tiempo que se logre aprovechar y las maneras y métodos que se deban aplicar.

3.1. El juego y la intervención, en el área de terapia ocupacional.

Los juegos abarcan la mayor parte de las formas fundamentales del movimiento, por lo que el niño adquiere de esta manera una movilidad general, desarrolla habilidades y destrezas.

En el sistema de educación socialista, los juegos en su conjunto ocupan el lugar principal. Su gran valor biológico y pedagógico lo han convertido en un medio indispensable para la formación de la personalidad.

Los juegos motrices tienen una función pedagógica y política sumamente importante, en la solución de tareas educativas en el sentido de conducir a nuestros niños a una actitud moral, así como prepararlos para la vida de una manera consciente y sistemática. Son un medio eficaz para superar aquella sensibilidad desagradable y excitable del organismo y del ánimo.

La intervención ocupacional

La intervención ocupacional permite brindar apoyo de manera instantánea a todo tipo de población que de una u otra manera se ve afectada por diferentes problemas de cualquier índole.

La herramienta principal como terapeuta ocupacional en objetivo al tratamiento es la intervención directa o indirecta mediante diferentes técnicas de trabajo centradas y de la mano a la realización de las actividades del diario vivir.

Realización de los juegos Yo, a partir de la experiencia como estudiante y la práctica de su estructuración y utilización, considero con fundamentación de mí

propuesta la intervención en cada uno de los niños con problemas psicomotores la ejecución de las siguientes actividades planificadas de manera científica y investigativa, en una gama de juegos, sensoriales, de manipulación, de imitación, verbales, de fantasía, y de memoria.

3.2. Principios básicos de la aplicación de los juegos en terapia ocupacional.

La participación

Es el principio básico de la actividad lúdica que expresa la manifestación activa de las fuerzas físicas e intelectuales del jugador. La participación es una necesidad intrínseca del ser humano, porque se realiza, se encuentra a sí mismo, negársela es impedir que lo haga, no participar significa dependencia, la aceptación de valores ajenos. La participación del estudiante constituye el contexto especial específico que se implanta con la aplicación del juego.

El dinamismo

Expresa el significado y la influencia del factor tiempo en la actividad lúdica. Todo juego tiene principio y fin, por lo tanto el factor tiempo tiene en éste el mismo significado primordial que en la vida. Además, el juego es movimiento, desarrollo, interacción activa en la dinámica del proceso pedagógico.

El entretenimiento

Refleja las manifestaciones amenas e interesantes que presenta la actividad lúdica, las cuales ejercen un fuerte efecto emocional en el estudiante y puede ser uno de los motivos fundamentales que propicien su participación activa en el juego.

El valor didáctico de este principio consiste en que el entretenimiento refuerza considerablemente el interés y la actividad cognoscitiva de los estudiantes.

Es decir, el juego no admite el aburrimiento, las repeticiones, ni las impresiones comunes y habituales; todo lo contrario, la novedad, la singularidad y la sorpresa son inherentes a éste.

El desempeño de roles

Está basado en la modelación lúdica de la actividad del estudiante, y refleja los fenómenos de la imitación y la improvisación.

La competencia

Se basa en que la actividad lúdica reporta resultados concretos y expresa los tipos fundamentales de motivaciones para participar de manera activa en el juego. El valor didáctico de este principio es evidente, sin competencia no hay juego, ya que ésta incita a la actividad independiente, dinámica, y moviliza todo el potencial físico e intelectual del niño. La competencia actúa en la formación y maduración de la conducta del infante.

3.3. Composición del juego.

Toda actividad lúdica que se realice se compone de aspectos fundamentales como:

- Esclarecer en la participación activa Una meta o un objetivo.
- Formular las Reglas.
- Tener sus Herramientas o componentes.
- Reto o desafío.
- Interactividad.
- Ejecución.
- Finalización.

3.4. Fases del juego.

Introducción

Comprende los pasos o acciones que posibilitarán comenzar el juego, incluyendo los acuerdos que establezcan las normas o tipos de juegos.

Desarrollo

Durante el mismo se produce la actuación de los estudiantes en dependencia de lo establecido por las reglas del juego.

Culminación

El juego culmina cuando un jugador o grupo de jugadores logra alcanzar la meta en dependencia de las reglas establecidas, o cuando logra acumular una mayor cantidad de puntos, demostrando un mayor dominio de los contenidos y desarrollo de habilidades.

3.5. Los beneficios del juego mediante la intervención ocupacional.

A través del juego se pueden obtener grandes beneficios tanto en los niños como en los adultos, al contribuir a un estado físico y emocional saludable. Cuando jugamos nos olvidamos de preocupaciones, y luego, aunque cansados, nos sentiremos renovados.

El juego en el niño, es un medio a través del cual representa varios roles que luego podrá interpretar en la vida real, se relaciona con los demás, ejercita la habilidad viso espacial, al mismo tiempo, pone y recibe límites, todo esto contribuye a su adaptación al medio social. El juego en el adulto también es importante, aunque se tienda a creer que hace parte exclusivamente de la etapa infantil.

Los adultos, que durante su infancia no jugaron mucho, pueden presentar dificultades para desarrollar con seguridad sus relaciones sociales, podrán experimentar incomodidades frente a situaciones divertidas o miedo a experimentar.

Dentro de los beneficios del juego, están: el desarrollo del aprendizaje, y además de esto, como se mencionó antes, contribuye a aliviar el estrés del día a día, por el exceso de trabajo y las necesidades diarias; ayuda a activar nuestro cuerpo y nuestra mente.

Aunque el trabajo y las obligaciones en exceso, puede ser perjudicial, en cambio, la seriedad no es incompatible con la diversión (ejemplo: el ajedrez). A través del juego nos podemos comunicar por medio del lenguaje corporal, se propicia un espacio de aceptación de las diferencias, favorece los vínculos entre las personas, se adquiere mayor flexibilidad y autoconfianza.

Por otra parte, hay un juego que es de carácter terapéutico: el que es realizado por un psicólogo con su consultante, para ayudarle a revelar emociones y conflictos internos, para buscar que proyecte la forma como la persona se relaciona con los demás, para luego tomar conciencia sobre éstas y buscar soluciones.

A través del juego terapéutico se fomenta la manifestación de los sentimientos que suelen estar relacionado con recuerdos conscientes o inconscientes de la infancia, lo cual ha contribuido a ir estructurando la propia personalidad.

El vínculo afectivo del infante es uno de los que fomentan el esquema corporal y motivacional del niño, para una mejor unión con los seres que formen parte de su vida.

3.6. Actividades aplicadas durante los meses de agosto a enero como medio de intervención ocupacional

3.6.1. Juegos funcionales.

Lanzar balones a un molde de payaso.

Materiales: careta de payaso con perforación en diferentes lugares del cuerpo colocada en la pared de mejor espacio y comodidad. Balones plásticos de amaño pequeño.

Organización: preparar al niño(a) para la actividad. Manteniéndolo a una distancia acorde a su carácter patológico.

Desarrollo: lanzar las pelotas con una de las extremidades o de preferencia del terapeuta, tomando en cuenta el tiempo y el desgaste que se realizara por parte del efector.

Rasgar papeles

Materiales: papeles de diversas texturas y colores.

Organización: sentar al niño(a) de la manera más cómoda y acorde para la efectuación de la actividad de carácter motor fino.

Desarrollo: en supervisión del terapeuta ocupacional rasgar de manera longitudinal los papeles.

Creación de castillos con legos en libre imaginación

Materiales: legos. Mesa,

Organización: mantener al niño en un espacio cerrado y silencioso, que le elaboración de algo imaginario a su preferencia.

Desarrollo: de libre ejecución del autor.

Sacar y guardar objetos

Materiales: Cajas y Tallos con estructuras en su interior.

Organización: encontrarse cómodamente ubicado en un espacio amplio, en compañía del terapeuta. Sin otros elementos que llamen la atención del niño, manteniéndose alerta de sus respuestas u sugerencias.

Desarrollo: motivar a sacar las piezas mediante la acción motora coordinada del ojo y la mano al exterior, para luego Incentivar a que guarde en un estilo parecido.

Colocación de círculos de madera en pirámide media

Materiales: pirámide y círculos de madera en diferentes colores y tamaños.

Organización: situarse en una posición de optimo agrado para la realización de la actividad en forma severa y supervisada por el terapeuta ocupacional.

Desarrollo: sacar en secuencia ordenada los círculos de madera. Para luego reordenarlo en forma lógica.

Pintar con las palmas de la mano sobre cartulinas.

Materiales: Pinturas de agua, cartulina, pañitos húmedos, y toalla.

Organización: permanecer en una postura adecuada para la supervisión constante al infante. Mantener los utilizar una mesa amplia, para mantener los elementos en condiciones que permitan la movilidad y el control.

Desarrollo: asistir al niño a la ubicación de la pintura en los rasgos ya realizados en la cartulina, dependiendo del diseño se utilizaran uno o varios colores de su preferencia, se lo motiva de manera supervisada a desplazar en el contorno de la cartulina a la extremidad de preferencia que se desee estimular.

Punzar granos de lentejas, maíz, fideos.

Materiales: Granos naturales de cualquier índole que no amenacen peligro para el infante,

Organización: se mantiene distante y bajo supervisión del terapeuta los elementos a utilizar, en una mesa acorde y amplia. Midiendo el grado de limitación del niño(a).

Desarrollo: Se desplazan granos de diferentes texturas en lo concerniente al espacio que se desee utilizar, tomando en cuenta la limitación funcional del niño(a) y se dispersan en sentidos lógicos o de preferencia del terapeuta. Luego se motiva al infante a realizar con sus manos diversos cambios, como también se le puede llegar a ordenar de manera verbal y simbólica que los guarde en orden de textura y tamaño.

Insertar cuentas en cordones.

Materiales: mesa cómoda. Caja o tacho lleno de cuentas plásticas, cordón, individuo y supervisor.

Organización: Se mantiene un tacho (caja) de manera cerrada y con el suficiente material en el interior del mismo.

Desarrollo: se motiva al niño(a) a formar una cadena secuenciada del elemento que se utiliza. El mismo que puede variar en color, tamaño y forma, dependiendo del grado de afectación que presente el ejecutor de la actividad,

luego de terminado el desarrollo de formación se expande a la parte final, donde el niño(a) tendrá que retroceder los pasos a deseos del terapeuta.

Orden de marco circular.

Materiales: piezas del marco, y cuadro perforado.

Organización: mantenerse en una posición cercana al niño(a), para la supervisión de que el mismo observe, distinga los colores y sienta las texturas.

Desarrollo: que el niño observe atentamente las piezas y las palpe claramente con sus dedos. Para luego insertarlas de manera correcta en cuanto a preferencia del terapeuta.

Sello de hojas (boletos).

Materiales: sello de color, tintado y de estructura plástica, para seguridad del niño. Hojas o boletos graficados que llamen la atención.

Organización: sentarse cómodamente en una mesa amplia o de preferencia, sujetar de manera asistida o activa del niño el sello plástico.

Desarrollo: sellar boletos con una de las manos, y pasar las hojas con la sobrante.

3.6.2. Juegos simbólicos.

Mímica para sonreír.

Elemento: el niño y la persona que sirve de estímulo.

Organización: efectuar varios episodios de preferencia del terapeuta.

Desarrollo: expresar los eventos de manera entretenida.

Payaso al grafico.

Elemento: el niño u la persona que sirve de estímulo.

Organización: presentación con un traje que llame la atención del niño(a), en una de las siguientes áreas. La de terapia Ocupacional, o la del hogar o algún evento social.

Desarrollo: efectuar de manera expresiva los eventos de preferencias del terapeuta.

Somos toda familia.

Elemento: el niño(a), padres, cuidador(a), amigo(a), familiares.

Organización: preparar a ambos miembros, estimularlos al desarrollo de la actividad

Desarrollo: Brindar la orden de que el niño o la niña muestre afecto a uno de sus seres queridos.

3.6.3.Juegos constructivos

Armar rompecabezas.

Materiales: rompe cabezas de imágenes y colores a preferencia del terapeuta.

Organización: prepara y motivar al infante a que por medio de la observación construya la imagen anteriormente observada, en supervisión constante desde la parte posterior del terapeuta.

Desarrollo: utilizar ambas manos y colocar las piezas en orden general, con la diferenciación de colores, tamaños, bordes y formas.

Juegos de mesa con plastilina.

Materiales: mesa, plastilina de preferencia al terapeuta.

Organización: colocar en mesa plastilinas de diferentes colores, mantener el espacio adecuadamente preparado para el evento.

Desarrollo: generalizar las acciones de interacción del infante, mediante el desarrollo de, bolas, cuadros, gusanos, etc.

Juegos de mesa con trenes y carros.

Materiales: Carro o tren de madera.

Organización: preparar el ambiente del área con sencillez, para que otro elemento de la misma no pueda llamar la atención. Mantener la mesa con los materiales divididos para dos personas, con el terapeuta de frente a ellos.

Desarrollo: motivar a que mediante la construcción imaginaria de los niños, realicen casas para el paso de los recolectores, policías y taxis imaginarios. Que sean de carácter útil para sembrar en las mismas costumbres de la realidad.

Juegos de mesa con puzles.

Materiales: los puzles de preferencia del terapeuta, el puzle una mesa y una silla para el infante.

Organización: primero que el niño(a) puzle los puzle

Desarrollo: primero que el niño(a) puzle los puzles con el puzle, que identifique los moldes y los construya en secuencia estructurada, mediante la participación asistida del rehabilitador.

Juego de mesa con tablillas de madera.

Materiales: tablillas de madera en preferencia del terapeuta, mesa y silla.

Organización: organizar las tablillas en orden, por textura, tamaño color y forma.

Desarrollo: construir torres o cuadros en contra de la gravedad.

3.6.4 Juegos reglados.

Juegos de auto cuidado personal (peinado)

Materiales: geles, peinillas, espejo.

Organización: mantener al niño de manera cómoda frente al espejo a su lado diestro deben de encontrarse los materiales antes dispuestos para la realización de la actividad. El terapeuta debe mantenerse en la parte posterior del mismo.

Desarrollo: de manera reglada y indicada por el terapeuta motivar al infante a que se realice un peinado, de manera consciente y de preferencia, colocarse el aplicativo (gel, aceite etc.) colocarse en el cabello y peinarse.

Realizar trazos en la pizarra líquida.

Materiales: Pizarra y marcadores líquidos, borrador.

Organización: mantenerse acorde y en buena visión a la pizarra.

Desarrollo: el terapeuta debe dar una orden a su preferencia o desarrollar un gráfico que el niño(a) tendrá que realizar.

La búsqueda

Materiales: un frasco o elemento que muestre un objeto graficado.

Organización: prepara al niño para la búsqueda observacional de uno de los elementos graficados ubicados en una posición cómoda y cercana al terapeuta ocupacional.

Desarrollo: buscar el objeto.

Domi-no

Materiales: mesa, fichas de domi-no, participantes.

Organización: crear orden y reglas de la actividad.

Desarrollo: jugar en preferencia del terapeuta para el estímulo de lo planificado mediante los colores y las texturas.

3.7. Juguetes de motricidad fina para niños de 1 a 3 años

- Vasos de plástico que encajan entre sí.
- Pizarra con tizas de colores para dibujar
- Cuentos sencillos con grandes ilustraciones.
- Construcciones de pocas piezas, pero grandes y ligeras.
- Puzles de no más de 8 piezas
- Tableros.
- Plastilinas de diferentes colores.
- Juguetes de encajar formas.
- Tijeras con punta redonda.
- Zapatos ficticios.
- Granos como los de lentejas, maíz, arroz, fideos y lentejas.
- Carros y muñecas
- Balones y raquetas.
- Pinzas de cordel
- Crayones
- Hojas

Juguetes de motricidad fina para niños de 3 a 5 años

- Construcciones y puzles de no más de 30 piezas
- Grandes construcciones hechas de madera
- Tijeras con punta redonda.
- Pinturas hechas de cera o pinturas de dedos.
- Equipo de carpintero, de fontanero, tendero...
- Mecanos.
- Barro o plastilina para modelar con las manos.
- Tambores.
- Pianos.
- Granos como los de lentejas, maíz, arroz, fideos y lentejas.
- Do, mi no, naipes, tarjetas cómicas.

TERAPIA OCUPACIONAL

- Carros, trenes de maderas.
- Texturas finas y gruesas de papel, plásticos y cauchos.
- Hojas
- Pinzas de cordel
- Carros y muñecas
- Tableros de montesori
- Plastilinas de colores
- Juguetes de encaje
- Papeles en diversos colores

Juguetes de motricidad fina para niños de 6 a 8 años

- Juguetes que se desmontan
- Puzles más complicados
- Juguetes de construcción con piezas de diferentes tamaños
- Acuarelas, pinturas, ceras y rotuladores
- Caja de herramientas de juguete
- Mecanos.
- Telas, hilo, tijeras de punta redonda...
- Muñecas con vestidos para cambiar.
- Balones, de fútbol, de bobath, tenis etc.
- Utensilios plásticos para la alimentación.
- Pinillas, geles y cremas.
- Pinturas en temperas
- Hojas
- Pinzas de cordel
- Carros y muñecas
- Granos
- Tableros de Montessori
- Plastilina de colores
- Juguetes de formas
- Papeles de diferentes colores y texturas

Capítulo # 3

Lista de los casos atendidos que formaron parte de la muestra de estudio para la investigación, en el área de terapia ocupacional, del centro de estimulación temprana Dr.: “Eliecer Valle Carrera” del canton Chone.

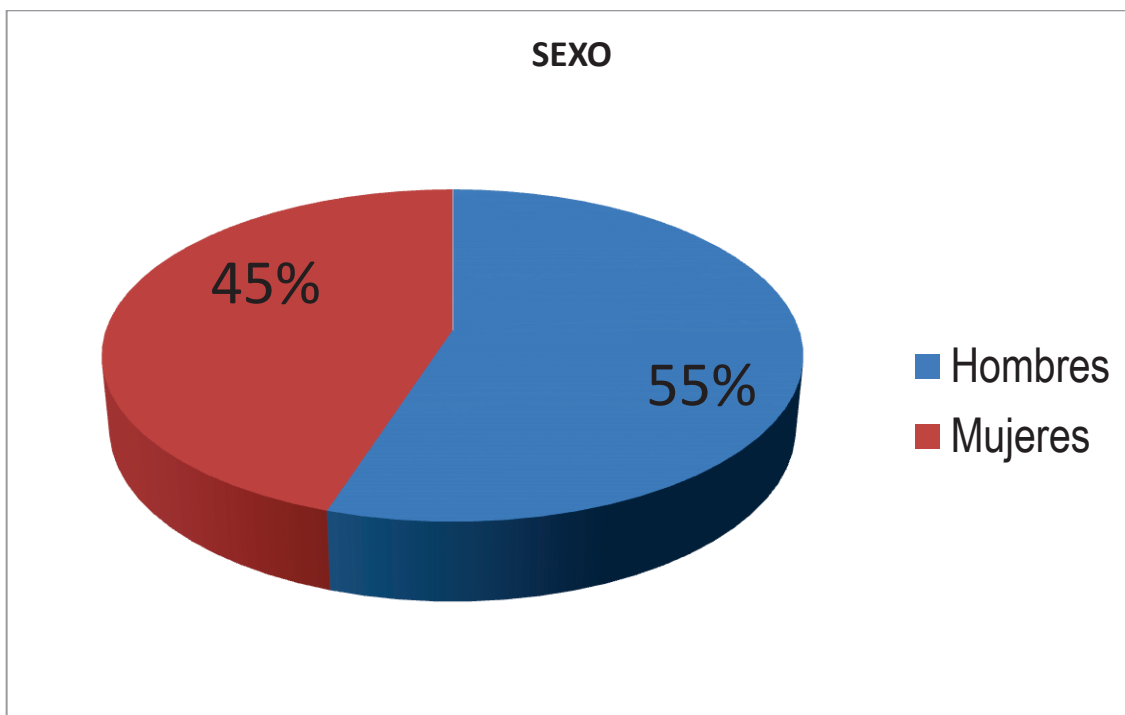
#	Nombres	Edad	Patología
1	¿?	4 año 9 meses	P.C.I (Mixto)
2	¿?	2 años 10 meses	Lesión Plexo Braquial Derecho
3	¿?	2años 3 mese	P.C.I (Mixto)
4	¿?	7 años 10 meses	P.C.I (Hipotónico)
5	¿?	2 años 6 meses	Parálisis Facial
6	¿?	2 años 3 meses	Acondroplasia Enanismo
7	¿?	1 año 10 meses	P.C.I (Atetoxico)
8	¿?	11 años	P.C.I (Mixto)
9	¿?	1 año	Retraso Psicomotor
10	¿?	2 años 1 mes	P.C.I (Mixto)
11	¿?	2 años 10 meses	Hemiparecia Derecha
12	¿?	1 año 6 meses	P.C.I (Hepastico)
13	¿?	4 años 10 meses	Hemiparecia Izquierda
14	¿?	3 años 2 meses	Síndrome Dow
15	¿?	6 años	Retardo Mental
16	¿?	2 años 1 mes	Retardo Mental
17	¿?	3 años	Microcefalia
18	¿?	6 años	Síndrome Dow
19	¿?	8 años	P.C.I (Hepastico)
20	¿?	1 año7 meses	Microcefalia

CUADRO N°1

Distribución por sexo de los pacientes atendidos en el área de terapia Ocupacional.

TABLA DE DATOS

Orden	Sexo	Frecuencia	Porcentaje
1	Masculino	11	55%
2	Femenino	9	45%
TOTAL		20	100%



FUENTE: NIÑOS(AS) DEL ÁREA DE TERAPIA OCUPACIONAL
AUTOR: LEONARDO CEDEÑO LOOR

ANÁLISIS

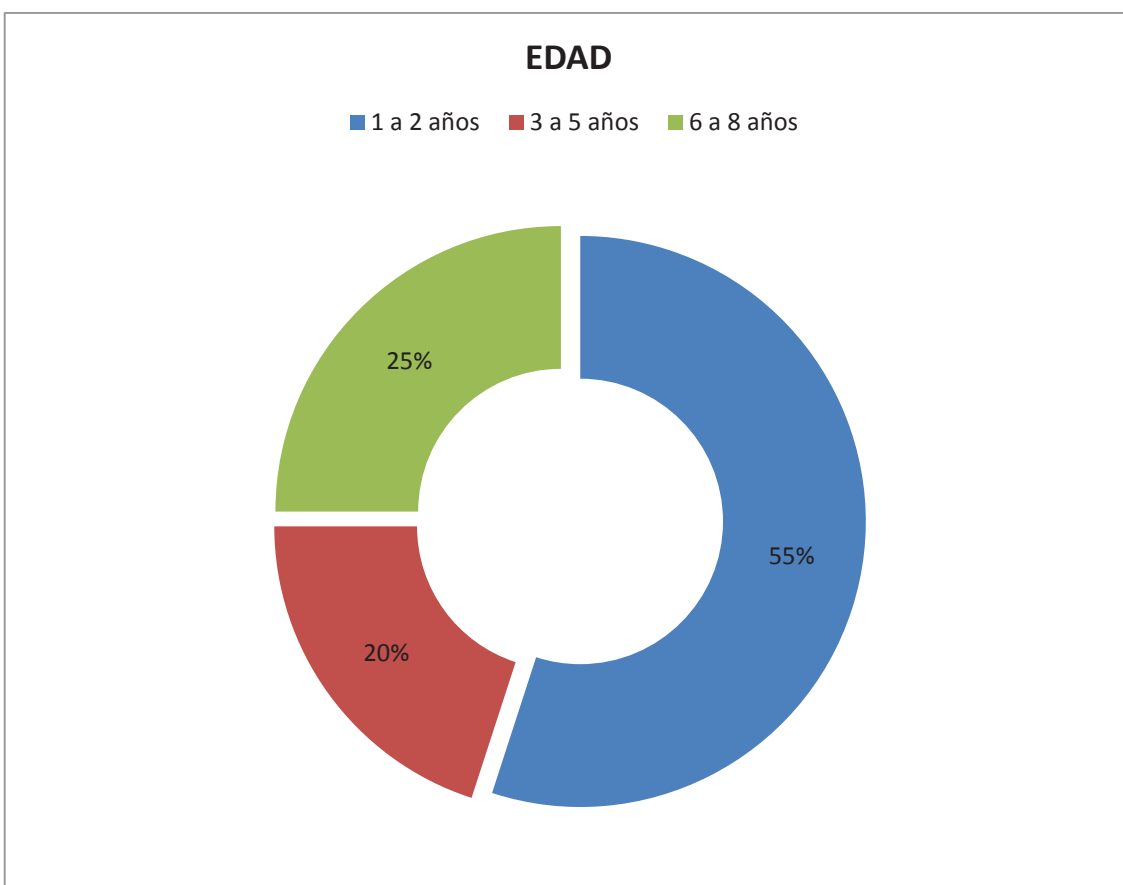
El siguiente cuadro estadístico otorga las cantidades por sexo masculino y femenino de los niños que asistieron durante el periodo agosto del 2012 a enero del 2013 al área de terapia ocupacional del centro de estimulación temprana del Canton Chone. El mismo en el que se demuestra que en su mayoría fueron de sexo masculino.

CUADRO N°2

Distribución por edades de los niños atendidos en el área de terapia Ocupacional.

TABLA DE DATOS

Orden	Edades	Frecuencia	Porcentaje
1	1 a 2 años	11	55%
2	3 a 5 años	4	20%
3	6 a 8 años	5	25%
TOTAL		20	100%



FUENTE: NIÑOS(AS) DEL ÁREA DE TERAPIA OCUPACIONAL
AUTOR: LEONARDO CEDEÑO LOOR

ANÁLISIS

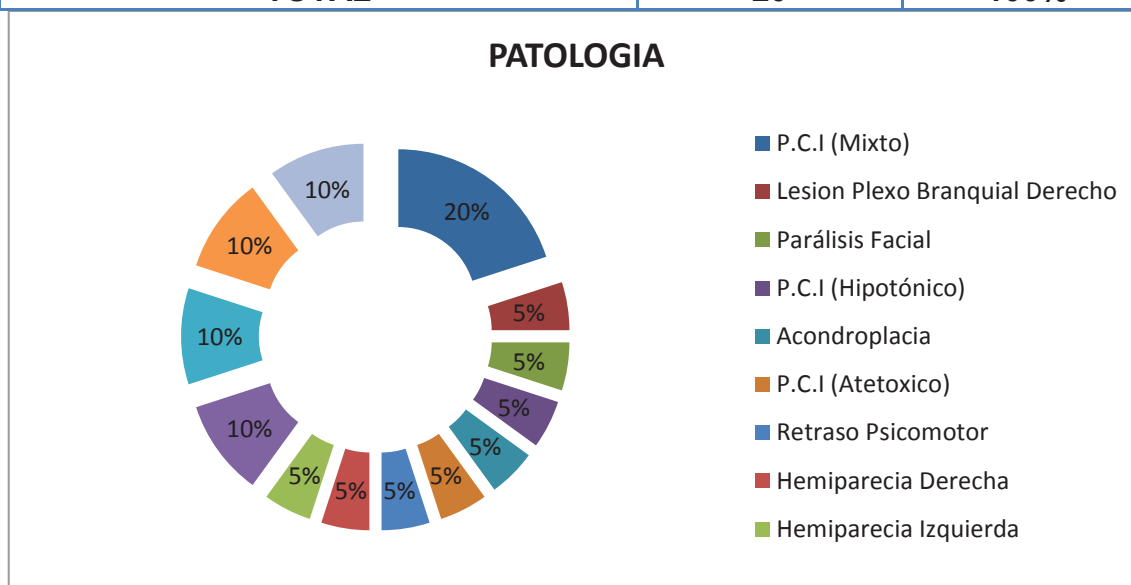
Los niños con habilidades diferentes que formaron parte del tema de investigación se presentaron en edades diferentes motivo por el cual se realizó el estudio del caso respectivo en cuanto a la edad correspondiente. Dando como resultado que en su mayoría predominó el grupo de 1 a 2 años. De edad.

CUADRO N°3

Distribución por Patología de los pacientes atendidos en el área de T.O.

TABLA DE DATO

Orden	Patología	Frecuencia	Porcentaje
1	P.C.I (Mixto)	4	20%
2	Lesión Plexo Braquial Derecho	1	5%
3	Parálisis Facial	1	5%
4	P.C.I (Hipotónico)	1	5%
5	Acondroplasia Enanismo	1	5%
6	P.C.I (Atetoxico)	1	5%
7	Retraso Psicomotor	1	5%
8	Hemiparecia Derecha	1	5%
9	Hemiparecia Izquierda	1	5%
10	Síndrome Down	2	10%
11	Retardo Mental	2	10%
12	Microcefalia	2	10%
13	P.C.I (Hepastico)	2	10%
TOTAL		20	100%



FUENTE: NIÑOS(AS) DEL ÁREA DE TERAPIA OCUPACIONAL

AUTOR: LEONARDO CEDEÑO LOOR

ANÁLISIS

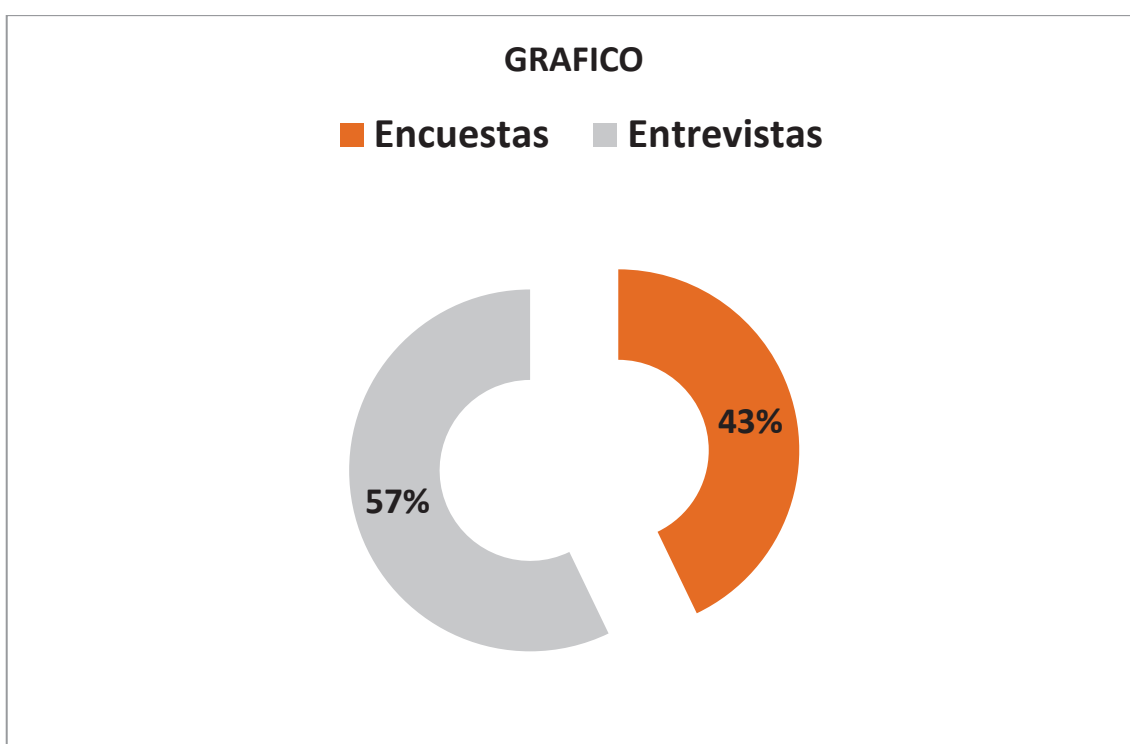
Para la intervención ocupacional en los niños con déficit neurológico sirvió identificar las patologías que con mayor frecuencia afectan al grupo de estudio, donde se demuestra que en su mayor porcentaje predominó el P.C.I (mixto) en un 20 %.

CUADRO N°4

Numero de encuestadas y entrevistadas realizadas en el centro de estimulación temprana Dr. Eliecer Valle Carrera del Canton Chone.

TABLA DE DATOS

Orden	Nombre	Frecuencia	Porcentaje
1	Encuestas	30	43%
2	Entrevistas 1 y 2	40	57%
TOTAL		70	100%



FUENTE: CLIENTES DEL CENTRO DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA
AUTOR: LEONARDO CEDEÑO LOOR

ANÁLISIS

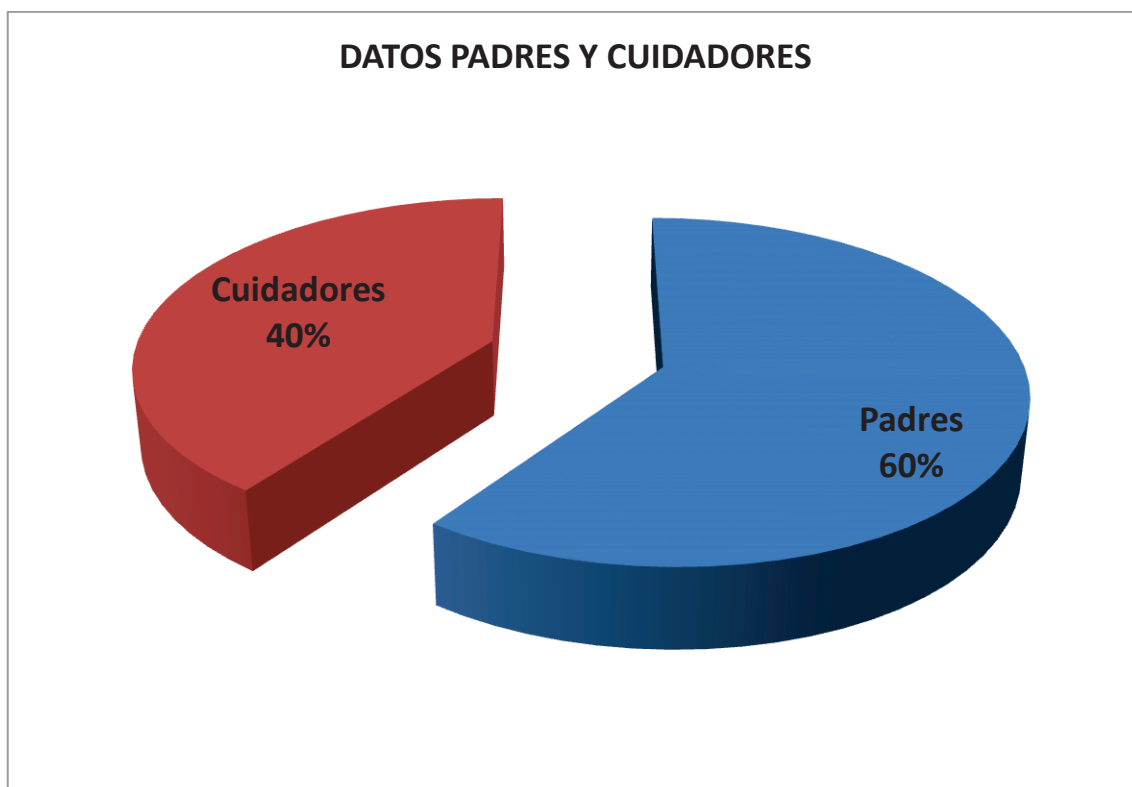
Entre los métodos de investigación se produjo la necesidad de solventar el número de encuestas y entrevista realizadas, donde se especifica el porcentaje de cada una de las que se realizaron, como herramienta de apoyo para la intervención que se realizo. Donde predomino a un número mayor el total de encuestas con un 57%.

CUADRO N°5

Porcentaje diferencial de asistencia entre los padres y cuidadores de los niños(as) que se integraron a los talleres de ejecución lúdica en el área de T,O.

TABLA DE DATOS

Orden	Nombres	Frecuencia	Porcentaje
1	Padres	12	60%
2	Cuidadores	8	40%
TOTAL		20	100%



FUENTE: PADRES Y CUIDADORES DEL ÁREA DE TERAPIA OCUPACIONAL
AUTOR: LEONARDO CEDEÑO LOOR

ANÁLISIS

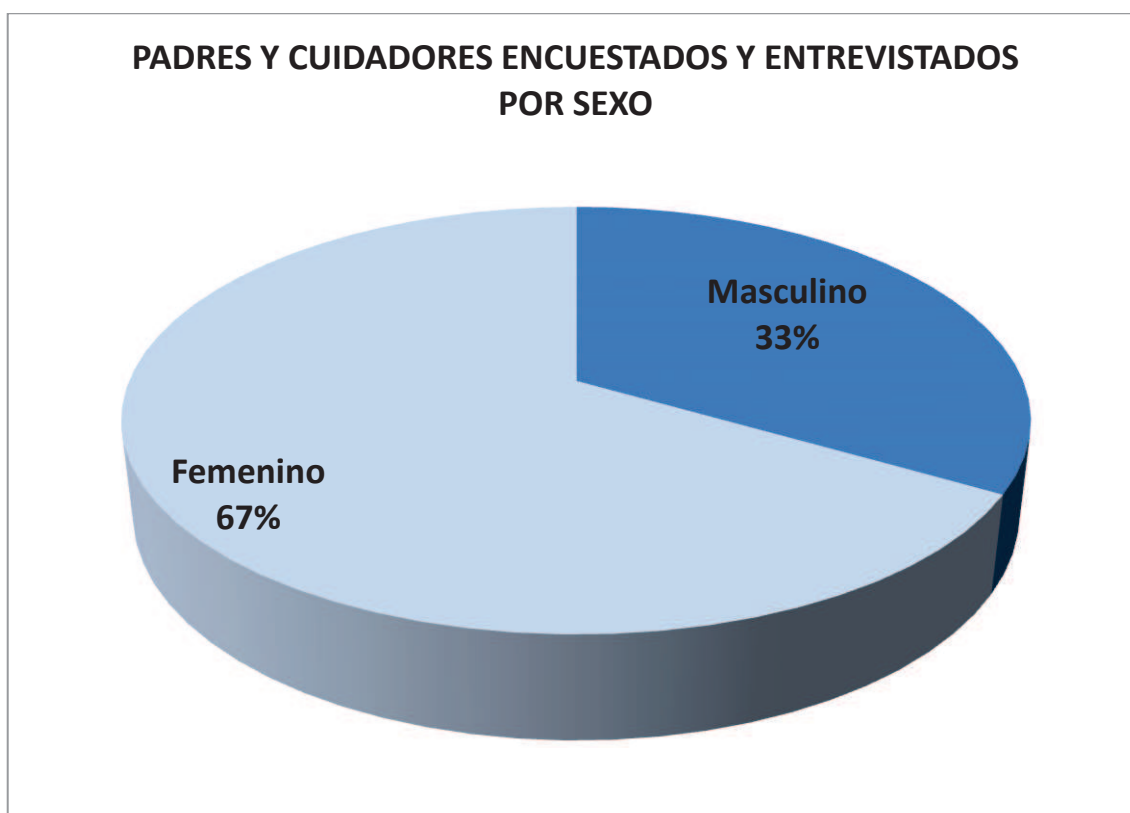
En este cuadro se representa de manera estadística el total de padres y cuidadores que asisten con el niño(a) de habilidades especiales al área de terapia ocupacional, en cuidado de la seguridad y la atención necesaria del niño.

CUADRO N°6

Distribución por sexo del total de padres encuestados y entrevistados para las actividades de integración social junto al niño(a) con habilidades diferentes.

TABLA DE DATOS

Orden	Padres y cuidadores encuestados	Frecuencia	Porcentaje
1	Masculino	10	33%
2	Femenino	20	67%
TOTAL		30	100%



FUENTE: PADRES Y CUIDADORES DEL ÁREA DE TERAPIA OCUPACIONAL
AUTOR: LEONARDO CEDEÑO LOOR

ANÁLISIS

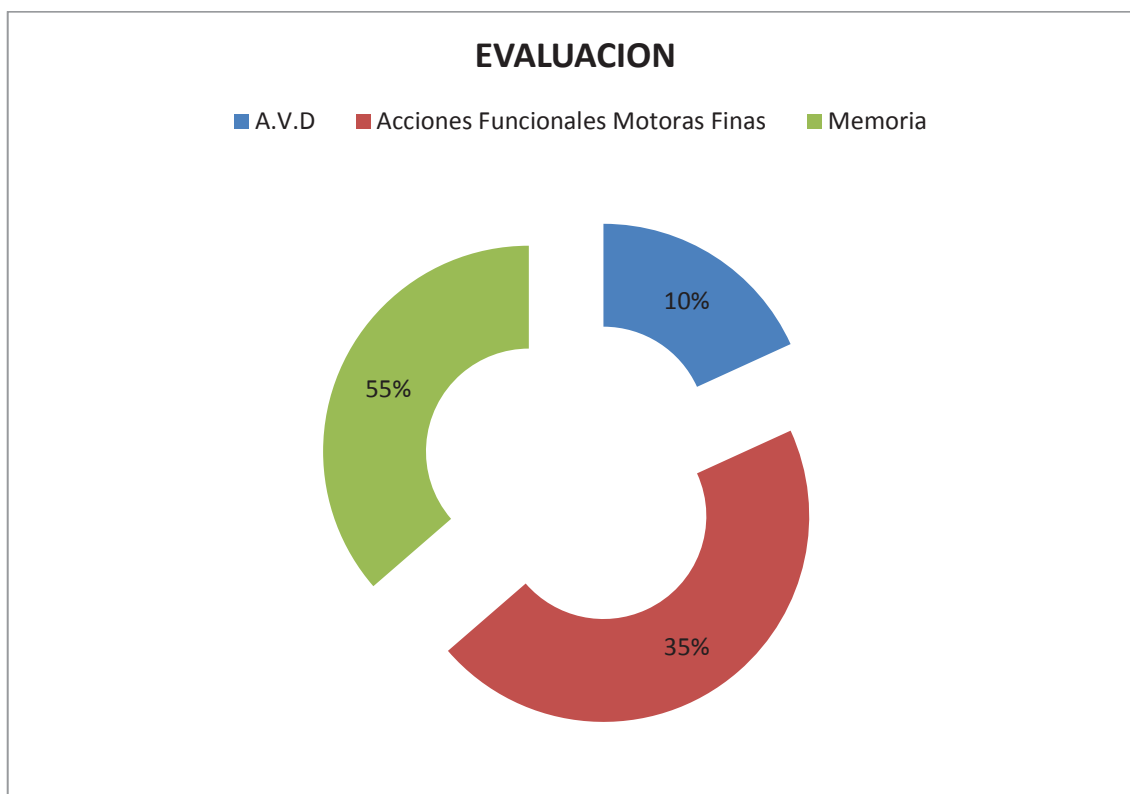
Entre los padres encuestados y entrevistados en el centro de estimulación temprana Dr.: Eliecer Valle Carrera del canton Chone durante el periodo agosto 2012 a enero 2013 se vio la necesidad de tomar en cuenta el sexo de las mismas. Sirviendo este en el proceso de la investigación que se realizo.

CUADRO N°7

Estadística general del total de actividades aplicadas a los niños con habilidades especiales dentro del área de Terapia Ocupacional.

TABLA DE DATOS

Orden	Actividades	Frecuencia	Porcentaje
1	A.V.D	20	20%
2	Acciones Funcionales Motoras Finas	50	50%
3	Memoria	40	30%
TOTAL		110	100%



FUENTE: EVALUACIONES DEL ÁREA DE TERAPIA OCUPACIONAL
 AUTOR: LEONARDO CEDEÑO LOOR

ANÁLISIS

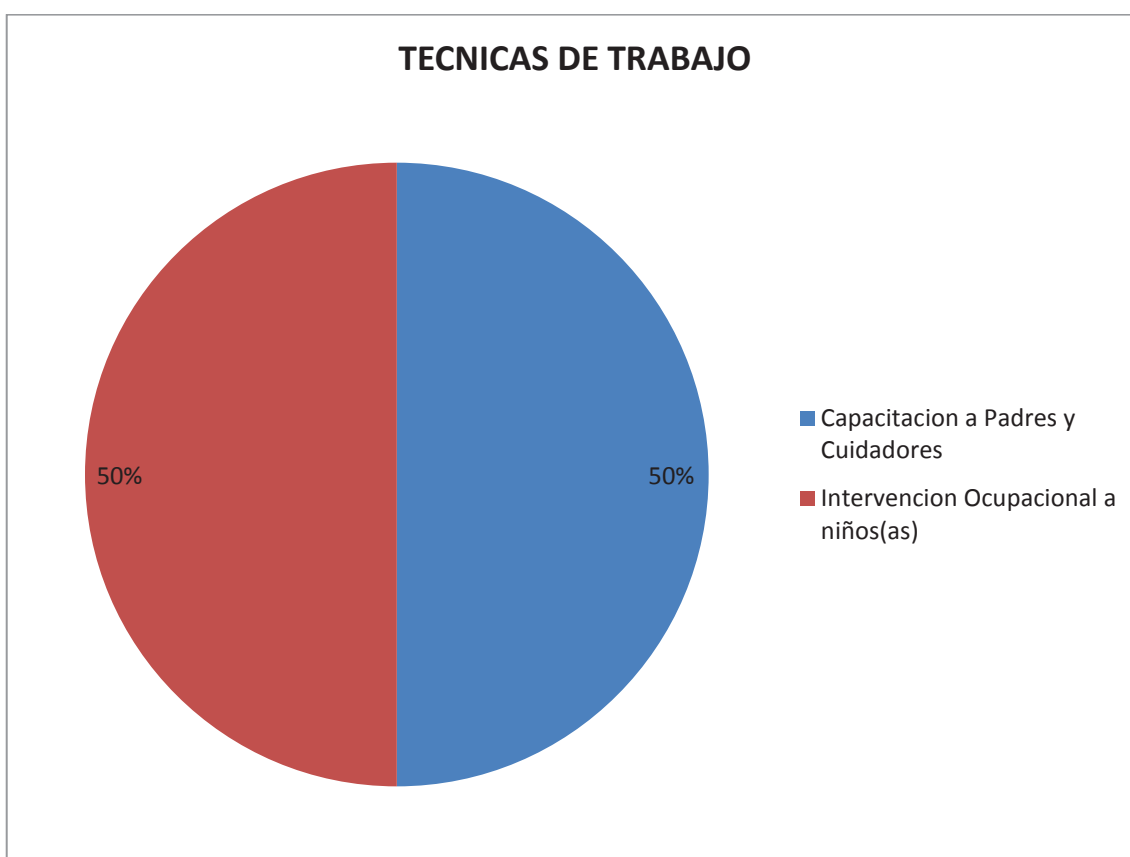
En el campo estadístico de la realización de las actividades planteadas diferenciamos que con un 55% predominaron las acciones funcionales motoras finas y que ayudaron en los resultados obtenidos de las diferentes fichas aplicadas a los niños de 1 a 8 años de edad.

CUADRO N°8

Distribución de los métodos de trabajo aplicados para el logro de los objetivos planteados a los niños, padres y cuidadores.

TABLA DE DATOS

Orden	Técnicas de Trabajo	Frecuencia	Porcentaje
1	Capacitación a padres y cuidadores	20	50%
2	Intervención Ocupacional a niños(as)	20	50%
TOTAL		40	100%



FUENTE: EVALUACIONES DEL ÁREA DE TERAPIA OCUPACIONAL
AUTOR: LEONARDO CEDEÑO LOOR

ANÁLISIS

En el campo estadístico del trabajo encontramos los resultados obtenidos de los métodos de intervención que ayudaron a lograr los objetivos planteados para beneficio de los niños padres y cuidadores.

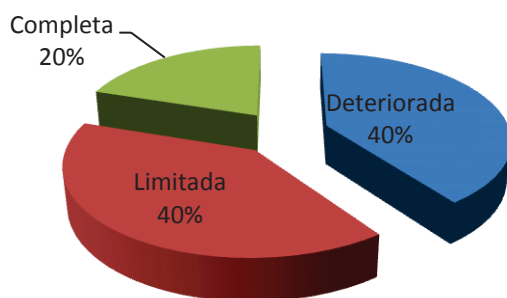
CUADRO N°9

Porcentaje diferencial del inicio y la culminación de la rehabilitación en el desarrollo motor fino de los niños(as) atendidos en el área de T.O.

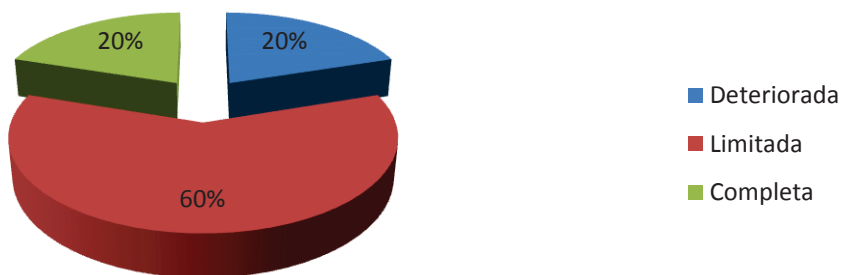
TABLA DE DATOS

Orden	Funcionalidad Psicomotora Fina	Frecuencia Agosto	Porcentaje Agosto	Frecuencia Enero	Porcentaje Enero
1	Deteriorada	8	40%	4	20%
2	Limitada	8	40%	12	60%
3	Completa	4	20%	4	20%
TOTAL		20	100%	20	100%

MOTRICIDAD FINA GENERAL (AGOSTO)2012



MOTRICIDAD FINA GENERAL (ENERO)2013



FUENTE: EVALUACIONES DEL ÁREA DE TERAPIA OCUPACIONAL
 AUTOR: LEONARDO CEDEÑO LOOR

ANÁLISIS

Este cuadro refleja por porcentaje el resultado en la funcionalidad motora fina de los niños de 1 a 8 años de edad al inicio de la intervención y al final de misma, reflejando de manera globalizada la disminución del deterioro que padecían los niños de 1 a 8 años de edad atendidos en el área de T.O.

CUADRO N°10

Resultado diferencial del inicio y la culminación de la rehabilitación en el nivel cognoscitivo.

TABLA DE DATOS MES DE (AGOSTO)

Orden	Cognoscitivo	Frecuencia	Porcentaje
1	Alto	5	25%
2	Medio	8	40%
3	Bajo	7	35%
TOTAL		20	100%

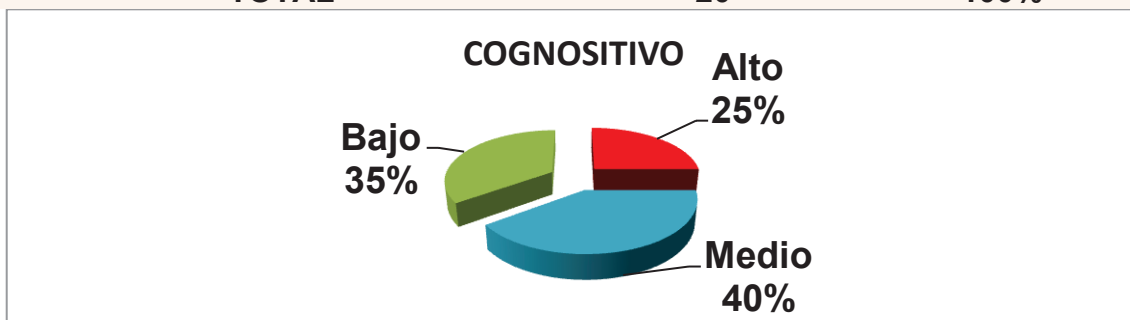
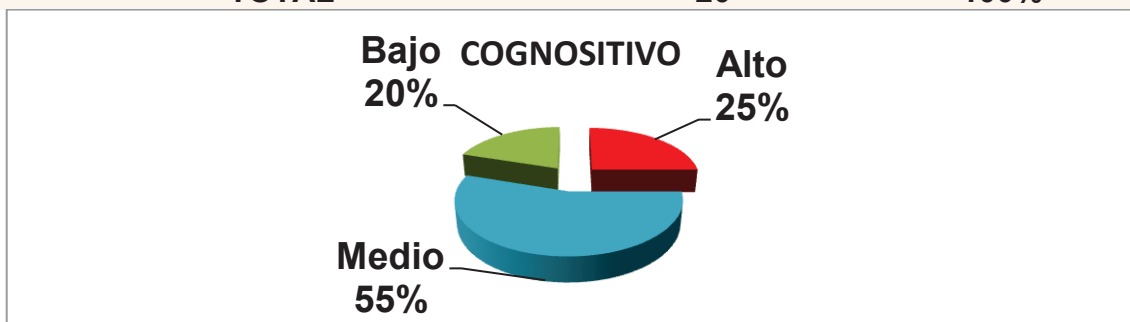


TABLA DE DATOS MES DE (ENERO)

Orden	Cognoscitivo	Frecuencia	Porcentaje
1	Alto	5	25%
2	Medio	11	55%
3	Bajo	4	20%
TOTAL		20	100%



FUENTE: EVALUACIONES DEL ÁREA DE TERAPIA OCUPACIONAL
 AUTOR: LEONARDO CEDEÑO LOOR

ANÁLISIS

Datos diferenciales que proporcionan el resultado de los logros cognoscitivos en los niños atendidos en el área de Terapia Ocupacional. Siendo en su totalidad a beneficio de las metas propuestas en lograr el mejoramiento del mismo.

CUADRO N°11

Cuadro diferencial en porcentaje de los niveles de Integración social selectos.

TABLA DE DATOS MES DE (AGOSTO)

Orden	Integración Social	Frecuencia	Porcentaje
1	Alto	7	35%
2	Medio	4	20%
3	Bajo	9	45%
TOTAL		20	100%

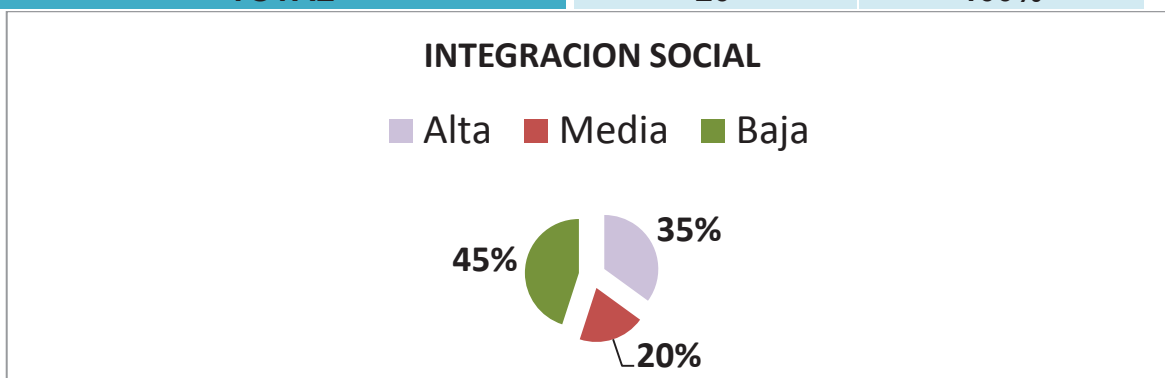
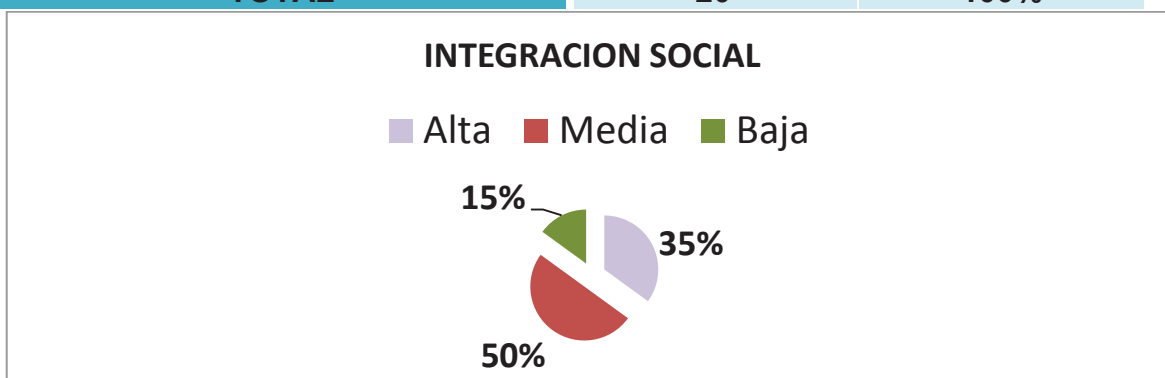


TABLA DE DATOS MES DE (ENERO)

Orden	Integración Social	Frecuencia	Porcentaje
1	Alto	7	35%
2	Medio	10	50%
3	Bajo	3	15%
TOTAL		20	100%



FUENTE: EVALUACIONES DEL ÁREA DE TERAPIA OCUPACIONAL

AUTOR: LEONARDO CEDEÑO LOOR

ANÁLISIS

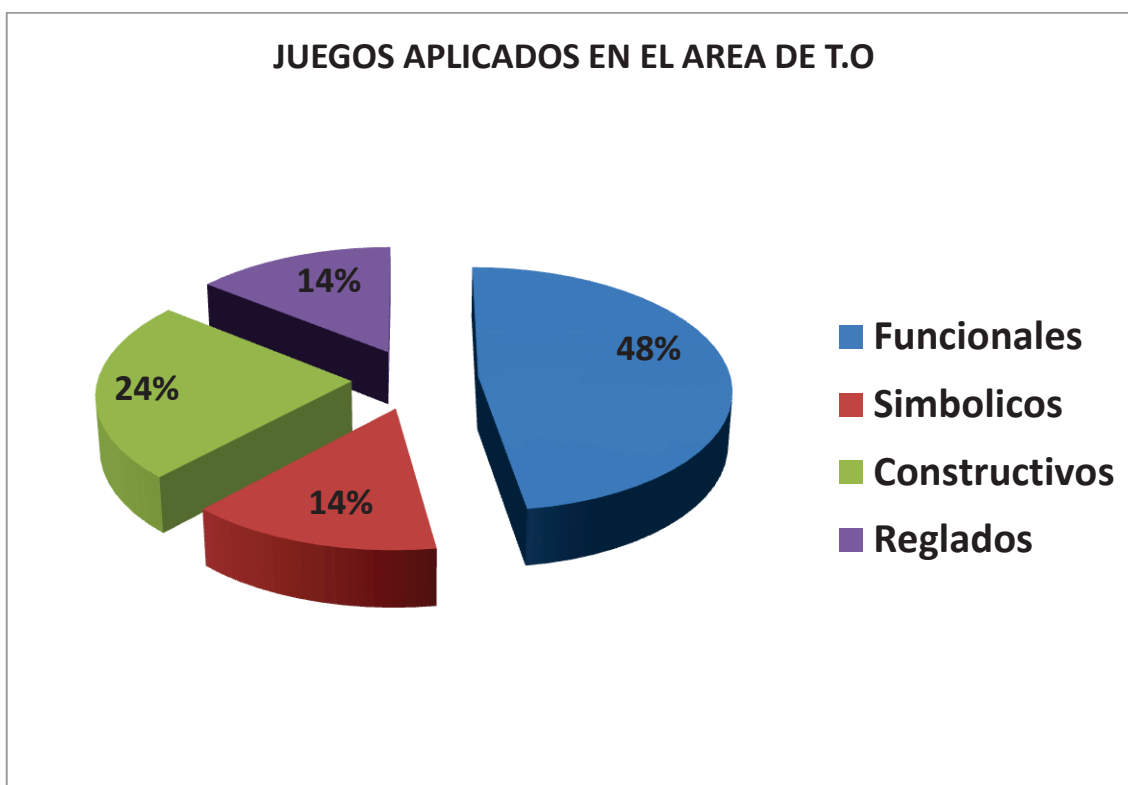
El grafico diferencial ayuda a esclarecer que los valores integrales del niño con la sociedad, cambiaron considerablemente por medio de la intervención temprana a cada uno de los niños(as) con habilidades diferentes.

CUADRO N°12

Cuadro representativo de los juegos ejecutados como medio de rehabilitación a los niños atendidos en el área de Terapia Ocupacional.

TABLA DE DATOS

Orden	Juegos	Frecuencia	Porcentaje
1	Funcionales	10	48%
2	Simbólicos	3	14%
3	Constructivos	5	24%
4	Reglados	3	14%
TOTAL		21	100%



FUENTE: EVALUACIONES DEL ÁREA DE TERAPIA OCUPACIONAL
 AUTOR: LEONARDO CEDEÑO LOOR

ANÁLISIS

Este es el resultado de los juegos que con mayor intensidad se aplicaron en el proceso de rehabilitación de los niños de 1 a 8 años de edad con habilidades diferentes, donde predominó con un 48% el método lúdico funcional, que permitió fomentar la intervención para el logro de excelentes resultados, que fortalecieron el proyecto de investigación..

CUADRO N°13

Cuadro estadístico de la evaluación funcional de las pinzas en los niños(as) de 1 a 8 años de edad que ingresaron al área de Terapia Ocupacional.

TABLA DE DATOS (AGOSTO)

Orden	Pinzas	Frecuencia	Porcentaje
1	Pinzas Tricúspide	14	57%
2	Pinzas Bicúspide	15	29%
3	Pinza (Empuñada)	18	14%
TOTAL		47	100%

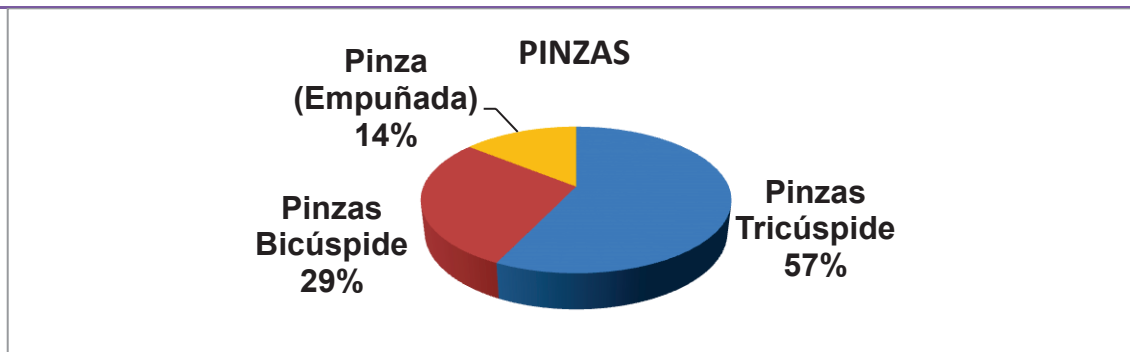
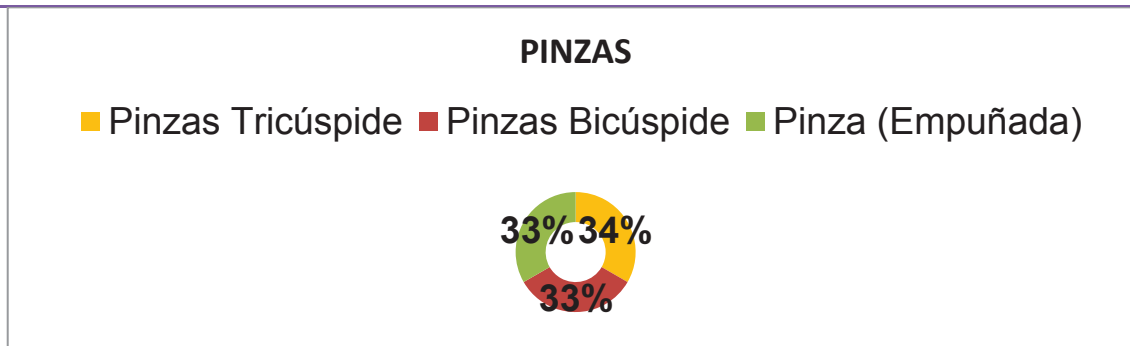


TABLA DE DATOS (ENERO)

Orden	Pinzas	Frecuencia	Porcentaje
1	Pinzas Tricúspide	30	34%
2	Pinzas Bicúspide	30	33%
3	Pinza (Empuñada)	30	33%
TOTAL		90	100%



FUENTE: EVALUACIONES DEL ÁREA DE TERAPIA OCUPACIONAL

AUTOR: LEONARDO CEDEÑO LOOR

ANÁLISIS

El resultado estadístico de la evaluación funcional en los niños de 1 a 8 años de edad aplicada a los niños que ingresaron al área de Terapia Ocupacional

CUADRO N°14

Grafico diferencial de los tipos de agarres funcionales en los niños(as) de 1 a 8 años de edad antes y después del periodo de rehabilitación.

TABLA DE DATOS (AGOSTO)

Orden	Agarres	Frecuencia	Porcentaje
1	Agarre Cilíndrico	25	24%
2	Agarre Esféricos	30	28%
3	Agarre Bilateral	20	19%
4	Agarre General	30	29%
TOTAL		105	100%

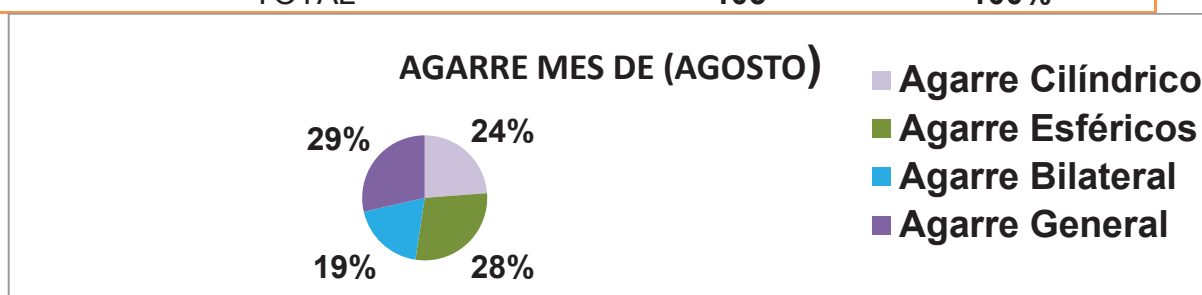
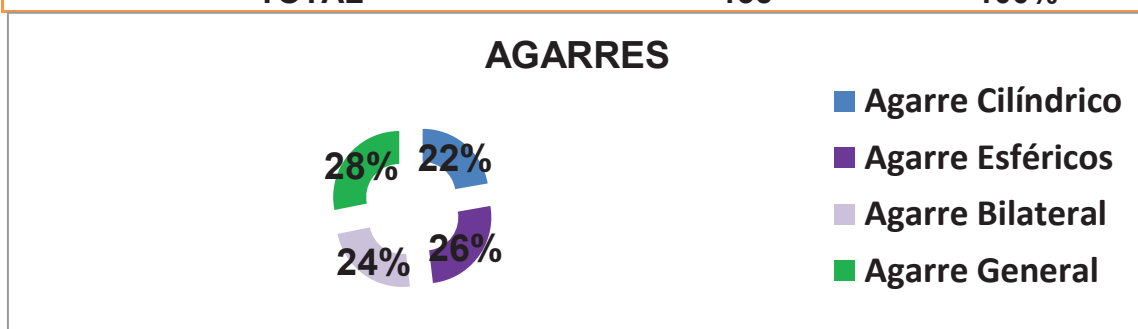


TABLA DE DATOS (ENERO)

Orden	Agarres	Frecuencia	Porcentaje
1	Agarre Cilíndrico	30	22%
2	Agarre Esféricos	35	26%
3	Agarre Bilateral	32	24%
4	Agarre General	38	28%
TOTAL		135	100%



FUENTE: EVALUACIONES DEL ÁREA DE TERAPIA OCUPACIONAL
 AUTOR: LEONARDO CEDEÑO LOOR

ANÁLISIS

Resultado diferencial de los tipos de agarres funcionales en los niños de 1 a 8 años de edad antes y después del periodo de rehabilitación.

CUADRO N°15

Cuadro diferencial en porcentaje, de los niveles de prensión en cada uno de los tipos de agarre de los niños.

TABLA DE DATOS (AGOSTO)

Orden	Prensión	Frecuencia	Porcentaje
1	Prensión fuerte	6	30%
2	Prensión débil	14	70%
TOTAL		20	100%

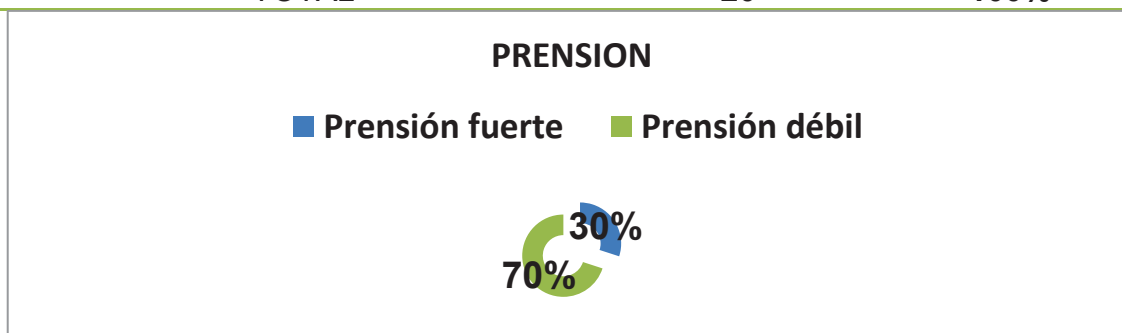
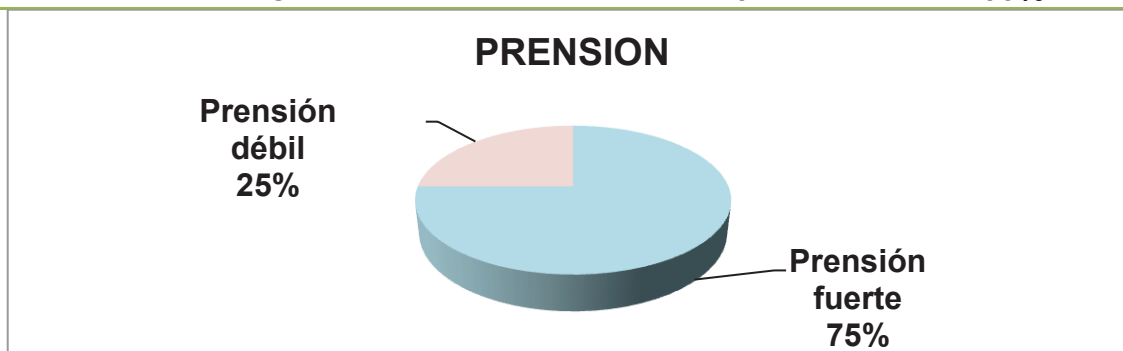


TABLA DE DATOS (ENERO)

Orden	Prensión	Frecuencia	Porcentaje
1	Prensión fuerte	15	75%
2	Prensión débil	5	25%
TOTAL		20	100%



FUENTE: EVALUACIONES DEL ÁREA DE TERAPIA OCUPACIONAL

AUTOR: LEONARDO CEDEÑO LOOR

ANÁLISIS

Este grafico ayudo a diferenciar en porcentaje el nivel de deterioro que padecían cada uno de los niños de 1 a 8 años de edad con habilidades diferentes, los mismos que mejoraron un 5% como lo demuestran ambos datos estadísticos, tomados al inicio y al final de la rehabilitación.

CUADRO N°16

Cuadro estadístico de los eventos sociales realizados en el área de Terapia Ocupacional

TABLA DE DATOS

Orden	Eventos	Frecuencia	Porcentaje
1	Fiestas Cívicas	3	25%
2	Reuniones padres y cuidadores	6	50%
3	Talleres	3	25%
	TOTAL	12	100%



FUENTE: CRONOGRAMA DEL ÁREA DE TERAPIA OCUPACIONAL
AUTOR: LEONARDO CEDEÑO LOOR

ANÁLISIS

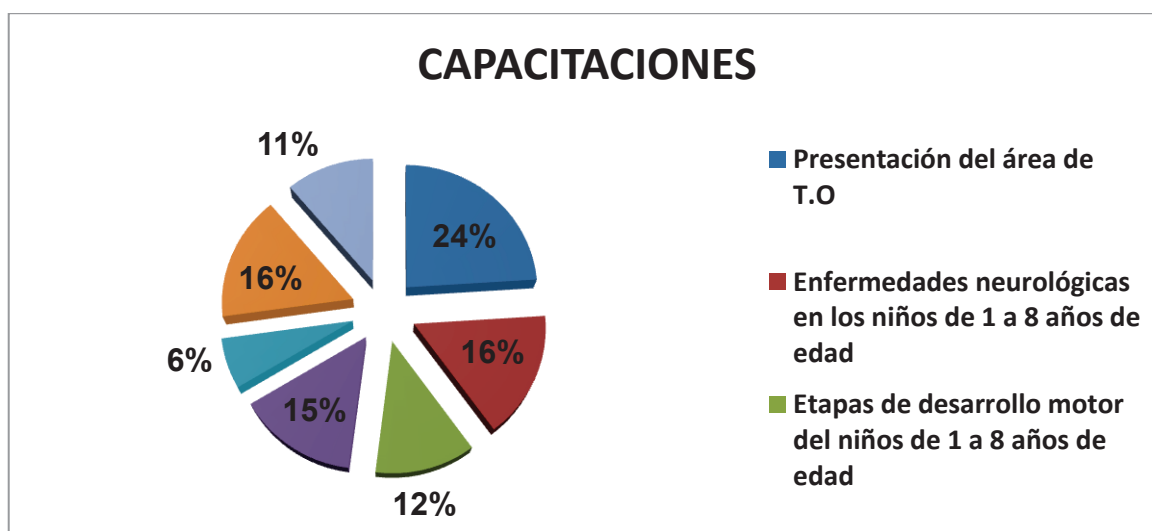
Grafico representativo en valores diferenciales los porcentajes de la realización de los eventos realizados en los predios del centro de estimulación temprana. Obteniendo como resultado que las reuniones a padres con un 50% fue la que se aplico con mayor frecuencia.

CUADRO N°17

Cuadro representativo de la asistencia de padres y cuidadores a las capacitaciones brindadas en los predios del centro de estimulación temprana Dr. Eliecer Valle Carrera del Canton Chone Durante el periodo de agosto 2012 a enero 2013.

TABLA DE DATOS

Orden	Capacitaciones	Asistencias	Porcentaje
1	Presentación del área de T.O	30	24%
2	Enfermedades neurológicas en los niños de 1 a 8 años de edad	20	16%
3	Etapas de desarrollo motor del niños de 1 a 8 años de edad	15	12%
4	Fases practicas para la ejecución de las actividades lúdicas	18	15%
5	Importancia de la estimulación temprana	8	6%
6	Técnicas lúdicas para la aplicación en el hogar	20	16%
7	Juegos beneficiosos para el desarrollo	14	11%
TOTAL		125	100%



FUENTE: HOJAS DE ASISTENCIA, ENTREVISTAS Y ENCUESTAS DE PADRES Y CUIDADORES DE LOS CLIENTES
 AUTOR: LEONARDO CEDEÑO LOOR

ANÁLISIS

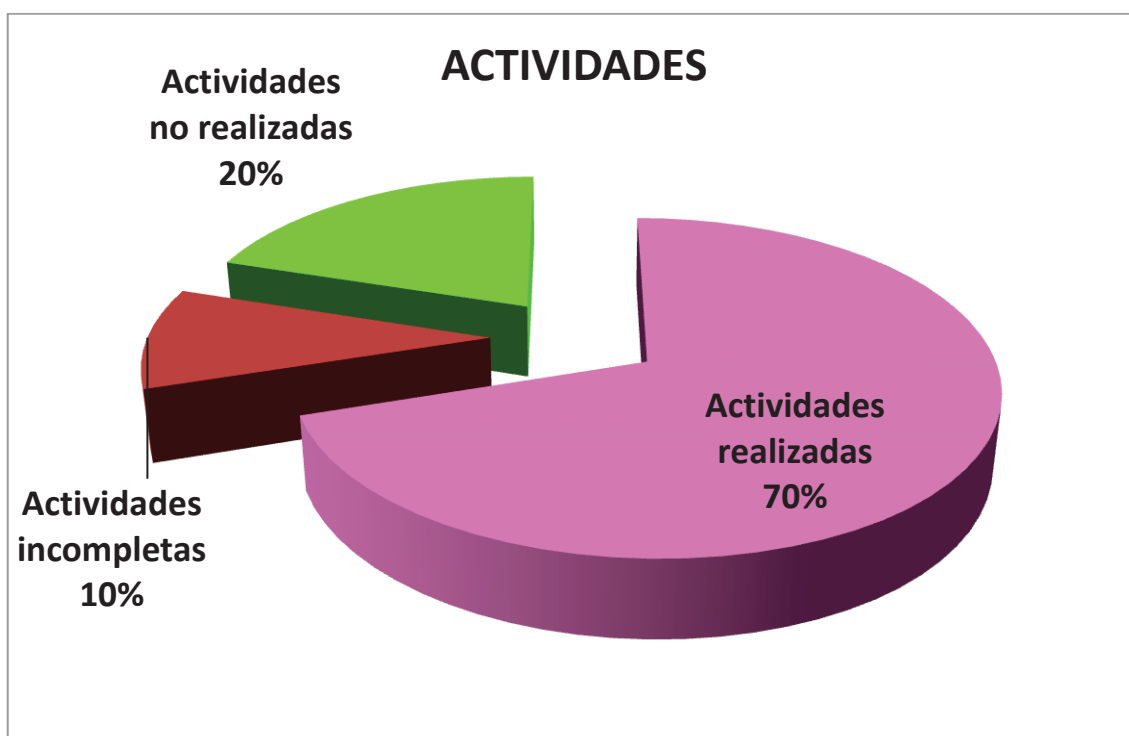
Charlas brindadas en el centro de estimulación como parte de la intervención ocupacional para el logro de las metas del proyecto y la mejora de las destrezas motoras de los niños(as) que conformaron el grupo de investigación.

CUADRO N°18

Porcentajes diferenciales de las actividades realizadas durante el desarrollo de la intervención que se realizó en el área de Terapia Ocupacional durante los seis meses de investigación.

TABLA DE DATOS

Orden	Tipo de actividades	Frecuencia	Porcentaje
1	Actividades realizadas	35	70%
2	Actividades incompletas	5	10%
3	Actividades no realizadas	10	20%
TOTAL		50	100%



FUENTE: CENTRO DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA
AUTOR: LEONARDO CEDEÑO LOOR

ANÁLISIS

Este gráfico representa como evidencia de trabajo que en la realización de todas las actividades ocupacionales que se plantearon en base al tratamiento, predominó como resultado general que con un 70% estas fueron exitosamente desarrolladas con normalidad.

SÍNTESIS DE TRABAJO DE CAMPO

- ✚ En el CUADRO N°1 observamos el porcentaje según el sexo de los niños que asistieron al área de Terapia Ocupacional del “Centro de Estimulación Temprana Dr. Eliecer de Valle Carrera del Cantón de Chone, durante el periodo de agosto 2012 a enero 2013. En donde predomina el sexo masculino con una frecuencia de 11 correspondiente al 55%.
- ✚ Cuadro n°2 porcentajes según la edad de los niños atendidos en el área de Terapia Ocupacional, donde predomina el grupo de edad de 1-2 años con una frecuencia de 11 que da valor al 55%.
- ✚ Cuadron°3 incidencia al padecimiento de las patología que presentan los niños atendidas en el área de Terapia Ocupacional del “Centro de Estimulación Temprana Dr. Eliecer de Valle Carrera del Cantón de Chone, donde predomina el P.C.I con una frecuencia de 4 dando un valor equivalente al 20%.
- ✚ Cuadro n°4 según las encuestas y entrevistas de los niños que asisten al área de Terapia Ocupacional predomina con una frecuencia de 30 con el 77% las encuestas realizadas.
- ✚ Cuadro n° 5 según el total de padres y cuidadores de los niños atendidos en el área de Terapia Ocupacional predomina los padres en promedio de 12 a 8 a los cuidadores, correspondiente al 60% y 40%.
- ✚ Cuadro n°6 observamos el porcentaje según el sexo de los padres y cuidadores de los niños(as) que asisten al área de Terapia Ocupacional, predomina anda una frecuencia de 20 al sexo femenino con el 67%.
- ✚ Cuadro n°7 se determina según las evaluaciones tomadas en el área de Terapia Ocupacional del “Centro de Estimulación Temprana Dr. Eliecer de Valle Carrera del Cantón de Chone, predomina la prueba funcional con frecuencia total a 21 equivalentes al 34%.
- ✚ Cuadro n°8 se determina la demostración en porcentajes de las estrategias de enseñanza con un 20%.
- ✚ Cuadro n°9 de acuerdo a la funcionalidad psicomotora en el mes de inicio al mes de culminación de la rehabilitación, existieron diferencias del 40% al 60% en cuanto a la mejoría funcional general.

- ✚ Cuadro n°10 De acuerdo a los niveles notamos que los cambios en beneficio del desarrollo cognoscitivo predomina un total del 55% a favor del mejoramiento intelectual.
- ✚ Cuadro n°11 de acuerdo a los niveles comparativos de la evaluación social notamos que los cambios predominan al nivel medio con un porcentaje del 50%.
- ✚ Cuadro n°12 Cuadro representativo mediante la clasificación de los juegos ejecutados en el área de Terapia Ocupacional, Donde predominaron los juegos funcionales con un porcentaje del 48%.
- ✚ Cuadro n°13 Cuadro representativo del deterioro de las pinzas en los niños de 1 a 8 años de edad, donde notamos que los cambios predominan de un 32% a 34% en pinzas tricúspides, 32% a 33% en pinzas bicúspides, 33% a 38% favorables al proceso de rehabilitación.
- ✚ Cuadro n° 14 De acuerdo a los niveles de evaluación de los agarres en los niños notamos que los cambios predominan de un 24% a 22% en agarre cilíndrico, 26% a 28% agarre esférico, 19% a 24% agarre bilateral, 27% a 28% agarre general, dándonos a notar el mejoramiento de los mismos.
- ✚ Cuadro n°15 De acuerdo a los niveles de evaluación de los tipos de presión en los niños de 1 a 8 años de edad, notamos que los cambios predominan de un 30% a 75% presión fuerte, 70% a la disminución del 25% presión débil.
- ✚ Cuadro n°16 este cuadro clarifica un porcentaje de los eventos cívico realizados en el Cantón Chone.
- ✚ Cuadro n| 17 cuadro representativo de las asistencias de los padres y cuidadores a cada una de las capacitaciones brindadas en el centro de estimulación temprana Dr. Eliecer Valle Carrera del Cantón Chone.
- ✚ Cuadro n 18 cuadro representativo de la frecuencia de 35 equivalentes al 70% de que las actividades aplicadas en el área de terapia Ocupacional fueron realizadas con éxito.

Comprobación de hipótesis, objetivos y variables

Hipótesis #1

Los niños con déficit neurológico de 1 a 8 años de edad que asisten al centro de estimulación temprana Dr.: Eliecer Valle Carrera del canton Chone presentan retraso psicomotor en sus etapas de desarrollo motora fina, motora gruesa, social y cognoscitiva por la carencia de actividades de juego. El paciente que ejecuta la actividad lúdica puede estimular sus áreas y mejorar su estilo y calidad de vida.

Los niños con déficit neurológico de 1 a 8 años de edad que asistieron al centro de estimulación temprana Dr.: Eliecer Valle Carrera del canton Chone presentando retraso psicomotor en sus etapas de desarrollo motora fina, motora gruesa, social y cognoscitiva se lograron desarrollar de manera favorable mediante la efectuación de las actividades lúdicas planteadas en el área de terapia ocupacional, mejorando considerablemente los aspectos motores finos, cognoscitivos y sociales que ayudaron a la mejora rotunda de su estilo y calidad de vida.

- **Variable dependiente**

Estimulación temprana en las etapas de desarrollo psicomotriz del niño por medio del área física, instrumental y educativa de participación activa del niño. Se proporciono la estimulación temprana en las etapas de desarrollo psicomotriz dentro de la sala de terapia ocupacional, por medio de la intervención instrumental y educativa de las áreas de, motricidad fina, cognoscitiva y social. Reflejado en el cuadro n°8, n°9 y n°10.

- **Variable independiente**

Se presenta con gran intensidad debido a la ejecución de las actividades de juego la atención profesional y familiar.

Se comprobó que la capacitación a los padres o cuidadores de los niños con habilidades especiales fueron de vital importancia en cuanto a la participación

estimularía al niño desde el hogar. El mismo que se comprueba en el cuadro n°18

Objetivo general

Mejorar la psicomotricidad fina de los niños de 1 a 8 años de edad mediante la ejecución de las actividades lúdicas planteadas en el área de terapia ocupacional.

De acuerdo al tratamiento terapéutico aplicado, la realización de las actividades lúdicas programadas mostradas en el cuadro n°12, se puede comprobar que la intervención mejoró los aspectos funcionales de los niños como lo evidencian los cuadros n°11, n°13, n°14 y n°15,

Hipótesis #2

La intervención ocupacional mediante la ejecución de actividades lúdicas con estrategias, acciones y procedimientos organizados en beneficio del niño y la familia que permitirán una buena estimulación física, cognoscitiva y social dentro de las etapas de desarrollo normal de los niños de 1 a 8 años de edad atendidos en el área de terapia ocupacional.

La intervención ocupacional participo como medio eficaz para la aplicación de estrategias, acciones y métodos organizados que permitieron el procedimiento de la investigación y la obtención de resultados favorables. Como lo evidencia el cuadro n°8, n°9 y, n°11.

Variable dependiente

Capacitación a padres y cuidadores del desarrollo de habilidades y destrezas durante el periodo de crecimiento y desarrollo funcional de los niños de 1 a 8 años de edad por la inyección anímica y rutinaria del trabajo y la recreación.

Se comprobó mediante los temas de capacitación que recibieron los padres y cuidadores de los niños, se informaron de la manera más acorde, explícita y satisfactoria como lo refleja el cuadro n°7.

Variable independiente

Poca participación de la familia por carencia de información o el no conocimiento de la patología o del tiempo de recuperación en base a la rehabilitación.

Se comprobó mediante los temas de capacitación que los padres y cuidadores ayudaron en la consecución de los objetivos del estudio de investigación como lo refleja el cuadro n°17

Objetivos específicos:

Desarrollar al máximo las destrezas psicomotoras finas.

Se ha logrado en su totalidad desarrollar las destrezas psicomotoras finas de los niños que asistieron al área de terapia ocupacional como se puede comprobar en el cuadro n°16

Intervenir en el área cognoscitiva del niño.

Se logro intervenir en el área cognoscitiva del niño estimulando mediante la actividad lúdica sus áreas de aprendizajes.

Como se puede comprobar en el cuadro n°.9

Integrar al niño en el medio social, favoreciendo la relación con su entorno

Se logro efectuar eventos sociales que fortalecieran las relaciones afectivas entre los niños y los padres (cuidadores). Como lo comprueba el cuadro n°12.

CONCLUSIONES

- ✓ De los 20 niños con déficit neurológicos del centro de estimulación temprana del Canton Chone investigados, aproximadamente más de la mitad se encontraron entre los tres primeros años de vida. Y su mayoría fue de sexo femenino.
- ✓ Más del 60 % de los niños(as) que asistieron al área de Terapia Ocupacional mostraron retraso en la realización de sus pinzas y agarres.
- ✓ La mitad de los niños(as) evaluados de manera secuencial y semestral en el área de terapia ocupacional otorgaron resultados favorables ante la intervención que se realizó, desde los puntos de vista analíticos y descriptivos.
- ✓ La patología que más influyen en el desarrollo normal de los niños es la parálisis cerebral infantil. Tomando muy en cuenta que los niños con rasgos patológicos genéticos también abordan en el caso investigado.
- ✓ El tiempo brindado para la investigación fue corto pero de gran agrado para la constancia y la aplicación de las metas propuestas.

RECOMENDACIONES

- ✓ Ampliar y profundizar la estimulación temprana de los niños mediante la intervención de un terapeuta ocupacional de manera constante y secuencial.
- ✓ Que en el centro de estimulación temprana Dr.: Eliecer Valle Carrera del Canton Chone exista la presencia de un terapeuta ocupacional para que efectúe de manera coordinada con los miembros de la institución actividades que favorezcan al desarrollo psicomotor de los niños.
- ✓ Implementar programas de ejecución lúdicas completos y complementarios para la población que hay emerge.
- ✓ Instruir de manera profunda a los padres y cuidadores de los niños que presentan diferentes tipos de patología, para el seguimiento secuencial de las atenciones profesionales de quienes conforman la ciencia médica.
- ✓ Que el tiempo de internado de los terapeutas ocupacionales sea de mayor duración en una institución, para complementar de manera más profunda los objetivos y lograr sus metas y expectativas a cabalidad.

BIBLIOGRAFIA

INTERNET EXPLORET

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/neurologicdiseases>.

www.enfermedades neurológicas más frecuentes según tratado cubano versión (PDF) 2012

<http://psicomotricidadinfantil.blogspot.com/2008/05/psicomotricidad-fina.html>

www.psicomotricidad infantil2009.com

www. Niños

www.Todo, Ludico.escolar,.clara.com

TEXTOS DE CONSULTA

Libro: sistema nervioso humano.

Autor: murray l. barr john a. kierman, editorial oceano, mexico 2004

Libro: neuroanatomia

Autor: john h. martin

Libro: aprende a vivir con tus manos clínicas de la salud quitumbe este.

Autor: desconocido.

Libro: actividades motoras esenciales.

Autor Dr.: luis miguel ayala.

Libro #1 de etapas de desarrollo motor del niño

Autor: mauricio castillo: neurología.

Libro: ilustrativo de pediatría.

Autor: tom lissauer graham clayden.

Libro: diagnostico y tratamiento pediátrico.

Autor: hay, jr. groothuis hayward levin.

Libro: educación psicomotriz

Autor: luis armando muñoz muñoz.



**CENTRO DE ESTIMULACION TEMPRANA
DR: ELIECER VALLE CARRERA**

VALORACION DE LAS A.V.D

Nombres:

Fecha:

Edad:

Sexo:

Diagnostico:

1.- ALIMENTACION

2.- VESTIMENTA

3.- ASEO PERSONAL

4.- OCIO

5.-RECREACION

Leonardo Cedeño Loo Terapeuta Ocupacional

ENCUESTA DE CONOCIMIENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL

DE CEDULA

FONO:

1.- USTED TIENE CONOCIMIENTO DE LA EXISTENCIA DE LOS TERAPEUTAS OCUPACIONALES?

SI

NO

1.- SABE CUAL ES EL TRABAJO DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL?

SI

NO

2.- LE GUSTARIA CONOCER EL TRABAJO DE UN TERAPEUTA OCUPACIONAL?

SI

NO

3.- LE AGRADARIA CONTAR CON UN TERAPEUTA OCUPACIONAL EN ESTA INSTITUCION?

SI

NO

FIRMA: _____

**CENTRO DE ESTIMULACION TEMPRANA DR: ELIECER VALLE
CARRERA**

**ENCUESTA SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA EJECUCION DE ACTIVIDADES
LUDICAS.**

NOMBRE:

FECHA:

1.- ¿CREE USTED QUE TODA CLASE JUEGOS SON IMPORTANTE PARA EL APRENDIZAJE DE SU NIÑO(A)?

SI _____ NO _____ DEPENDIENDO _____

¿DEPENDIENDO DE QUE?

2.- ¿CON QUE FRECUENCIA USTED PRACTICA UN JUEGO CON SU NIÑO(A)?

UNA FRECUENCIA:

BAJA _____ MEDIA _____ REGULAR _____ ALTA _____ NINGUNA _____

¿POR QUE NINGUNA?

3.- ¿LE AGRADARIA QUE SE APLICARA EL JUEGO COMO PARTE DE LA REABILITACION PARA SU NIÑO?

SI _____ NO _____ TALVEZ _____

4.- ¿CUAL DE ESTAS AREAS CREE USTED QUE SE DESARROOLLAN CON LOS JUEGOS.?

_____ AREA COGNOSCITIVA, DE APRENDIZAJE, DE MEMORIA, CONOSIMIENTO ETC.

_____ AREA MOTORA FUNCIONAL, DE CORRER, REIR, MOVERSE, ECT

_____ AREA PSICOSOCIAL, DE RELACIONAR, GUSTAR, AGRADAR, COMPARTIR, ETC.

**CENTRO DE ESTIMULACION TEMPRANA DR: ELIECER VALLE
CARRERA**

ENTREVISTA: SOBRE LOS ASPECTOS PSICOMOTRICES DE LOS NIÑOS DE 1 A 8 AÑOS DE EDAD.

NOMBRE:

FECHA:

1.- ¿SU HIJO(A) AGARRA CON FRECUENCIA?

SI _____ NO _____

2.- ¿SU HIJO(A) UTILIZA AMBAS MANOS PARA REALIZAR CUALQUIER ACCION (ACTIVIDAD)?

SI _____ NO _____

3.- ¿SIENTE FUERZA EN AMBAS MANOS DE SU NIÑO?

SI _____ NO _____

EN ESPECIAL: _____

4.- ¿CORDINA EL NIÑO MOVIMIENTOS RAPIDOS?

SI _____ NO _____ TALVEZ _____

5.- ¿CORDINA EL NIÑO(A) MOVIMIENTOS LENTOS?

SI _____ NO _____ TALVEZ _____

**CENTRO DE ESTIMULACION TEMPRANA DR: ELIECER VALLE
CARRERA**

*ENTREVISTA SOBRE CAPACITACIONES A PADRES DE FAMILIAS U
CUIDADORES.*

NOMBRE:

¿LE AGRADAN LAS CAPACITACIONES QUE SE LE BRINDAN MENSUALMENTE?

SI _____ NO _____

¿ESTA DE ACUERDO CON LO CONSERNIENTE EN CADA DECLARACION DEL TERAPEUTA?
OCUPACIONAL.

SI _____ NO _____

¿APLICA LAS TECNICAS Y LOS METODOS DE APLICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES LUDICAS
EN LOS AMBIENTES DESCRITOS POR EL TERAPEUTA OCUPACIONAL?

SI _____ NO _____

¿OBSERVA CAMBIOS EN LOS ASPECTOS MOTORES DE SU HIJO?

SI _____ NO _____

¿Por qué?

¿OBSERVA CAMBIOS EN LOS ASPECTOS CONDUCTUALES DEL MISMO?

SI _____ NO _____

¿Por qué?

¿CREE QUE SU NIÑO ESTA APRENDIENDO?

SI _____ NO _____

¿Por qué?

Evaluación/Consulta

Fecha: ___ / ___ / ___

Nombre: _____ Edad: ___ años de edad

APARIENCIA GENERAL DEL CUIDADOR	
Apropiada	
Meticulosa	
Dramática	
Teatral	
Luce bien	
Usa ropa inapropiada	
Usa ropa de marca	
Se nota molesta(o)	
Se nota alegre	
COMPORTAMIENTO FÍSICO	
Relajado(a), cómodo(a)	
Inquieto(a), hiperactivo(a)	
Agitado(a)	
Lento(a), inactivo(a)	
Serio(a)	
Parece tenso(a), incómodo(a)	
Gestual	
Ingresos dudosos(a)	
Hace muecas	
Toma buena postura al sentarse	
Es abierto(a)	
Presenta discapacidad	
No se concentra	
Pasa con el teléfono	
Mastica goma	
Se come las uñas	
ACTITUD HACIA EL T.O	
Demuestra educación	
Presta atención a las recomendaciones	
Rechaza al T.O	
Colabora con las evaluaciones	

PRUEBA FUNCIONAL MOTORA FINA

NOMBRES Y APELLIDOS:

FECHA DE INGRESO:

LIMITADA (5) COMPLETA)

SEGUIMIENTO MENSUAL DE EVOLUCION

(1) DETERIORADA (3)

DIAGNOSTICO:

	AGSTO	SPTBRE	OCTBRE	NOVBRE
1- MOVIMIENTOS DE HOMBRO				
DICIEM ENERO FEBERO				
FLEXION	_____	_____	_____	_____

EXTENCION	_____	_____	_____	_____

CIRCONDUCCION	_____	_____	_____	_____

ADUCCION	_____	_____	_____	_____

ABDUCCION	_____	_____	_____	_____

ROTACION INTERNA	_____	_____	_____	_____

ROTACION EXTERNA	_____	_____	_____	_____

2- MOVIMIENTOS DE CODO				
FLEXION	_____	_____	_____	_____

EXTENCION	_____	_____	_____	_____

PRONOSUPINACION RADIO-CUBITAL	_____	_____	_____	_____

3- MOVIMIENTOS DE MUÑECA				
FLEXION	_____	_____	_____	_____

EXTENCION	_____	_____	_____	_____

ABDUCCION	_____	_____	_____	_____

ADUCCION	_____	_____	_____	_____

4- MOVIMIENTOS DEL PULGAR				

TERAPIA OCUPACIONAL

FLEXION MF – IF DEL DEDO PULGAR	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
EXTENCION MF – IF DEL DEDO PULGAR	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
ABDUCCION	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
ADUCCION	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
CIRCONDUCCION	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
5- MOVIMIENTOS DE LOS DEDOS				
FLEXION MF DE LOS DEDOS	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
FLEXION IFP – IFD DE LOS DEDOS	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
EXTENCION MF D LOS DEDOS	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
ABDUCCION DE LOS DEDOS	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
ADUCCION DE LOS DEDOS	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Leonardo Cedeño Loor Terapeuta Ocupacional

REDACCION DEL ÁREA MOTORA FINA:

AGARRES DE LA MANO DERECHA

AGARRE ESFÉRICO:

DETERIORADO LIMITADO COMPLETO

AGARRE CILÍNDRICO:

DETERIORADO LIMITADO COMPLETO

AGARRE BILATERAL:

DETERIORADO LIMITADO COMPLETO

AGARRES DE LA MANO IZQUIERDA

AGARRE ESFÉRICO:

DETERIORADO LIMITADO COMPLETO

TERAPIA OCUPACIONAL

AGARRE CILÍNDRICO:

DETERIORADO	LIMITADO	COMPLETO
-------------	----------	----------

AGARRE BILATERAL:

DETERIORADO	LIMITADO	COMPLETO
-------------	----------	----------

PINZAS DE LOS DEDOS DERECHOS

TRICÚSPIDE:

DETERIORADO	LIMITADO	COMPLETO
-------------	----------	----------

BICÚSPIDE:

DETERIORADO	LIMITADO	COMPLETO
-------------	----------	----------

Leonardo Cedeño Loor Terapeuta Ocupacional

EMPUÑADA:

DETERIORADO	LIMITADO	COMPLETO
-------------	----------	----------

PINZAS DE LOS DEDOS IZQUIERDOS

TRICÚSPIDE:

DETERIORADO	LIMITADO	COMPLETO
-------------	----------	----------

BICÚSPIDE:

DETERIORADO	LIMITADO	COMPLETO
-------------	----------	----------

EMPUÑADA:

DETERIORADO	LIMITADO	COMPLETO
-------------	----------	----------

**CENTRO DE ESTIMULACION TEMPRANA DR. ELIECER DE VALLE
CARRERA DE LA CIUDAD DE CHONE
ROTARY CLUB**



INTERNO DEL AREA DE REHABILITACION DE TERAPIA OCUPACIONAL.



Estimulación del área motor fina mediante la ejecución de una de las actividades lúdicas aplicadas en el área de terapia ocupacional.



Acciones Terapéuticas aplicadas a niños, padres y cuidadores.

