



UNIVERSIDAD LAICA "ELOY ALFARO" DE MANABÍ

FACULTAD:

ESPECIALIDADES EN CIENCIAS DE LA SALUD

TESIS DE GRADO

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:

LICENCIATURA TERAPIA OCUPACIONAL

TEMA

IMPORTANCIA DE LA PARTICIPACIÓN DE LOS PADRES EN EL TRATAMIENTO DEL DESARROLLO COGNITIVO DE LOS NIÑOS Y NIÑAS CON RETRASO PSICOMOTRIZ QUE ASISTEN AL ÁREA DE TERAPIA OCUPACIONAL DEL PROGRAMA NAR DEL H.R.Z. DEL PERIODO DE JULIO A DICIEMBRE DEL 2012

AUTOR:

WALTER EDISON BRIONES DELGADO

DIRECTORA DE TESIS

MAGÍSTER GRACE ABRIL MENESES

MANABI – MANTA - ECUADOR

2011 - 2012

TEMA

IMPORTANCIA DE LA PARTICIPACIÓN DE LOS PADRES EN EL TRATAMIENTO DEL DESARROLLO COGNITIVO DE LOS NIÑOS Y NIÑAS CON RETRASO PSICOMOTRIZ QUE ASISTEN AL ÁREA DE TERAPIA OCUPACIONAL DEL PROGRAMA NAR DEL H.R.Z. DEL PERIODO DE JULIO A DICIEMBRE DEL 2012

DECLARATORIA

Se deja en claro que los conceptos, análisis, y las conclusiones desarrolladas en todas las expresiones vertidas en este proceso investigativo son exclusiva responsabilidad del egresado y autor EDISON BRIONES DELGADO.

Me reservo mi derecho de autoría y expresó que dicho trabajo investigativo no podrá ser reproducido total o parcialmente, sin que se cite la fuente bibliográfica.

Manta, 04 de Agosto de 2013

(f) _____

AGRADECIMIENTO.

“No hay en el mundo exceso mas bello que el de la gratitud”

A lo largo de nuestra vida conocemos a un sin número de personas, pero son pocas las que te ayudan a alcanzar una meta, Es por tal motivo que al haber culminado un periodo de estudio universitario es preciso decir:

Gracias:

Primero a Dios que me ha dado la vida y la fuerza necesaria para seguir luchando. A los familiares que siempre me dieron sus consejos, y a mis amigas Roxana, Bexy, que con su apoyo y constancia siempre estuvieron a mi lado dándome una palabra de aliento para no decaer ante la adversidad y así culminar el propósito planteado.

A quienes me apoyaron con exactitud en la elaboración de mi tesis como son las distinguidas Lcda. Mercy Sancán y Lcda. Grace Abril quienes hasta el final me han incentivado de este evento académico superior.

Al programa NAR del H.R.Z. quienes a través de sus directivos, facilitaron y admitieron el ingreso a sus instalaciones sobre todo a la Lcda. Mirian Galarza encargada del área de Terapia Ocupacional en la cual me permitió realizar mi internado.

Y no podíamos olvidar a cada uno de los niños junto a sus padres que sin ningún recelo dudaron en permitir que sea participes de sus terapias, y poder conocer más de cerca su problema, así desarrollar algunas destrezas lo cual nos permite seguir un tratamiento apropiados

A todos ellos muchas gracias

DEDICATORIA

La elaboración de este proyecto está dedicada a muchas personas, que fueron pilares fundamentales en mi vida. Sin ellos, jamás hubiese podido conseguir lo que hasta ahora. Sus constancias y luchas insaciables han hecho de ellos el gran ejemplo a seguir y destacar, no solo para mí, sino para mis seres queridos en general. Porque han estado conmigo en cada paso que doy, dándome fortaleza para continuar, depositando su entera confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo momento en mi capacidad.

Por que cada día de nuestra vida es por ellos y para ellos, por que sin proponérselos son nuestros ángeles que custodian e iluminan nuestra existencia.

Es por tal motivo que este trabajo es el resultado tangible, de esfuerzo y constancia que hoy creo justo dedicárselos a los seres que siempre estuvieron ayudándome de alguna forma. Y en especial a mi mejor amiga Roxana Franco Aguirre que fue mi apoyo desde el inicio en esta carrera, que con su sencillez y humildad supo motivarme en los momentos difíciles, a ella Gracias de Corazón.

ÍNDICE GENERAL

Portada	
Tema	
Declaratoria	
Agradecimiento	
Dedicatoria	
Resumen	
Introducción.....	1
Problema científico.....	4
Objeto de estudio.....	4
Campo de estudio.....	4
Objetivo.....	4
Hipótesis.....	4
Variables.....	4
Diseño metodológico.....	5
Tareas científicas.....	6

ESQUEMA DEL MARCO TEORICO

CAPITULO 1

FAMILIA

1.1 Definición.....	8
1.1.2 Definición anexas.....	8
1.2 Tipos de familia.....	9
1.2.1 La familia nuclear o elemental.....	9
1.2.2 La familia extensa o consanguínea.....	9
1.2.3 La familia monoparental.....	9
1.2.4 La familia de madre soltera.....	9
1.2.5 La familia de padres separados.....	9
1.2.6 La Familia adoptiva.....	10
1.3 Modo de ser familia.....	10
1.3.1 Familia rígida.....	10
1.3.2 Familia sobreprotectora.....	10
1.3.3 Familia permisiva.....	11
1.3.4 Familia inestable.....	11
1.3.5 Familia estable.....	11
1.3.6 Familia conflictiva.....	11
1.4 La familia ante la llegada del niño con discapacidad.....	12
1.4.1 Fase Connoción.....	12
1.4.2 Fase Negación.....	13
1.4.3 Fase Tristeza.....	13
1.4.4 Fase Depresión.....	13
1.4.5 Fase Aceptación.....	13

1.4.6 Fase Reorganización.....	13
1.5 Conflicto familia /niño/ discapacitado.....	13
1.6 Terapia Ocupacional en la familia.....	14

COGNICÓN.

1.7 Psicomotricidad.....	16
1.8 Cognición.....	17
1.9 Discapacidad cognitiva.....	17
1.10 Causas de la discapacidad cognitiva.....	18
1.11 Factores de riesgos que producen una discapacidad cognitiva.....	18
1.12 Como detectar la discapacidad cognitiva.....	19
1.13 Como diferenciar la discapacidad cognitiva de otras dificultades o trastornos.....	19
1.14 Como la familia asume la aceptación de su hijo con discapacidad cognitiva.....	20
1.15 Aprendizaje cognitivo.....	20
1.16 Deterioro cognitivo.....	21
1.17 Favorecer la inclusión del niño con discapacidad cognitiva desde la familia.....	23

APRENDIZAJE

1.18 Problemas de aprendizaje.....	23
1.18.1 En que consisten los problemas de aprendizaje.....	23
1.18.2 Que tipos de problemas de aprendizaje existen.....	24
1.18.3 Cuales son las causas del problema de aprendizaje.....	25
1.18.4 Que pone al niño en riesgo de tener problemas de aprendizaje.....	25
1.18.5 Cual es el tratamiento para mejorar el problema de aprendizaje.....	25
1.19 Intervención de terapia ocupacional.....	25
1.20 Recomendaciones de terapia ocupacional a niños con problema de aprendizaje..	26
Recursos.....	27

CAPITULO 2

PROPUESTA

Contenido de la propuesta.....	30
Resumen ejecutivo de la propuesta.....	35
Manual para ayudar a los padres en el tratamiento cognitivo de su hijo.....	37

CAPITULO 3

EVALUACIÓN DE RESULTADOS

Análisis e interpretación de los cuadros estadísticos.....	49
Comprobación de hipótesis, variables y objetivos.....	81
Conclusiones.....	83
Recomendaciones.....	84
Bibliografía.....	85
Anexos.....	86

RESUMEN

Con este trabajo investigativo deseamos incentivar a los padres para que puedan poner en prácticas las vivencias y experiencias del tratamiento que se aplica a los niños que asisten al área de Terapia Ocupacional.

Los datos que están obtuvieron se los realizo atreves de las actividades y trabajos que los niños experimentan en cada tratamiento. Al mismo tiempo nos apoyamos en observaciones que nos permiten recoger valiosos aportes.

La cognición definida como tal se explicaría como darle sentido a las sensaciones o habilidades para procesar e interpretar la información del entorno y dar contexto global

El niño que procesa en forma desorganizada la información cognitiva, recibirá en forma inadecuada la información, es por lo cual el presente trabajo investigativo trata de definir como y de qué manera a través de las actividades terapéuticas del profesional de terapia ocupacional juega un rol importante en el desarrollo de las capacidades psicomotrices desde la primera infancia no se crean se estimulan potenciales o bagaje de premisas que a medida que reciban los estímulos y las oportunidades adecuadas podrán desplegarse y ser desarrolladas, lo cual se busca ampliar campos de la interacción del mundo y la imaginación que solo es posible a través de la acción manifestada en las repuestas de nuestros sentidos .

La investigación se baso mediante los siguientes métodos deductivo, inductivo, analítico, sintético, descriptivo, estadístico, bibliográfico y de modelación.

INTRODUCCION

La presente investigación se elaboro a través de las vivencias y experiencia que se comparten durante la realidad observada en el área de Terapia Ocupacional del programa “NAR” (Niño de alto Riesgo) en el “Hospital Rodríguez Zambrano”

Con este proyecto deseamos motivar a los padres de familia, para que exista en los hogares una continuidad y seguimiento en el proceso del tratamiento que a los niños y niñas se les está realizando. El ser humano, como ser social está inserto en una principal forma de organización, la familia. La persona permanece en una familia desde siempre, y su pertenencia real o simbólica se mantiene, casi se podría decir, durante toda la vida.

La familia tiene un papel fundamental dentro del hogar, pero también tiene gran responsabilidad en el desarrollo psicomotriz de sus infantes. *“La organización es la base de todo aprendizaje, ya desde el instante de la concepción”*.¹ En numerosas ocasiones cada ámbito familiar trabaja de manera independiente y eso es lo que debemos evitar intentando alcanzar o fomentar un trabajo cooperativo, de padre a hijo.

La familia se la define como los miembros del hogar unidos entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio.

Es en la familia en donde los hijos reciben los primeros contactos biológicos, psicológicos y afectivos, en ella se protege la vida y se da seguridad a sus familiares, es donde se comienza la vida social, se va construyendo su historia, adquieren identidad confianza y aprenden las tradiciones. Cuando nace un hijo con problemas cognitivos en una familia, los padres se encuentran ante varios retos que han de asumir, el primero es la aceptación de su hijo, y todo ello les conlleva a una reorganización de sus vidas familiares.

Lo que sí es cierto es que las familias deben de aceptar a sus hijos y hijas tal como son, esto debe hacerse lo antes posible ya que beneficiarán al desarrollo de sus niños,

¹ B. ROHLFS, *Experiencias con el concepto de Bobath*, Editorial Medica Panamericana, Madrid, 2000, pg. 27.

recalcando que la familia es el principal responsable de la educación de sus hijos, y más aún en el caso de presentar un retraso en la psicomotricidad.

Son los padres los encargados del proceso de socialización de sus hijos, han de establecer las normas, reglas y costumbres que permitan su futura incorporación a la sociedad. También favorecen al desarrollo cognitivo del niño si el ambiente es comunicativo y estimulante; y sobretodo muy importante el afecto que una familia ha de proporcionar a sus hijos para así conseguir el bienestar personal.

La familia puede ser la fuerza principal para la adaptación y la rehabilitación de un miembro de la misma. *“La mayor parte de las familias en cuyo seno vive un niño o adulto con discapacidad no presentan problemas graves de adaptación o estrés”.*²

No obstante los padres no siempre reciben suficiente información sobre los efectos físicos, emocionales y sociales de las deficiencias funcionales o cognitivas del niño y no comprenden las tareas adaptativas a que se enfrenta el hijo o ignoran como brindarle un apoyo significativo. Los terapeutas ocupacionales tienden a ocuparse del tratamiento del cliente. Esto puede limitar las oportunidades de comunicación, apoyo y enseñanza de los miembros de la familia. Los padres pueden no comprender cómo puede contribuir el terapeuta al plan para el alta o cómo puede utilizar al terapeuta como recurso para mejorar la calidad de vida del niño y la familia en el hogar. Es importante que el terapeuta ocupacional comprenda la dinámica familiar y pueda desarrollar una sensibilidad para identificar y responder a las necesidades singulares de cada familia y, de ese modo, mejorar la calidad de cada padre de familia.

El rol de la familia en el proceso de rehabilitación es vital y favorecedor. El niño que recibe apoyo familiar y estímulo de sus padres está más motivado para proseguir tareas difíciles de aprendizaje, para tolerar procedimientos dolorosos, para enfrentarse a pérdidas inalterables, para adaptarse a los cambios en el estilo de vida y para proseguir con una vida cotidiana productiva en el hogar y la comunidad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su décima revisión dice: *“La Deficiencia cognitiva es un trastorno definido por la presencia de un desarrollo mental*

² S. MINUCHIN, *Familia y Terapia Familiar*, Editorial Gedisa, Madrid, 1980, Pag. 9

incompleto o detenido”³. Caracterizado principalmente por el deterioro de las funciones concretas de cada época del desarrollo y que contribuyen al nivel global de inteligencia, tales como las funciones cognitivas, las del lenguaje, las motrices y la socialización. La adaptación al ambiente está siempre afectada. La determinación del grado de desarrollo del nivel intelectual debe basarse en toda la información disponible incluyendo las manifestaciones clínicas, el comportamiento adaptativo del medio cultural del niño y los hallazgos psicométricos”.

Otros estudios de la Organización Mundial de la Salud a nivel general también señala que cada año, más de 200 millones de niños menores de cinco años no alcanzan su pleno potencial de desarrollo cognitivo y social. La mayoría de estos niños viven en Asia meridional y África subsahariana. Debido a su desarrollo deficiente, muchos niños son propensos al fracaso escolar y, por consiguiente, sus ingresos en la edad adulta suelen ser bajos. También es probable que estas personas tengan hijos a una edad muy temprana y que proporcionen a ellos una atención de salud deficientes, contribuyendo así a la transmisión intergeneracional de la pobreza y el desarrollo cognitivo deficiente.

El desarrollo cognitivo del niño tiene que ver con las diferentes etapas, en el transcurso de las cuales, se desarrolla su inteligencia. El desarrollo cognitivo infantil tiene relaciones íntimas con el desarrollo emocional o afectivo, así como con el desarrollo social y el biológico. Todos estos aspectos se encuentran implicados en el desarrollo de la inteligencia en los niños, estos problemas cognitivos, también denominados déficits cognitivos o disfunción, ocurren cuando un niño tiene dificultades para procesar la información, incluidas las tareas mentales, como la atención, el pensamiento y la memoria. Aproximadamente el 20% de niños que nacen con alguna dificultad durante el parto, experimentan algún problema cognitivo como efecto secundario por eso los niños pequeños son especialmente susceptibles a los retrasos cognitivos de largo plazo, pueden ocurrir meses o años después de la finalización del tratamiento y pueden continuar durante la adultez.

³ P. LOPEZ. BREGOÑA, *Conceptos fundamentales de Terapia Ocupacional II*, Editorial Medica Panamericana, Madrid, 2001, Pag. 17.

Las dificultades que enfrentan los niños con un problema cognitivo, pueden variar en cuanto a la gravedad y pueden dificultar la realización de las actividades cotidianas, tales como: Una disminución en la inteligencia general (menor coeficiente intelectual), problemas de aprendizaje, menor capacidad de concentración y trastornos por déficit de la atención, retraso en el desarrollo, incluido el retraso en el desarrollo social, emocional y del comportamiento, menores logros académicos (en especial en lectura, lenguaje y matemática), menores habilidades del lenguaje receptivo y expresivo, disminución en las habilidades de la memoria verbal y no verbal. Durante el tiempo en que estamos realizando el internado podemos observar que la participación de los padres de familia para ayudar en el tratamiento de la recuperación de su hijo es muy poca, a demás nos dimos cuenta que el grado de discapacidad, el entorno social del niño, los problemas cognitivos que presentan son dificultades que les llevan a ser dependientes de sus familiares; fue lo que nos impulso a realizar una investigación en esta situación y así poder determinar que los niños con retraso psicomotriz pueden adquirir nuevas destrezas de aprendizaje y otras oportunidades para mejorar su estilo de vida mediante la colaboración de sus padres, y terapeutas.

Por ello se formula el siguiente **problema científico**: ¿la escasa participación de los padres de familia en el desarrollo de habilidades cognitivas de niños y niñas con retraso en el psicomotriz?, Se establece, que el **objeto de estudio** en esta investigación es el proceso de participación de los padres en la estimulación del desarrollo cognitivo de niños y niñas con retraso psicomotriz. El **campo de estudio** es la participación de los padres de familia en la estimulación del desarrollo cognitivo de niños y niñas con retraso psicomotriz. El **objetivo**; es elaborar una estrategia para la orientación a los padres de familia sobre la estimulación del desarrollo cognitivo de los niños y niñas con retraso psicomotriz. La **hipótesis** a defender es; la orientación adecuada a los padres de familia en el proceso de estimulación temprana, mejora significativamente el desarrollo cognitivo en niños y niñas con retraso psicomotriz. La **variable independiente** es **mejorar el proceso de aprendizaje**, por medio de las actividades que se ejecutan en terapia ocupacional se ayuda al niño a reconocer, desarrollar, reaprender, mantener,

compensar y/o sustituir las capacidades o habilidades a un nivel suficiente de competencia tanto en el, procesamiento cognitivo, de comunicación e interacción que le permita al niño lograr la máxima autonomía en las actividades cotidianas, como **Indicadores** tenemos: grado de retraso, reconocimiento de esquema corporal, reconocimiento de objetos, reconocimiento de figuras, reconocimiento de colores, tamaño, forma, reconocimiento de sonido. La **variable dependiente** educar a **padres de familia para que conozcan como actuar antes los aspectos cognitivos de sus hijos**, el desconocimiento de la familia cuando tienen un hijo con un retraso psicomotriz y la poca participación de ellos en el tratamiento influyen negativamente. Hay que darle la debida orientación a los padres de que cuando nacen un niño con un déficit cognitivo va a ser amigable o retraído, impulsivo o tímido, fácil de ser sobre estimulado o difícil de que se entretenga en algo y va a tener un desarrollo mas lento en algunas áreas, tendrá dificultad para aprender habilidades nuevas y serán necesarias muchas oportunidades de practicas, teniendo como **Indicadores:** tipos de familia, niveles de participación, grado de conocimiento en las actividades, disponibilidad de tiempo.

Para la realización de la investigación se trabaja con la **población** y se tomo como referencia un número de 40 padres de familia y sus niños que acuden de forma permanente al área de Terapia Ocupacional del programa NAR del Hospital Rodríguez Zambrano; por lo tanto no hay muestra ya que se trabaja con toda la población.

El tema seleccionado surge de la realidad que observamos durante las prácticas constantes que se realiza en niños y niñas con problemas cognitivos en el “Hospital Rafael Rodríguez Zambrano en el área específica de Terapia Ocupacional.

La investigación es sometida a una comprobación empírica mediante la aplicación de encuestas, entrevista, observación; y entre los métodos teóricos que se usan; **Método deductivo** nos facilita lograr conclusiones generales a partir de premisas particulares y al investigar el desarrollo cognitivo permite adaptar en cada estudio de los niños con problemas cognitivos y comprobar así la importancia de su desarrollo; **Método inductivo** porque al estudiar o investigar sobre niños con retraso psicomotriz, considero

que la mayoría de casos no pueden realizar ciertas actividades, concluyendo que con la debida orientación a padres de familia mejora, mantiene, aumenta sus capacidades cognitivas que aun conservan, esto es factible gracias a que el objeto de estudio en este caso es reducida (40 pacientes) lo que me permite examinar cada uno de los niños con retraso psicomotriz; **Método analítico** con estas técnicas de observación, puedo reconocer y clasificar cada insuficiencia que muestran cada niño con retraso psicomotriz; **Método sintético** una vez realizado el estudio de todas las partes, se edificara el todo para obtener resumen completo y global; **Método descriptivo** este permite investigar y explicar todo los hechos y característica del caso en estudio; **Método estadístico** son los que nos van a permitir hacer una representación grafica y análisis de los hechos investigado; **Métodos bibliográficos** porque la teoría será afirmada a través de los textos, folletos, internet, artículos, revistas, entre otros.

Las técnicas que utilice, son **encuestas** dirigidas a los padres de familia que asisten al área de Terapia Ocupacional, **entrevista** dirigida a los profesionales que laboran en la institución y familiares de los niños con problemas cognitivos, **observación** a los niños e historias clínicas, para la aplicación de dichas técnicas se utilizara instrumentos, formularios para encuestas y entrevistas, guías de observación, escalas de evaluación, cámara fotográfica y filmadora

En las **tareas científicas** del proyecto de investigación tenemos:

- 1)Sustentar los elementos históricos del proceso de participación de los padres de familia en el desarrollo de actividades para potenciar el área cognitiva.
- 2)Determinar los elementos teóricos de la participación de los padres de familia en las actividades para el desarrollo cognitivo de niños y niñas con retraso psicomotriz.
- 3)Elaborar el diagnostico.
- 4)Diseño y aplicación de la propuesta.
- 5)Evaluación del manual.

CAPITULO 1

MARCO TEORICO

ESQUEMA DEL CONTENIDO DEL MARCO TEORICO

FAMILIA

1.1 DEFINICIÓN

“La OMS define familia como un núcleo compuesto por personas unidas por parentesco o relaciones de afecto”⁴. Cada sociedad va a tener un tipo de organización familiar, pero algo muy importante es que en la familia las personas que conforman ese grupo van a tener relaciones de parentesco y afectivas.

Además en este grupo familiar se transmiten los valores de la humanidad en la que se vive y por lo tanto es reproductora del sistema social de una época determinada.

La familia es un hecho social universal, ha existido siempre a través de la historia y en todas las sociedades. Es el primer núcleo social en el cual todo ser humano participa. Para su constitución requiere del encuentro y relación de un hombre y una mujer que quieren unirse, en un proyecto de vida común, mediante el afecto entre ellos o hacia los hijos que surgirán de su relación.

1.1.2 DEFINICIÓN ANEXAS

En suma, se define a la familia como un grupo social que está unido por relaciones de parentesco, tanto por vía sanguínea como por relaciones afectivas.

Esta relación se basa en fuertes lazos afectivos, pudiendo de esta manera sus miembros formar una comunidad de vida y amor. Esta familia es exclusiva, única, implica una permanente entrega entre todos sus miembros sin perder la propia identidad y lo que afecta a un miembro afecta directa o indirectamente a toda la familia.

“La familia es una institución que enseña con ejemplos y pautas de conducta que son presentados especialmente por los padres”⁵, los cuales van conformando un modelo de vida para sus hijos enseñando normas, costumbres, valores. Influyen en este espacio la religión, las buenas costumbres y la moral. Por ello, los adultos, son modelos a seguir en lo que dicen y en lo que hacen. La importancia de valores morales como la verdad, el respeto, la disciplina, la autonomía, etc. hace que los hijos puedan enfrentar el mundo que les rodea de manera madura y protagónica.

⁴ www.innatia.com/s/c-organizacion-familiar/a-definicion-de-familia.html

⁵ S. MINUCHIN, *Familia y Terapia Familiar*, Editorial Gedisa, Madrid, 1980, Pg. 7

1.2 TIPOS DE FAMILIA.

Ofrecer una definición exacta sobre la familia es una tarea compleja debido a enormes variedades que encontramos y al amplio espectro de culturas existentes en el mundo. "*La familia ha demostrado históricamente ser el núcleo indispensable para el desarrollo de la persona*"⁶, la cual depende de ella para su supervivencia y crecimiento. Existen varias formas de organización familiar y de parentesco, entre ellas se han distinguido estos tipos de familias:

1.2.1 La familia nuclear o elemental.

Es la unidad familiar básica que se compone de esposo (padre), esposa (madre) e hijos. Estos últimos pueden ser la descendencia biológica de la pareja o miembros adoptados por la familia y se extenderá a de generación en generación.

1.2.2 La familia extensa o consanguínea.

Se compone de más de una unidad nuclear, se extiende mas allá de dos generaciones y esta basada en los vínculos de sangre de una gran cantidad de personas, incluyendo a los padres, niños, abuelos, tíos, tías, sobrinos, primos y demás; por ejemplo, la familia de triple generación incluye a los padres, a sus hijos casados o solteros, a los hijos políticos y a los nietos.

1.2.3 La familia de madre soltera

Familia en la que la madre desde un inicio asume sola la crianza de sus hijos/as. Generalmente, es la mujer quien en la mayoría de las veces asume este rol, pues el hombre se distancia y no reconoce su paternidad por diversos motivos. En este tipo de familia se debe tener presente que hay distinciones pues no es lo mismo ser madre soltera adolescente, joven o adulta.

1.2.4 La familia de padres separados

Familia en la que los padres se encuentran separados. Se niegan a vivir juntos; no son pareja pero deben seguir cumpliendo su rol de padres ante los hijos por muy distantes

⁶ G. Brady, The role of family, Editorial Gedisa, New York, 1987, Pág, 76.

que estos se encuentren. Por el bien de los hijos/as se niegan a la relación de pareja pero no a la paternidad y maternidad.

1.2.5 Familia adoptiva.

Es aquella que recibe a un niño por el proceso de adopción. Muchos padres en estos casos hacen lo posible de ser mejores papás a pesar de que su hijo no lleva su sangre, tratan en lo posible educarlos de la mejor manera, pero no en todos los casos es así, algunos de estos niños no reciben el cariño necesario por lo que lleva al niño a un problema en su cuidado.

1.3 MODO DE SER FAMILIA.

Son múltiples las formas en que cada uno de sus miembros se relaciona y viven cotidianamente. *“La familia es la más compleja de todas las instituciones, aunque en nuestra sociedad muchas de sus actividades tradicionales hayan pasado parcialmente a otras⁷”*, todavía quedan sociedades en las que la familia continúa ejerciendo las funciones educativas, religiosas protectoras, recreativas y productivas. Existen algunos modos de ser familia y estas son algunas de las más importantes:

1.3. Familia Rígida: Dificultad en asumir los cambios de los hijos. Los padres brindan un trato a los niños como adultos. No admiten el crecimiento de sus niños. Los Hijos son sometidos por la rigidez de sus padres siendo permanentemente autoritarios. Lo mismo sucede cuando los padres tienen un niño con habilidades diferentes son exigentes en el trato de su infante.

1.3.2 Familia Sobreprotectora: Es aquella que se preocupa por sobreproteger a los hijos. Los padres no permiten el desarrollo y autonomía de del infante los por tanto ellos no saben ganarse la vida, ni defenderse, tienen excusas para todo, se convierten en "infantiloides". Los padres retardan la madurez de sus hijos y al mismo tiempo, hacen que estos dependen extremadamente de sus decisiones.

1.3.3 Familia Permisiva: En este tipo de familia, los padres son Incapaces de disciplinar a los hijos, y con la excusa de no ser autoritarios y de querer razonarlo todo,

⁷ N. Barbagelata, Estructura Familiar, Editorial Identidad, Madrid, 1995, Pág. 49, 50.

les permiten a los hijos hacer todo lo que quieran. En este tipo de hogares, los padres no funcionan como padres ni los hijos como hijos y con frecuencia observamos que los hijos mandan más que los padres. En caso extremo los padres no controlan a sus hijos por temor a que éstos se enojen.

1.3.4 Familia Inestable y estable: La familia no alcanza a ser unida, los padres están confusos acerca del mundo que quieren mostrar a sus hijos por falta de metas comunes, los hijos crecen inseguros, desconfiados y temerosos, con gran dificultad para dar y recibir afecto, mientras que la familia estable, los padres tienen claridad en su rol sabiendo el mundo que quieren dar y mostrar a sus hijos, lleno de metas y sueños. Les resulta fácil mantenerse unidos por lo tanto, los niños crecen estables, seguros, confiados, les resulta fácil dar y recibir afecto.

1.3.6. Familia Conflictiva: aquellas familias que viven en un mundo llenos de problemas, que no cuentan con todos los elementos que les permitan educar de manera correcta a sus hijos. No es lejana la realidad de la violencia intrafamiliar, abusos sexuales, abandonos de los hijos, problemas de comunicación y comprensión que llevan a los más débiles de la familia, los hijos, a ser vulnerables a un sin fin de riesgos como las drogas, la violencia, y otros delitos.

1.4 LA FAMILIA ANTE LA LLEGADA DEL NIÑO CON DISCAPACIDAD

La familia es el primer agente formador del sujeto, ya desde el nacimiento ejerce sobre él unas funciones educativas insustituibles, considerándose la entrada a la educación infantil como una formación complementaria a la labor realizada en el ámbito familiar. *“Es en el seno de la familia donde se pueden detectar con mas eficacia la presencia de una discapacidad proporcionando un diagnostico e intervención temprana, fundamentales para el desarrollo funcional”*⁸.

¿Pero que sucede en las familias cuando llega un hijo con una discapacidad?

⁸ Freixa Niella, *Familia y deficiencia Mental*, Editorial Amarú, Salamanca, 2000, Pág 40

Se pueden encontrar varias actitudes en los padres debido a que la llegada de un hijo con discapacidad provoca un shock en la familia. Durante el embarazo los padres idealizan a sus hijos, piensan cómo serán, lo que serán capaces de hacer, y al encontrarse ante un niño con habilidades diferentes se sienten desorientados, con sentimientos contrariados y sin saber como actuar.

Por un lado están aquellos padres que, al conocer la discapacidad de su hijo, tiene un sentimiento de rechazo hacia su propio hijo, no comprende su situación y no encuentran la forma de crear las condiciones apropiadas para ellos.

Por otro lado, están aquellos que lo sobre protegen. Igual de perjudicial resulta aislar o rechazar al niño que sobreprotegerlo, ya que al ejercer esa sobreprotección, están influyendo negativamente el establecimiento de relaciones posteriores del niño con sus compañeros o personas de su alrededor.

“Pero ante la llegada de un niño especial se van a producir algunas etapas o fases tales como”⁹:

1.4.1 1ª Fase: Conmoción.

Los padres van a sentir dolor, culpa, vergüenza, autocompasión, pueden intentar alejar de sí al niño, o desear que se muera, o querer la propia muerte; llegan a pensar que el niño es de otra, se preguntan ¿qué he hecho de malo? ¿Por qué me pasó a mí?, quisiera no haberme casado. Incluso dicen detesto a los padres que tienen hijos normales.

1.4.2 2ª Fase: Negación.

La reacción de los padres es el Rechazo al diagnóstico, o ir de profesional en profesional, dudar de la información, buscar otras opiniones, pedir milagros, creer que es un mal sueño.

1.4.3 3ª Fase: Tristeza.

Desolación, ira, aislamiento, nostalgia por la pérdida (del niño que esperaban), atenderlo porque es obligación, sentimiento de culpa que puede llevar a convertirse en un esclavo de su atención, con perjuicio para toda la familia, de la angustia a la alegría.

1.4.4 4ª Fase: Depresión.

⁹ Bar Din, A. *La Madre Deprimida y el Niño*, Editorial Siglo XXI, México: 1989. Pág. 18-21.

Empiezan los padres a experimentar sentimientos de gran tensión, melancolía, frustración, pesimismo, desolación, ira, aislamiento y nostalgia. Síntomas físicos como insomnio, falta de apetito, o dolor de cabeza. Esta es una fase de inestabilidad.

1.4.5 5ª Fase: Aceptación.

Los padres se dan cuenta que el niño con discapacidad que necesita cuidados, se va atenuando la turbulencia emocional, van adquiriendo más confianza en su capacidad de criar al niño, aunque se pasa por períodos de ambivalencia (sentir amor y rechazo). Esto se debe a que quieren al niño pero no aceptan sus limitaciones y sufren.

1.4.6 6ª Fase: Reorganización.

Cuando la familia acepta al niño y su discapacidad, se liberan de sentimientos de culpa, se apoyan unos a otros, se distribuyen tareas, se cree en el niño, se está dispuesto a trabajar y avanzar poco a poco. Entonces los padres empiezan a ir sacando lo mejor de sí mismo, sin límites, porque no los conocen. Ya tiene disposición a pedir ayuda, a trabajar, a comunicar sentimientos y evaluar éxitos.

1.5 CONFLICTO FAMILIA /NIÑO/ DISCAPACIDAD

Toda deficiencia (física o mental) debe ser considerada en un doble aspecto: el de su propia realidad, tanto en intensidad como en extensión y en la repercusión psicológica que produce en el individuo y en su entorno social, familiar. Existen muchos conflictos dentro de la familia que han procreado un niño con unas capacidades diferentes, ya que la responsabilidad es mayores y la no aceptación de tener un niño con estas dificultades, los bajos recursos económicos y muchos otros factores que afectan a la familia tales como:

Situaciones de conflicto conyugal.

- ❖ Más papás que pareja, recriminaciones, reproches e intercambio de culpas.
- ❖ Incomunicación y distancia.

Situaciones de conflicto en el vínculo padres e hijo.

- ❖ Por sentimientos de culpa.

- ❖ No reconocimiento de los aspectos positivos.

Situaciones de conflicto en el vínculo entre hermanos.

- ❖ Culpa en el hermano por sentirse “privilegiado”, “el elegido”.
- ❖ Ira, rivalidad, celos, envidia ante las mayores atenciones, privilegios, cuidados y provisiones materiales para el hermano.
- ❖ Vergüenza y temor a la mirada de los otros y al rechazo.

Situaciones de conflicto en relación a toda la familia:

- ❖ Concepción no deseada. Madre soltera.
- ❖ Exceso de expectativas en el hijo durante el embarazo.
- ❖ Dificultades socioeconómicas (desempleo falta de vivienda).
- ❖ Otras discapacidades en la familia.
- ❖ Negación del diagnóstico. Incomunicación familiar.

1.6 TERAPIA OCUPACIONAL EN LA FAMILIA

La Terapia Ocupacional tiene un acercamiento al ser humano es una mirada integral, que considera lo biopsicosocioespiritual, por lo que la intervención no puede ser dirigida hacia un sujeto aislado. Necesariamente se tiene que considerar el contexto en el cual está inmersa la persona y por consiguiente a su familia.

“La Terapia Ocupacional trabaja con el paciente, (en la recuperación de sus habilidades, mejorar su autoestima), con la familia (ayudándola y entrenándola para continuar y apoyar a su familiar enfermo), y finalmente como nexo entre paciente - familia para lograr así su inserción social o independencia”¹⁰.

La labor del Terapeuta Ocupacional, no puede lograrse si no está encuadrada con el apoyo familiar, donde el niño, sea el centro del tratamiento en todo momento y para todas las disciplinas intervinientes. Se trabaja desde la educación preparándolos en los elementos necesarios que la familia debe conocer para enfrentar el problema,

¹⁰ [www.terapia-ocupacional.com/articulos/Rehabilitacion, comunidad, Terapia, ocupacional, Lic en T.O. Mariel Pellegrini, Marielpellegrini02@hotmail.com](http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Rehabilitacion,comunidad,Terapia,ocupacional,Lic.en.T.O.MarielPellegrini,Marielpellegrini02@hotmail.com)

estimulando en todo momento la reflexión acerca de su importancia en el tratamiento. Se orienta a la familia a recibir apoyo a trabajar en que cada miembro retome sus roles, y se compartan responsabilidades de cuidar a su paciente. La terapia ocupacional ayuda a entender el cambio cognitivo, funcional apoya en la adaptación, orienta y escucha en el camino que usuarios y familias recorren unidos. Una senda que debe ser de constante motivación, paciencia, esfuerzo, buenas palabras, cariño, no es fácil adaptarse a un niño con problema cognitivo, o una enfermedad mental y muchas otras que el terapeuta ocupacional rehabilita.

“El terapeuta ocupacional desarrolla una labor profesional en la que no sólo rehabilita o previene el deterioro cognitivo-funcional del usuario, también trata directamente con la familia del mismo”¹¹.

El ideal de una intervención exitosa en terapia ocupacional va de la mano, en un alto porcentaje, de la implicación familiar. Es imprescindible que los familiares conozcan y sepan responder en las diversas situaciones que se les pueden presentar.

El tratamiento de terapia ocupacional diseñado de forma individualiza por el profesional, junto con las sesiones de apoyo familiar constantes, marcan el avance del usuario. Si se añade dinámicas grupales, fomentando y reforzando nuevas relaciones sociales, se crea una atmósfera de continuos estímulos consiguiendo un cumplimiento de objetivos marcados desde el principio de la intervención por parte del profesional, el usuario y su familia.

La intervención de la Terapia Ocupacional con los padres de niños con problemas cognitivos va a estar dirigida para tratar el comportamiento y desarrollar estrategias para que puedan ayudar a sus hijos desde los hogares.

El modo mas importante de los padres de ayudar a sus hijos es reconociendo que existen diferentes tipos de trastornos, que afectan las capacidades de los niños y la integración censora, la cual cumple un rol importante en el desarrollo del niño, ofreciendo así un medio ambiente rico en estímulos que favorecerán el crecimiento y la maduración.

¹¹ <http://atodaalicante.wordpress.com/2013/06/10/terapeuta-ocupacional-apoyo-y-orientacion-familiar/>

1.7 PSICOMOTRICIDAD

“Psicomotricidad: “El término Psicomotricidad integra interacciones cognitivas, emocionales, simbólicas y sensorio motrices en la capacidad del ser y la capacidad de expresarse en un contexto psicosocial”¹².

La Psicomotricidad puede definirse también como una técnica que procura a través del cuerpo y el movimiento favorecer el desarrollo global del niño/a tanto en los aspectos motores como cognitivos y afectivos, apoyándose en la modificación y manipulación de los medios que utiliza. La psicomotricidad, desempeña un papel fundamental en el desarrollo armónico de la personalidad. 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, pero cuando se padece un trastorno Psicomotor va a existir:

- *Trastorno del Esquema Corporal:* es cuando existe un retraso en la adquisición, si alrededor de los 3 años el niño no identifica los elementos de su cara nombrando o señalando y si a los 6 años no reconoce los elementos que componen su cuerpo o no es capaz de representarlos.
- *Debilidad Psicomotriz:* es la dificultad que el niño puede tener para desenvolverse en el espacio con su cuerpo, así como la torpeza en el área del grafismo y la construcción; existe un retraso leve en las pautas motoras de desarrollo, torpeza, dificultades de coordinación visomotora e hipotonía muscular. La debilidad motriz se detecta en la primera infancia.
- *Inestabilidad Psicomotriz:* se caracteriza por la incapacidad del niño de inhibir sus movimientos y de mantener la atención de forma constante, las características de este trastorno son la dificultad de inhibición motriz, problemas de atención y comprensión.

¹² Acques Richard (2004). Patología Psicomotriz. Editorial Dossat, 2000.

1.8 COGNICIÓN

“Él término cognición etimológicamente del latín cognitivo, significa aproximadamente: razonar, e implica el conocimiento alcanzado mediante el ejercicio de las facultades mentales, lo cual nos lleva a deducir la existencia de un tipo de habilidad a la cual denominamos como facultad o capacidad mental”¹³. También denominados déficits cognitivos o disfunción, ocurren cuando una persona tiene dificultades para procesar la información, incluidas las tareas mentales, como la atención, el pensamiento y la memoria, es aquello que pertenece o que está relacionado al conocimiento. Éste, a su vez, es el cúmulo de información que se dispone gracias a un proceso de aprendizaje o a la experiencia. Las dificultades que enfrentan pueden variar en cuanto a la gravedad y pueden dificultar la realización de las actividades cotidianas.

La encargada de la cognición es la psicología cognitiva, que analiza los procedimientos de la mente que tienen que ver con el conocimiento. Su finalidad es el estudio de los mecanismos que están involucrados en la creación de conocimiento, desde los más simples hasta los más complejos. El desarrollo cognitivo por su parte, se enfoca en los procedimientos intelectuales y en las conductas que emanan de estos procesos. Este progreso es una consecuencia de la voluntad de las personas por entender la realidad y desempeñarse en sociedad, por lo que está vinculado a la capacidad natural que tienen los seres humanos para adaptarse e integrarse a su ambiente.

1.9. DISCAPACIDAD COGNITIVA

Los niños y las niñas pueden presentar diferencias en sus ritmos de aprendizaje y de desarrollo. Ejemplo: pueden estar avanzados en lenguaje y tener dificultades en motricidad; debido a factores biológicos, sociales o culturales. Lo importante es reconocer que existen particularidades que fundamentan las diferencias individuales. Existen tres elementos claves en la definición de la discapacidad cognitiva:

¹³ <http://www.reeduca.com/estimulacion-cognitiva-procesosbas.aspx>.

1. Las capacidades son aquellos atributos que posibilitan un funcionamiento adecuado del niño o niña en la sociedad. Como las habilidades sociales y la participación en actividades.
2. El entorno o contexto lo forman aquellos lugares donde el niño o niña vive, aprende, juega, se socializa e interactúa. Es importante conocer las características del entorno en que se desenvuelve cada niño o niña para adaptarlo a su edad, género y posibilidades intelectuales y sociales.
3. El funcionamiento relaciona las capacidades con el entorno, pues cada niño o niña actúa acorde con sus posibilidades en su ambiente determinado. Por lo tanto, se puede decir que el entorno se convierte en un facilitador o una barrera si no ofrece oportunidades de aprendizaje o hay descuido.

1.10 CAUSAS DE LA DISCAPACIDAD COGNITIVA

- a) Las genéticas se presentan cuando el origen se determina en la alteración de los cromosomas o células que forman los genes no se unen adecuadamente, ni se desarrollan totalmente en el ser humano.
- b) Las ambientales el entorno que afectan el desarrollo del niño/a causando la discapacidad, por ejemplo la contaminación, la violencia o la falta de recursos.

1.11 FACTORES DE RIESGO QUE PUEDEN PRODUCIR UNA DISCAPACIDAD COGNITIVA

Son aquellos elementos o situaciones que al presentarse pueden determinar la aparición de discapacidad cognitiva en los niños y niñas como la falta de estimulación, el maltrato o los accidentes entre otros.

Los factores de riesgo que se presentan durante el embarazo son:

Biomédicos:

- Alteraciones cromosómicas por cambios en las células de los genes.
- Enfermedades maternas como la rubéola, la desnutrición.
- La edad de los padres (mayores de 40 años o menores de 14).

Sociales:

- La falta de recursos para atender las necesidades de alimento, salud, juego.
- Inadecuada nutrición maternal. Violencia intrafamiliar que afecte a la madre.
- Desconocimiento de los factores de riesgo social, la privación afectiva, la violencia, la falta de participación.

Conductuales:

- Consumo por parte de la madre de medicamentos no formulados por el médico.
- Consumo por parte de cualquiera de los padres de drogas o alcohol.
- Descuido de la madre por su salud o por los controles médicos prenatales.

1.12 CÓMO DETECTAR LA DISCAPACIDAD COGNITIVA

Se puede detectar antes del nacimiento a partir de la utilización de exámenes especializados, que permiten identificar las condiciones del niño o niña antes de que este nazca. También se puede detectar a partir de la presencia de factores de riesgo. Por ejemplo, si se presentó falta de oxígeno al nacer es necesario iniciar un proceso de seguimiento respecto a su crecimiento y desarrollo, o después del nacimiento, en este momento las señales pueden ser un desarrollo más lento de lo esperado para su edad.

1.13 CÓMO DIFERENCIAR LA DISCAPACIDAD COGNITIVA DE OTRAS DIFICULTADES O TRASTORNOS

En algunas ocasiones la discapacidad cognitiva se puede confundir con otras dificultades o trastornos, por tal razón se recomienda tener en cuenta los siguientes aspectos:

❖ *Dificultades de aprendizaje.*

Se caracterizan por problemas en la adquisición de la lectura, la escritura y las matemáticas. Están asociados a bajo rendimiento académico. La capacidad intelectual y la adaptación escolar son normales.

❖ *Trastornos de la comunicación.*

Se caracterizan por deficiencias del habla o el lenguaje, incluyen trastorno del idioma expresivo, tartamudeo y otros trastornos de la comunicación donde se alteran la articulación, expresión o comprensión de las palabras.

❖ *Trastornos generalizados del desarrollo.*

Se caracterizan por transformaciones generalizadas en múltiples áreas del desarrollo. Se incluyen alteraciones de la interacción social (en el juego y la integración con otros niños) alteraciones de la comunicación (no expresan emociones).

1.14 CÓMO LA FAMILIA ASUME LA ACEPTACIÓN DE SU HIJO O HIJA CON DISCAPACIDAD COGNITIVA

Las reacciones y los sentimientos que experimentan los padres que tienen niños con estas dificultades son distintas. La familia tiene un cambio en diferentes aspectos: emocionales, en los roles, en las rutinas, en las responsabilidades, en las expectativas y en el proyecto de vida familiar que debe tener ajustes de acuerdo a las características y capacidades de cada niño o niña con discapacidad cognitiva.

Un hijo o hija con imposibilidad implica muchas de las necesidades de apoyo personal y social, pues debe superar muchas más barreras para su aprendizaje y su autonomía, por eso es importante pensar en el apoyo y la calidad de vida de las familias junto a la calidad de vida (bienestar y desarrollo) de los hijos con problema cognitivo. La familia en su proceso de aceptación, identifica y utiliza los recursos, necesidades, y apoyos que tiene o los que le brinda su comunidad para favorecer el desarrollo de los niños y niñas con discapacidad, especialmente durante los primeros seis años de vida.

1.15 APRENDIZAJE COGNITIVO

“Sobre el aprendizaje cognitivo han hablado múltiples autores, entre los que se encuentran Piaget, Tolman”¹⁴. Todos coinciden en que es el proceso en el que la información entra al sistema cognitivo, es decir de razonamiento, es procesada y causa una determinada reacción en dicha persona.

Según lo describe Piaget el desarrollo de la inteligencia se encuentra dividido en varias partes, estas son:

1.15.1 Período sensomotriz: Abarca desde el nacimiento del individuo hasta los 2 años de edad. Es el aprendizaje que se lleva a cabo a través de los sentidos y las posibles representaciones que la memoria haga de los objetos y situaciones a las que el individuo se enfrenta. En esta etapa la imitación es la respuesta al aprendizaje.

1.15.2 Período preoperacional: A partir de los 2 años y hasta llegar a los 5 el niño puede analizar las cosas mediante los símbolos, de ahí la importancia de los cuentos infantiles llenos de metáforas prácticas que permiten que el pequeño tome conciencia de su entorno.

1.15.3 Período de acciones concretas: Esta etapa abarca desde los 6 años hasta los 9, se caracteriza por el desarrollo de la capacidad de razonamiento a través de la lógica pero sobre situaciones presentes y concretas, no es posible aún, de acuerdo a la edad del coeficiente intelectual, que el individuo realice abstracciones para clasificar sus conocimientos.

1.16 EL DETERIORO COGNITIVO

En una persona adulta puede verse una disminución del funcionamiento del sistema cognitivo. Comienza por leves olvidos, como el lugar donde dejamos las llaves de casa. Son simples hechos que suelen relacionarse con abundante estrés o un nivel alto de tensión o ansiedad, pero en muchas ocasiones son los primeros síntomas de enfermedades que serán diagnosticadas años más tarde, tales como *Demencia o Alzheimer*.

¹⁴ <http://definicion.de/cognitivo/#ixzz2adzzKLwb>, Copyright © 2008-2013, Gestionado con WordPress
Lee todo en: Definición de cognitivo - Qué es, Significado y Concepto

Pero en caso de niños surgen en ocasiones desde la infancia por problemas del embarazo, patología, accidente etc.

La forma en la que se pueden diagnosticar el deterioro cognitivo de una persona es a través de estudios sobre la memoria, el vocabulario, las habilidades para comprender su entorno y la capacidad a la hora de responder a problemas de escritura.

El deterioro cognitivo puede tardar años en manifestarse y los detonantes pueden ser enfermedades mentales, obesidad y otros trastornos que favorecen a su desgaste.

1.16.1 Niños con problemas cognitivos

Dado que los niños y adolescentes con problemas cognitivos en ocasiones pueden ser difíciles de manejar, los padres se suelen preguntar si el comportamiento de su hijo es parte normal del desarrollo o si tiene un trastorno de oposición desafiante. Para los niños con dificultad de aprendizaje, las conductas agresivas son la norma y se producen por algún daño neurológico en el nacimiento.

El niño puede tener un desarrollo más lento en las áreas de:

- Desarrollo cognitivo, de lenguaje y la coordinación motora.

Para que el infante pueda aprender una labor o aprender habilidades nuevas, son necesarias muchas oportunidades de práctica.

El niño se puede “dar por vencido” o perder el interés cuando la actividad es difícil.

El niño puede ser:

- ✓ Amigable o retraído
- ✓ Impulsivo o tímido
- ✓ Fácil de ser sobre estimulado o difícil de que se entretenga en algo.

1.16.2 Sugerencia para ayudar al niño con problema cognitivo

Existen muchas formas de ayudar a mejorar el aprendizaje cognitivo

- ❖ Usa explicaciones simples e instrucciones con una sola indicación.
- ❖ Habla claramente sin hablarle como si no entendiera.
- ❖ Dale al niño suficiente tiempo de espera para que responda y haga selecciones.
- ❖ Presenta las lecciones usando un método de “manos a la obra”
- ❖ Fragmenta la actividad en pasos pequeños.

1.17 FAVORECER LA INCLUSIÓN SOCIAL DE LOS NIÑOS CON DISCAPACIDAD COGNITIVA DESDE LA FAMILIA

La participación de las familias, la comunidad y el terapeuta ocupacional es fundamental para favorecer la inclusión social de los niños y niñas con problemas cognitivos y vivenciar el respeto a la diversidad en distintos contextos familiares, sociales, educativos.

La familia debe conocer, facilitar y colaborar en los procesos de inclusión social de los niños con deterioro cognitivo generando acciones para:

- a) La integración y participación en la comunidad.
- b) El reconocimiento de las capacidades distintas en los niños, en las familias.
- c) Brindar y promover la igualdad de oportunidades a: niños y niñas con discapacidad cognitiva.

APRENDIZAJE

1.18 PROBLEMAS DE APRENDIZAJE

Las dificultades de aprendizaje pueden retrasar el progreso del niño o niñas en la escuela. Un problema común es la dislexia, que es una incapacidad específica para la lectura. El desorden de déficit de atención puede ser también considerado como un problema de aprendizaje. Su chico deberá ser evaluado a fin de que se establezca un programa de educación individualizada que lo ayude a resolver su problema de aprendizaje.

1.18.1 En que consisten los problemas de aprendizaje

Son desórdenes que afectan habilidades específicas requeridas para las actividades escolares, como lectura, matemáticas, habilidades manuales, atención y participación en actividades específicas. Tales dificultades no significan que el hijo no sea inteligente, las dificultades de aprendizaje usualmente se presentan en niños de inteligencia normal. Cada niño aprende de una manera diferente. La dificultad se encuentra cuando el niño tiene problemas con los trabajos escolares. Pueden estar relacionados con problemas sociales, de conducta y de autoestima.

Cada niño en quien se sospecha la presencia de una dificultad de aprendizaje debe ser evaluado profesionalmente, incluyendo un plan educacional individualizado, algunos niños les pueden ayudar algunas medidas simples, como ayuda adicional en ciertas áreas o ajustes especiales en el salón de clase.

1.18.2 Que tipos de problemas de aprendizaje existen.

Cada niño que tiene un problema de aprendizaje es diferente estos son:

- ❖ *Dislexia*. Es una incapacidad específica para la lectura. El niño puede leer muy lenta e incorrectamente. Puede tener dificultad para reconocer palabras y leer material impreso. Pero puede aprender muy bien cuando el mismo material es leído en voz alta.
- ❖ *Discalculia*. Es una incapacidad específica para las matemáticas, en la cual el niño tiene dificultad para hacer cálculos matemáticos: puede no ser capaz de memorizar datos o recordar los pasos necesarios para resolver problemas.
- ❖ *Disgrafía*. Es una incapacidad específica para escribir. La escritura del niño es pobre y deficiente y puede ser difícil de leer. El niño puede tener dificultad en la organización y expresión de las ideas. El deletrear puede resultarle también difícil.
- ❖ *Déficit de atención e hiperactividad*. No es un problema de aprendizaje específico pero causa muchos otros problemas, tanto en la escuela como en el hogar. El niño puede tener dificultad en prestar atención, quedarse quieto o controlar impulsos. Es puede afectar muchas otras áreas, tales como la memoria, el lenguaje o el don de gentes.

Algunos niños pueden tener más de una dificultad de aprendizaje. Además de las dificultades de aprendizaje, otros aspectos de la vida del niño pueden verse afectados. El sentirse como un fracaso puede causarle ansiedad o depresión. Su autoestima se ve disminuida y la sensación de no tener control sobre su vida puede ser un problema muy común.

1.18.3 Cual son las causas del problema de aprendizaje.

Generalmente no puede encontrarse una causa específica. Hay factores genéticos, médicos, ambientales,

1.18.4 Que pone al niño en riesgo de tener problemas de aprendizaje.

Muchos factores pero los más remarcados son:

- *Factores genéticos.* Las dificultades para leer pueden ser familiares.
- *Parto prematuro* y otros eventos en el momento del nacimiento.

1.18.5 Cual es el tratamiento para mejorar el problema de aprendizaje.

La intervención educacional es el aspecto más importante en el tratamiento:

- Una intervención temprana puede disminuir el impacto del problema en el desempeño y rendimiento del hijo/a en diferentes aspectos de su vida.
- Recibir servicios de educación especial, que le ayuda para satisfacer sus necesidades educacionales del niño.
- Que tenga un problema de aprendizaje no significa que el hijo no sea inteligente.

1.19. INTERVENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL.

La Terapia Ocupacional en niños con trastorno de aprendizaje aborda los problemas físicos y de integración sensorial coexistentes, como dificultades de la planificación motora, equilibrio y coordinación y dificultades con la escritura manual. La Terapia Ocupacional proporciona un servicio singular a estos niños usando la ocupación como vehículo para fomentar la salud y es la única de las pocas disciplinas que combina el conocimiento de aspectos psicológicos del comportamiento y el aprendizaje con aspectos sensitivos motores. El primer paso en el proceso de evaluación es desarrollar un perfil ocupacional y examinar la capacidad del niño para desempeñar sus actividades cotidianas. Algunos recursos de evaluación: la observación clínica de actividades funcionales y juego. Luego el terapeuta ocupacional puede observar más de cerca los factores

infantiles, evaluando la función de integración sensorial, las habilidades visuoperceptivas, el desempeño motor, el comportamiento y las habilidades sociales.

El terapeuta ocupacional puede realizar Evaluaciones específicas como:

- ❖ Evaluación del Comportamiento Lúdico
- ❖ Evaluación psicosocial del aprendizaje en Terapia Ocupacional.

De acuerdo con los problemas identificados en el niño la intervención abarca habilidades técnicas para la integración sensorial, el aprendizaje motor y la adquisición de habilidades, los enfoques de rehabilitación, cognitivo conductual y psicosocial. En los niños más pequeños el enfoque del tratamiento puede ser el de mejorar funciones de integración sensorial y las habilidades motoras, lúdicas y de autoayuda.

1.20 RECOMENDACIONES DE TERAPIA OCUPACIONAL PARA NIÑOS CON PROBLEMAS DE APRENDIZAJE.

Estrategias que limitan el impacto negativo de la incapacidad. Por ejemplo, los niños con dificultades para escribir pueden presentar informes orales en lugar de reportes escritos.

Estrategias de remediación. consisten en fortalecer aquellas debilidades que existen en el aprendizaje. Esto incluye el uso de tutores en áreas específicas, tales como matemáticas o lectura, o en áreas más generalizadas, como mejorar los hábitos de estudio. El trabajar en esas áreas con el niño en la casa puede ser muy útil.

Terapias de desarrollo. Incluyen terapia de lenguaje para niños que sufren de tales desórdenes, o terapia ocupacional para ciertos niños con problemas en la escritura.

Refuerzo de habilidades. Incluye oportunidades para que el niño refuerce aquellas áreas en las que él o ella tienen mayores destrezas y no solamente concentrarse en sus debilidades.

El asesoramiento psicológico puede ayudar al paciente a manejar situaciones estresantes y otros temas relacionados con el problema de aprendizaje. Puede involucrar al niño solamente o a su familia también.

RECURSOS

RECURSOS HUMANOS

La realización del trabajo investigativo es posible debido la información facilitada por:

Dr. Hernán Rodríguez. Decano de la Facultad Especialidades en Ciencias de la Salud.

Licda. Grace Abril Meneses Directora del Proyecto Investigativo.

Licda. Miriam Galarza Directora del área de Terapia Ocupacional.

Sr. Edison Briones Delgado, autor del proyecto.

Niños/as que acuden al área de Terapia Ocupacional del programa NAR del H.R.Z

RECURSOS INSTITUCIONALES

Universidad Laica “Eloy Alfaro de Manabí” y su Biblioteca General

Facultad: Especialidades en Ciencias de la Salud. Carrera: Terapia Ocupacional

Área de Terapia Ocupacional del programa NAR del H.R.Z de la ciudad de Manta.

RECURSOS MATERIAL

- Hojas
- Esferos
- Carpetas
- Copias
- Tijeras
- Lápices de colores
- Mesas.
- Colchonetas.
- Juegos de legos de diferentes tamaños
- Juego de pinturas.
- Cajas musicales.
- Caja de plastilina.
- Caja pequeña con material educativo.

FORMATO DE EVALUACIONES

Fichas de evaluación que ayudara desde el inicio del tratamiento.

Entrevistas a profesionales y encuesta a padres de familia.

RECURSOS TÉCNICOS.

- ✘ Computadora disponible.
- ✘ Escáner.
- ✘ Impresora.
- ✘ Copiadora.
- ✘ Cámara fotográfica.

RECURSOS FINANCIEROS

MATERIALES	CANTIDAD	PRECIO UNIDAD	PRECIO TOTAL
Cientos de Hojas	300 hojas	\$ 4.50	\$ 13.50
Esferos	12 unidades	\$ 0,25	\$ 3,00
Lápices	24 unidades	\$ 0,25	\$ 6,00
Lápices de colores	4 cajas	\$ 2.50	\$ 10,00
Tijeras	12 unidades	\$ 1,50	\$ 18,00
Goma blanca	8 unidades	\$ 1,80	\$ 14,40
Copias	100 hojas	\$ 0,05	\$ 5,00
Internet	20 horas	\$ 1,00	\$ 20,00
Carpetas	20 unidades	\$ 0,25	\$ 5,00
Impresión de textos	300 hojas	\$ 0,15	\$ 45,00
Cámara	-	-	\$ 50,00
Impresión de fotos	20	\$1,00	\$ 20,00
Movilización	-	-	\$ 200,00
Adquisición de Libros	Libros	\$ 220,00	\$ 220,00
Anillados	3 anillados	\$ 2,00	\$ 6,00
Impresión folleto	20	\$ 2.50	\$ 50.00
Alquiler de proyector	5 veces	\$ 20.00	\$ 100.00
Viáticos	-	-	\$ 80.00
Memory Flash	1 Memory	\$ 30.00	\$ 30.00
Documento digitados	20 documentos	\$ 1.20	\$ 24,00
CdRW	3 Cd.	\$ 2.00	\$ 6.00
			925.90

El financiamiento de esta tesis, es solventado por el autor Sr. Edison Briones Delgado egresado de Terapia Ocupacional

CAPITULO 2

PROPUESTA

PROPUESTA

DATOS GENERALES

El programa (NAR) Niños de Alto Riesgo del Hospital Rafael Rodríguez Zambrano de la ciudad de Manta brinda atención a niños que padecen alguna discapacidad, recibiendo atención personalizada por el equipo multidisciplinario que elevan las expectativas de los pacientes que reciben atención en las áreas: Estimulación Temprana, Terapia de Lenguaje, Terapia Ocupacional, Terapia el Física, Psicología y el área de Pediatría.

HISTORIA

El centro de Parálisis Cerebral infantil y estimulación temprana se creo en 1993 con la asistencia de medicina física y rehabilitación en el cual constaba dos médicos fisiatra, un terapeuta físico, un ocupacional y uno de lenguaje más un medico pediatra.

En el año de 1997 esta unidad toma el nombre de N.A.R. Manta (niños de al riesgo) en el hospital RODRIGUEZ ZAMBRANO mediante convenio firmado entre la junta de Anda Lucia de España y El M.S.P. Ecuador.

Mediante acuerdo con el F.I.S.E. en 1997 se firma convenio para la construcción de su propio espacio físico inauguraron en abril de 1998 quedando espacio amplio para mejor atención a los clientes.

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACION ACTUAL

Actualmente hay un área para la atención respectiva de estos niños, la misma que es reducida con la gran demanda de clientes más aún en el área de terapia ocupacional a pesar de esto esta funcionando para lo cual se trata de cubrir las necesidades prioritarias de cada caso. El material existente es de estado regular, algunos fuera de servicio y cabe recalcar que varios fueron obtenidos por donaciones y autogestión.

MISIÓN

Atención y seguimiento de niños con parálisis cerebral, u otros trastornos neurológicos y tratar de rescatar algunas aptitudes que le sirve para el desenvolvimiento en su vida cotidiana. La Terapia Ocupacional busca mediante diversas actividades especialmente seleccionada y acorde a las necesidades del niño conseguir el desarrollo psicofísico y cognitivo al máximo de su potencial.

VISIÓN

Contar con el material necesario como talleres protegidos para aquellos niños que mediante el servicio brindado alcancen su independencia y reintegro como ente productivo.

TITULO DE LA PROPUESTA

Creación de un manual para orientar la participación de los padres en el tratamiento cognitivo de los niños y niñas con retraso psicomotriz.

AUTOR DE LA PROPUESTA

Edison Briones Delgado egresado en la especialidad de Terapia Ocupacional de la Facultad de Especialidades en Ciencia de la Salud de la Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí

INSTITUCIÓN AUSPICIANTES

Programa (NAR) Niños de Alto Riesgo del Hospital Rafael Rodríguez Zambrano de la ciudad de Manta, en el área de Terapia Ocupacional.

NATURALEZA O TIPO DE PROPUESTA

Creación de un manual para orientar a los padres.

FECHA DE PRESENTACIÓN

Agosto 2013

DURACIÓN DEL PYOYECTO

Permanente.

RESULTADOS

Mejorar la participación de los padres en el tratamiento del desarrollo cognitivo de los niños que asisten al área de Terapia Ocupacional a través de un manual como guía a fin de optimizar su calidad de vida. Que los niños puedan desarrollar destrezas cognitivas con sus padres en el hogar, a través del uso de actividades y materiales didácticos, para que estimulen áreas visuales, auditivas, táctiles, motoras, mejorando así el aprendizaje.

PROBLEMA A SOLUCIONAR

A través de la creación y elaboración del manual para padres, se pretende aplacar un poco las necesidades que tiene el niño con deficiencias cognitivas en el carecimiento del aprendizaje el cual será apropiado para estimular a los padres desde sus hogares, además de interrelacionar al niño y al familiar en el tratamiento, ya que se conocen el uso de ciertas actividades o estrategias que mejoran el proceso de estimulación temprana.

OBJETIVO DE LA PROPUESTA

Objetivo general:

Elaborar y aplicar el manual de guía con los padres de familia de los niños que acuden al programa NAR en el área de rehabilitación de Terapia Ocupacional, para ayudar a estimular áreas cognitivas desde el domicilio.

Objetivo específico:

- Fomentar el uso de manual de guía en el hogar para mejorar destrezas cognitivas así como las áreas motoras, visuales, auditivas, táctiles.
- Impartir la debida información a los padres de familia que asisten al área de Terapia Ocupacional sobre el correcto manejo del manual de guía prediseñado, así como el cuidado y calidad de vida que el niño debe tener
- Incentivar a los familiares para que faciliten la asistencia de los niños al área de Terapia Ocupacional.

COSTO DE LA PROPUESTA

\$ 217.20

BENEFICIARIOS DIRECTOS

Los niños atendidos con capacidades especiales que acuden al área de rehabilitación de Terapia Ocupacional

BENEFICIARIOS INDIRECTOS

- ❖ Programa NAR del Hospital Rodríguez Zambrano de Manta
- ❖ Padres de familia.

IMPACTO DE LA PROPUESTA

Mediante la propuesta se pretende integrar a los padres de familia de manera más directa en el tratamiento, a través del Manual se podrá lograr, ampliar y tener un seguimiento de un plan de trabajo desde el hogar el cual mejorara la calidad de vida del niño y por ende se tendrá continuidad en el procedimiento terapéutico

DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA

- Aprobación y financiamiento de la propuesta.
- Diseñar los planes y organización de las actividades con los padres.
- Dar conferencias previas sobre la actividad diseñada y el uso adecuado del manual de guía en el hogar.
- Ejecución de las actividades del manual para el desarrollo cognitivo y otras áreas como la visual, táctil, auditivo y motriz.

MONITOREO Y EVALUACIÓN

El monitoreo estará bajo la supervisión de la Lcda. Mirian Galarza encargada del área de Terapia Ocupacional del programa NAR del Hospital Rodríguez Zambrano, quien analizara el diseño, ejecución, gestión y control de la propuesta, lo cual será necesario evaluar mediante informes del área ocupacional el resultado y la viabilidad de la propuesta.

PRESUPUESTO

CANTIDAD	DETALLE	PRECIO UNIDAD	PRECIO TOTAL
200 unidades	Hojas	\$ 3.00	\$ 6.00
6 unidades	Esferos	\$ 0.45	\$ 2.70
1 caja	Lápices	\$ 6.00	\$ 6.00
Lápices	Lápices de colores	\$ 2.50	\$ 10.00
8 Marcadores	Marcadores	\$ 3.50	\$ 28.00
10 Papelografos	Papelógrafos	\$ 0.25	\$ 2.50
20 Fomix	Fomix de colores	\$ 1.00	\$ 20.00
Servicios internet	internet	\$ 1.00	\$ 8.00
6 unidades	Tijeras	\$ 1.50	\$ 9.00
20 Impresiones	Folleto	\$ 2.50	\$ 50.00
Proyector	Alquiler	\$ 15.00	\$ 75.00
	EL TOTAL		217.20

RESUMEN EJECUTIVO

PROYECTO

Tipo

Diseño de un manual

Entidad beneficiaria

Programa NAR del Hospital Rodríguez

Zambrano de Manta

Brindar la orientación adecuada a los padres de familia integral y comunitaria.

Nombre del proyecto

Diseño de un manual de guía para ayudar a los padres en el hogar al tratamiento de su hijo con problema cognitivo.

PROPÓSITO

Elaborar y aplicar el manual de guía con los padres de familia de los niños que acuden al programa NAR en el área de rehabilitación de Terapia Ocupacional, para ayudar a estimular áreas cognitivas desde el domicilio.

Fomentar el uso de manual de guía en el hogar para mejorar destrezas cognitivas así como las áreas motoras, visuales, auditivas, táctiles.

Alternativa de solución

Mediante la propuesta se pretende integrar a los padres de familia de manera más directa en el tratamiento, a través del Manual se podrá lograr, ampliar y tener un seguimiento de un plan de trabajo desde el hogar el cual mejorara la calidad de vida del niño y por ende se tendrá continuidad en el procedimiento terapéutico.

Actividades

- Aprobación y financiamiento de la propuesta.
- Diseñar los planes y organización de las actividades con los padres.
- Establecer horarios de trabajo.
- Dar conferencias previas sobre la actividad diseñada y el uso adecuado del manual de guía en el hogar.

Monitoreo de evaluación

El monitoreo estará bajo la supervisión de la Lcda. Mirian Galarza encargada del área de Terapia Ocupacional del programa NAR del Hospital Rodríguez Zambrano, quien analizara el diseño, ejecución, gestión y control de la propuesta, lo cual será necesario evaluar mediante informes del área ocupacional el resultado y la viabilidad de la propuesta.

Presupuesto

\$ 217.20

Tiempo de duración

Permanente.

Método

Inductivo, deductivo, descriptivo.

Técnicas

Observación directa, entrevista, encuesta.

Abriendo camino desde terapia ocupacional

MANUAL

De guía para ayudar a los
Padres en el hogar al
tratamiento de su hijo
con problema cognitivo

Desde la perspectiva de Terapia ocupacional



Escrito, editado por: Edison Briones Delgado

MANUAL PARA AYUDAR A PADRES EN EL TRATAMIENTO COGNITIVO DE SU HIJO

Autor:

Prólogo.

Presentación.

Temario.

PRÓLOGO

El presente manual pretende formar, y orientar a los padres de familia a través de esta guía terapéutica, y así puedan en casa ayudar a su niño en el tratamiento de acuerdo a su participación activa en el proceso de su formación, se desarrolle su autoestima y logre su adaptación al medio social.

El proceso de aprendizaje en los niños es uno de los problemas que mas afecta a los padres de familia y más aun cuando estos tienen un déficit cognitivo.

La mayoría de los padres de familia presentan falta de conocimiento, para saber primero que problema tiene su niño, y como ayudarlo o cual es el tratamiento adecuado que debe seguir para mejorar su desarrollo.

Algunos padres carecen de oportunidades y condiciones para hacer atender a su niño tanto en la salud, en lo psicológico y social estos y mucho otras problemas pueden ser alguna razón por la que un niño presenten un retraso significativo en su desarrollo y una proporción muy elevada presenta alteraciones que, al no ser diagnosticadas oportunamente, afectan tanto la salud como la calidad de vida, además de tener consecuencias sobre el desarrollo potencial. Se suman a lo anterior varios problemas como: alteraciones de la conducta, falta de adaptación al medio ambiente, fracaso escolar, situaciones y perfiles violentos, incapacidades, morbilidad aguda, crónica y las patologías emergentes de la esfera psico-afectiva y del comportamiento.

PRESENTACIÓN

Brindar al niño oportunidades para un desarrollo adecuado es el legado más importante que se puede ofrecer a la humanidad. Un desarrollo infantil pleno, principalmente durante los primeros años de vida, sentará las bases para la formación de un sujeto con todo su potencial y con posibilidades de volverse un ciudadano con mayor poder de resolución. Él mismo será capaz de enfrentar las adversidades que la vida le presente, contribuyendo a reducir las disparidades sociales y económicas dentro de la sociedad.

Por lo tanto, para que se pueda realizar la vigilancia del desarrollo infantil en la atención primaria de la salud es necesario que los Padres tengan conocimiento básico sobre desarrollo infantil. Es importante que conozca las habilidades de un niño normal, los factores de riesgo que pueden contribuir a alterar el desarrollo y sepa reconocer los comportamientos que puedan sugerir la existencia de algún problema. Para ello es necesario utilizar metodologías simples, accesibles, fáciles de aplicar.

Los terapeutas ocupacionales que estimulan y trabajan con un paciente o un niño saben lo muchos resultados que se logran en el proceso de la rehabilitación; pero muchas veces todo este trabajo alcanzado se pierde cuando el niño llega a casa y los padres de familia no continúan con el tratamiento que el terapeuta ha estado realizando y el infante retrocede o pierde todo lo que se había logrado, por eso con este manual se intenta guiar a los padres para que puedan desenvolverse en casa.

Ser el padre de un niño con discapacidades no es muy diferente de ser el padre de un niño “normal dicen algunos autores”. Pero en realidad no debe ser así, puesto que un hijo con discapacidad requiere otras atenciones. Es el hecho de que los amigos, familiares o profesionales que lo rodean a los padres pueden hacer tanto alboroto al respecto. Probablemente, la mayor diferencia es que, luego de superar el primer golpe al enterarse de que su hijo tiene discapacidades o una enfermedad, notará que el volumen de trabajo es más alto, más importante y más demandante.

Nada nos prepara en la vida para ser discapacitados; y cuando de repente es su bebé o su hijo el receptor de esta etiqueta, la vida puede parecerle muy injusta.

LO QUE DEBEN SABER LOS PADRES

Cuando se presentan los factores de riesgos de producir una discapacidad cognitiva. Estos se pueden dar en los siguientes periodos:



Periodo prenatal:

El riesgo se presenta durante el embarazo por alteración genética, o por violencia intrafamiliar.



Periodo perinatal:

El riesgo se presenta durante el parto, niño prematuro o falta de cuidado médico.



Periodo postnatal:

El riesgo se presenta después del nacimiento, por traumatismo craneo encefálico, infecciones o fiebres entre otros factores.

Qué puedo hacer para que el niño o niña con discapacidad cognitiva se desarrolle, aprenda y adquiera habilidades para su participación familiar y social



Salud:

Estar en control con el médico (pediatra) hacer examen visual, visita al odontólogo y acudir a un Terapeuta Ocupacional.



Alimentación:

Brindar una dieta nutritiva, fijar horas de comida y lactancia materna si necesita.



Estimular el desarrollo:

Trabajar en las habilidades del niño para mejorar la atención, la percepción, la memoria utilizando materiales adecuados a la edad.



Como estimular las diferentes áreas cognitivas, socio afectivas, motora, afectiva, comunicativa y de autonomía en los niños con problema cognitivos.



Edad: 0-3 meses
Los niños presentan poca interacción social, hablele y estimule los sentidos con sonidos y objetos de colores.



Edad: 3-6 meses
Procure que el niño tenga interacción con el entorno familiar, mejore el control de movimientos.



Edad: 6-9 meses
Procure desarrollar habilidades para que el niño pueda agarrar objetos de diferentes tamaños



Edad: 9-12 meses
Favorezca el desarrollo de diferentes movimientos, estimule el lenguaje y ayúdele en la marcha.



Edad: 12-18 meses
Desarrolle el lenguaje expresivo, favorezca la autonomía en la alimentación e involúcrelo en juegos



Edad: 18-24 meses
Brinde seguridad para que pueda relacionarse con el entorno y mejore la autonomía en juego, vestido, alimentación y actividades de aseo.



Edad: 2-4 años
Procure que realice juegos que le permitan desarrollar el pensamiento, mejore equilibrio en diferentes juegos y se relacione con todos.



Edad: 4-6 años
Procure el desarrollo del lenguaje, estimule la autonomía, e higiene, vestido, alimentación y juego. Apoye con triciclo para mejorar coordinación, equilibrio

ESQUEMA DE TRABAJO PARA APLICAR EN EL HOGAR

Ayude al niño en casa a reforzar las actividades que se han realizado en el área de Terapia Ocupacional, para fortalecer y mantener el aprendizaje activo y no se pierda lo que se ha logrado en el transcurso de la rehabilitación.

Aplique las instrucciones de este manual en casa y los resultados serán beneficiosos.

ESTADO COGNITIVO – PERCEPTIVO.

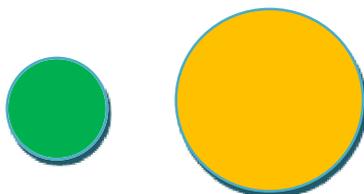
Reconocimiento de colores: coloque imágenes de colores vivos o primarios para que el niño visualice y se estimule la parte visual.



Reconocimiento de formas: coloque imágenes con formas para que el niño las diferencie o ponga 2 o más objetos de diferente formas y pregúntele si las diferencias.



Reconocimiento de tamaño: ponga frente al niño 2 objetos de diferentes tamaños y estimúlelo preguntándole cual es pequeño o grande, largo o corto.



Diferencia números y letras: escriba y frente al niño letras y números en tamaños grande para que pueda aprenderlos.





Comprensión de lenguaje: frente al niño haga juegos de expresiones y háblele para llamar su atención y se concentre en lo que hace.

Repetir palabras: haga que el niño repita palabras utilizando métodos sencillos utilizando las frases más comunes.



Sigue objetos: seleccione un objeto y muévelo frente al niño para que siga el movimiento. Esto ayuda también en la parte visual.

Que hacer cuando el niño hace berrinche: primeramente tratar de controlarlo y buscar una forma adecuada para realizar alguna actividad que lo mantenga ocupado como jugar o pintar.



Reconoce textura fina o gruesa: utilice materias como el fomix, la lija que son elementos suaves y ásperos pase suavemente las manitos del niño, esto le va ayudar a diferenciar los tipos de textura.

Trabajar en esquema corporal: trabaje frente al espejo ayude al niño a reconocer su esquema corporal, diciéndole donde están las partes del cuerpo y repitiendo a vez que lo realiza.



Trabajar en reconocer la familia: realice un árbol fotográfico con fotos de los familiares para que el niño conozca quienes son sus seres queridos

EL JUEGO COMO TERAPIA EN LOS NIÑOS CON CAPACIDADES DIFERENTES.



Los niños con discapacidad cognitiva necesitan de sus padres para estimular sus habilidades para en un trabajo conjunto con los profesionales encargados de su tratamiento. Desde muy pequeños los padres pueden iniciar a sus hijos en actividades donde la coordinación de sus ojos y brazos comiencen a ejercitarse. Recurrimos a juegos para lograrlo:

Lanzar y capturar pelotas: utilice pelotas de varios tamaños y textura con diferentes dimensiones y pesos ayuda al niño a mejorar su equilibrio, su agarre, su concentración.



Rompecabezas: juego ideal para trabajar en la concentración de los niños, utilice pocas piezas al principio para facilitar la actividad.

Pintar es otra forma de incentivarlos a desarrollar sus habilidades, los pinceles que utilizarán serán de todo grosor. Cuando adquieran mayor destreza manejarán **los crayones,** y conforme se perfeccionen los lápices.



Anima a tu pequeño a realizar figuras con sus manos: vivencias o fantasías infantiles serán plasmadas con ayuda de la plastilina, o pinturas mientras la actividad del amasado continuará desarrollándose con los materiales. Muéstrale cómo se hace, de seguro tu niño pronto te imitará

ACTIVIDAD PARA PSICOMOTRICIDAD FINA



Preparación del niño antes de aplicar la actividad.

La estimulación de la motricidad fina (músculos de la mano) es fundamental antes del aprendizaje. Si analizamos que las actividades requieren de una coordinación y entrenamiento motriz, nos damos cuenta que es de suma importancia porque algunos de los niños tiene uno de sus miembros superiores afectados o no tuvieron esa estimulación.

Es necesario que el padre de familia realice en casa una serie de ejercicios previos, secuenciales, para lograr el dominio y destreza de los músculos finos de dedos y manos. Movimientos de leve estiramiento en los dedos, así como extensión, flexión.

Ejercicios de manos: Abrir y cerrar los dedos de la mano. Por medio de la luz proyectar con las manos diferentes figuras de animales y objetos los cuales se reflejan en la sombra.



Ejercicios de muñecas: Giros de la muñeca de la mano: en el aire y sobre la superficie de la mesa (Si se cuenta con una u otra superficie). O masar masa suavemente para ir estirando las articulaciones de los dedos

Trazar líneas: rectas de izquierda a derecha, vertical, oblicua, círculos, cuadrados, rectángulos, triángulos, quebradas, mixtas, onduladas, paralelas simétricas, asimétricas, primero en el aire y después en papel con asistencia de los padres.





Ensartar: Con una aguja y un hilo de un metro, haga ensartar botones y cuentas de madera. Le ayuda para la coordinación.

Punteado de figuras: Realice un dibujo, entregue al niño una aguja y que puntee la figura, puede colocar franela debajo del dibujo.



Manipulación de plastilina o plastilina: Entregue al niño una barrita de plastilina e indíquele que forme bolitas, palitos, etc.

Rasgar Papel: Entregue a la usuaria papel periódico, papel de china o papel bond e indíquele que con la yema de los dedos debe rasgar el papel.



Recorte de figuras: Recortar figuras geométricas para luego cortar siluetas de figuras humanas, animales y otros objetos.

Entorchar papel: Con papel de china o toilette enrollar trocitos de papel. Ayuda para mejorar la prensión



Terapeuta Ocupacional: la asistencia y atención de un T.O. es de suma importancia ya que ayuda al niño a desarrollar, reentrenar, mantener o aprender nuevas habilidades y hacerlo un poco más independiente de las actividades de la vida diaria.

¿Qué materiales puedo utilizar para apoyar el desarrollo y el aprendizaje en el niño o niña con discapacidad cognitiva?



Durante los primeros meses de vida, el mejor juguete para el niño/a es usted mismo, sobre todo su cara. Como disfrutan mirando a los ojos, al pelo y a la boca, siempre que esté cerca de él o ella, directamente a la cara, háblele, sonríale y alábele mucho cuando responda.

Poco a poco vaya introduciendo algunos juguetes, combinando un nuevo con un juguete familiar para él o ella, evitando reacciones de miedo ante una nueva experiencia. Procure además, elegir juguetes adecuados para la edad del niño/a. Los tipos de juguetes deben variar de acuerdo con su edad y con sus nuevas posibilidades e intereses.

Para estimular el desarrollo del niño/a, los juguetes no tienen que ser caros, cualquier objeto puede convertirse en un juguete atractivo (las tapas de las ollas, un tarro, una caja, etc.). No olvide que muchos juguetes interesantes pueden ser fabricados con materiales del ambiente

Conviene dar al niño o niña variedad de juguetes para que no vea siempre los mismos. Mientras juega con él o ella vaya indicándole las características de cada juguete al tiempo que hace demostraciones y describe las actividades como vamos a pintar un paisaje. Dele los juguetes uno a uno para que tenga tiempo de explorarlos.

Reflexione y recuerde que:

La familia es el primer espacio en donde el niño o niña interactúa y por tanto se desarrolla como un ser integral, social, dinámico y formado para convivir dentro de una sociedad, por esta razón el hogar como la base para la evolución de una persona, es el responsable de todas las acciones que ejecute en determinada situación, y de la conciencia que tenga la persona de sí misma.

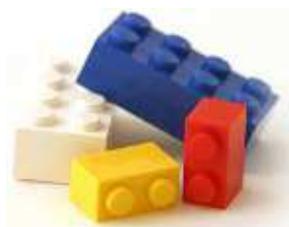
Favorezca las oportunidades del niño o niña con discapacidad cognitiva para explorar y vivenciar otras experiencias sociales, familiares, recreativas, educativas, las cuales le permitirían participar activamente de su comunidad.

Reconozca los logros que alcanza en las distintas áreas del desarrollo (cognitiva, afectiva, psicomotora, lenguaje, social, emocional) y los avances a lo largo de su desarrollo y de su aprendizaje.



¿Qué hemos de tener en cuenta al pensar en juguetes para niños con alguna discapacidad?

Ante todo, y sea cual sea la necesidad especial, es importante escoger juguetes teniendo en cuenta los intereses del niño, sus necesidades y la seguridad. También es importante, a nivel general, no poner en manos de los niños con alguna discapacidad únicamente juguetes que se dirigen a niños más pequeños. Hay que procurar no limitar sus capacidades y potencialidades dándoles juguetes poco estimulantes.



¿Qué tipo de juguete conviene más a los niños con discapacidad intelectual?

En este caso, dependerá mucho del tipo de discapacidad intelectual cuyo espectro es muy amplio y de si ésta va asociada a otra discapacidad, con lo cual la adaptación a su nivel intelectual, físico y el momento de desarrollo del niño. Los juguetes de uso terapéutico pueden ser una buena elección, ya que están pensados para facilitar el aprendizaje de forma atractiva



¿Los padres pueden adaptar un juguete para un niño con discapacidad? ¿Qué papel juega la familia en el desarrollo de esta actividad?



El papel de la familia en el juego de los niños tengan o no alguna necesidad especial, es indispensable y crucial. En el caso de niños con discapacidades la familia se convierte, muchas veces en puente mediador entre el juguete y el niño o la niña. Así, es necesario potenciar la iniciativa del pequeño, animarlo, respetar su ritmo y evitar actitudes sobreprotectoras y que fomenten la actitud pasiva del niño.

Concejos para una práctica centrada en el niño.

- 2 Apoyar al niño (a) para que tengan éxito, incluso tomar riesgos y equivocarse.
- 3 Examinar con el niño (a) los riesgos y sus consecuencias.
- 4 Guiar al niño (a) en la determinación de sus propias necesidades.
- 5 Facilitar al niño (a) la elección de objetivos que son propositivos.
- 6 Animar y facilitar el proceso de toma de decisiones del niño (a), para una relación de compañerismo en el proceso.
- 7 Suministrar información para que el niño (a) pueda realizar decisiones.
- 8 Establecer una comunicación clara y precisa.

Algunos consejos de interés para los padres:

- ❖ Darle al niño ese reconocimiento por cualquier cosa que haga correctamente adelantándonos a su mal comportamiento.
- ❖ Tratar de evitar situaciones en las que sabemos que se pondrá “guerrero”, sobre todo al principio.
- ❖ Ignorar en la medida de lo posible su mala actitud.
- ❖ No confirmar su etiqueta “eres malo”, si no utilizar frases “lo que has hecho no está bien, no me gusta, tendrás que arreglarlo”.



CAPITULO 3

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS CUADROS ESTADÍSTICO DEL TRABAJO DE CAMPO.

CUADRO GENERAL DE DATOS

INTERVENCIÓN	SEXO	EDAD	PATOLOGÍA
Estudio de caso 1	F	1 Año 8 meses	Hemiplejia Derecha
Estudio de caso 2	M	3 Años	Artrogriposis
Estudio de caso 3	M	3 Años	Hipoxia Cerebral
Estudio de caso 4	F	3 Años 2 meses	Sindrome Down
Estudio de caso 5	M	6 Años 5 Años	Parálisis Cerebral Infantil
Estudio de caso 6	M	5 Años	Afasia
Estudio de caso 7	M	7 Años	Sindrome Down
Estudio de caso 8	M	6 Años	Retardo Mental Moderado
Estudio de caso 9	M	4 Años	Hipotiroidismo
Estudio de caso 10	F	4 Años	Microcefalia
Estudio de caso 11	F	3 Años	Hipoxia Cerebral
Estudio de caso 12	M	6 Años	Hidrocefalia
Estudio de caso 13	M	6 Años	Afasia
Estudio de caso 14	M	7 Años	Hipoxia Cerebral
Estudio de caso 15	F	3 Años	Imperactividad
Estudio de caso 16	F	4 Años	Parálisis Cerebral Infantil
Estudio de caso 17	M	1 Años 7 meses	Sindrome Down
Estudio de caso 18	M	4 Años	Hidrocefalia
Estudio de caso 19	F	4 Años	Hiperactividad
Estudio de caso 20	M	3 Años	Sindrome Down
Estudio de caso 21	M	5 Años	Sindrome de West
Estudio de caso 22	F	5 Años	Retardo Mental Moderado
Estudio de caso 23	M	6 Años	Parálisis Cerebral Infantil
Estudio de caso 24	M	3 Años	Hipoxia Cerebral
Estudio de caso 25	M	2 Años	Autismo
Estudio de caso 26	F	4 Años	Parálisis Cerebral Infantil
Estudio de caso 27	F	3 Años	Sindrome de West
Estudio de caso 28	F	5 Años	Sindrome Down
Estudio de caso 29	M	2 Años	Hiperactividad
Estudio de caso 30	M	4 Años	Hemiparesia Derecha
Estudio de caso 31	M	5 Años	Hemiplejia Derecha
Estudio de caso 32	F	5 Años	Hipoacusia
Estudio de caso 33	F	3 Años	Artrogriposis
Estudio de caso 34	M	3 Años	Atrofia Cerebral
Estudio de caso 35	M	5 Años	Autismo
Estudio de caso 36	M	6 Años	Atrofia Cerebral
Estudio de caso 37	F	5 Años	Atrofia Cerebral
Estudio de caso 38	M	3 Años	Hemiparesia Derecha
Estudio de caso 39	M	3 Años	Artrogriposis
Estudio de caso 40	F	2 Años	Sindrome Down

CUADRO N° 1

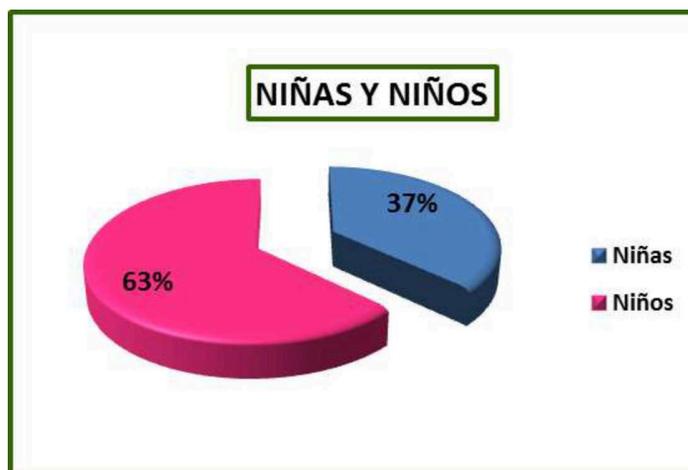
Cuadro referente al sexo de los niños/a con problemas cognitivos.

N°	CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	Niñas	15	37%
2	Niños	25	63%
	Total	40	100

Fuente: Historia Clínica.

Autor: Edison Briones Delgado. Egresado de Terapia Ocupacional

GRAFICO N° 1



Análisis de interpretación

Mediante el proceso de investigación se aprecia una incidencia del 37% de niñas que asisten con más regularidad al área de terapias y el 63% restante pertenece al sexo masculino dentro de los niños que recibieron una atención permanente en el área de terapia ocupacional. Por lo cual el alto porcentaje de mayor incidencia es el 63% de varones.

CUADRO N° 2

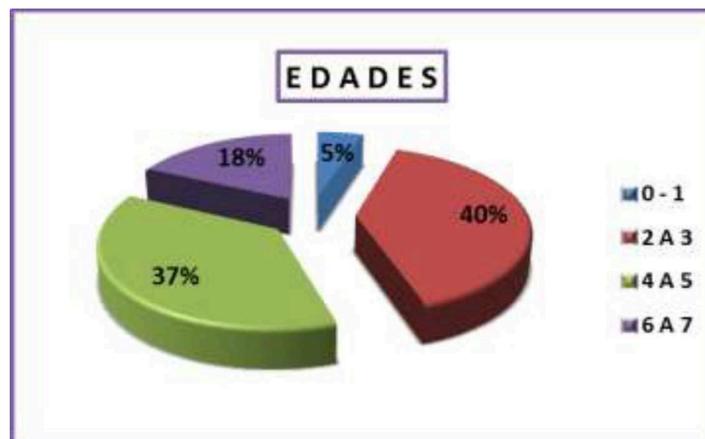
Cuadro de las edades de los niños/a con problemas cognitivos.

N°	EDADES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	0 - 1	2	5%
2	2 A 3	16	40%
3	4 A 5	15	37%
4	6 A 7	7	18%
	Total	40	100%

Fuente: Historia Clínica.

Autor: Edison Briones Delgado. Egresado de Terapia Ocupacional

GRAFICO N° 2



Análisis de interpretación.

La siguiente representación nos muestra una incidencia de los pacientes que asistieron al área de Terapia Ocupacional se encuentra: de 0-1 año asistieron un 5%, de 2-3 años asistieron un 40%, de 4-5 años asistieron el 37%, de 6 -7 años con un porcentaje del 18% Por lo cual la muestra población atendida con un nivel alto están los niños de 2 a 3 años con un 40%. Y la de menor cantidad son los niños en edades de 0-1 con el 5%.

CUADRO N° 3

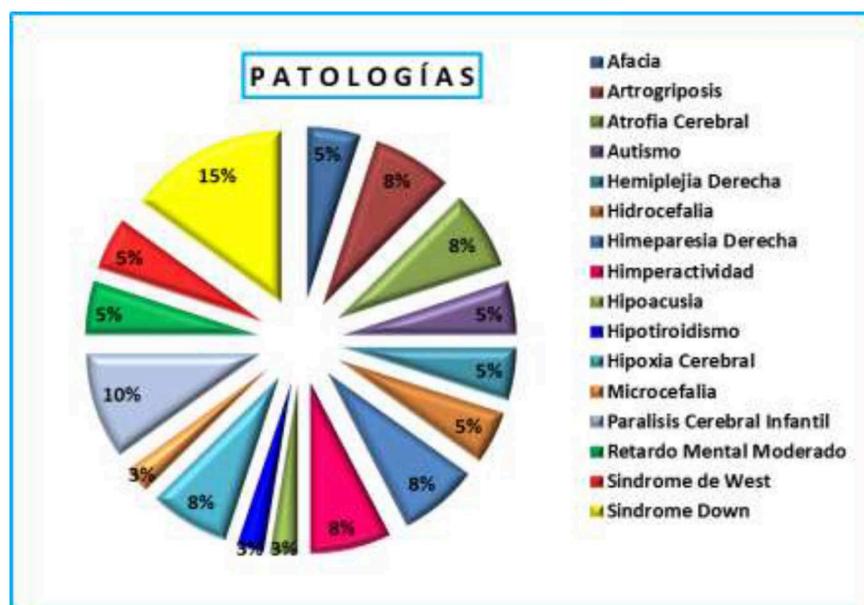
Cuadro de las patologías de los niños/a con problemas cognitivos.

N°	PATOLOGÍAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	Afacia	2	5%
2	Artrogriposis	3	8%
3	Atrofia Cerebral	3	8%
4	Autismo	2	5%
5	Hemiplejia Derecha	2	5%
6	Hidrocefalia	2	5%
7	Himeparesia Derecha	3	8%
8	Himperactividad	3	8%
9	Hipoacusia	1	3%
10	Hipotiroidismo	1	3%
11	Hipoxia Cerebral	3	8%
12	Microcefalia	1	3%
13	Paralisis Cerebral Infantil	4	10%
14	Retardo Mental Moderado	2	5%
15	Sindrome de West	2	5%
16	Sindrome Down	6	15%
	Total	40	100%

Fuente: Historia Clínica.

Autor: Edison Briones Delgado. Egresado de Terapia Ocupacional

GRAFICO N° 3



Análisis de interpretación.

El proceso investigativo se llevo acabo con una muestra de patologías que constan el 5% de ellos con una Afasia, el 8% con un Artrogriposis, el 8% con una Atrofia Cerebral, el 5% con un Autismo, el 5% con una Hemiplejía Derecha, el 5% con una Hidrocefalia, el 8% con una Hemiparesia Derecha, el 8% con una Hiperactividad, el 3% con una Hipoacusia, el 3% con un hipotiroidismo, el 8% con una Hipoxia Cerebral, el 3% con una Microcefalia, el 10% con una Parálisis Cerebral Infantil, el 5% con un Retardo Mental Moderado, el 5% con un Síndrome West, y el 15% con un Síndrome Down.

Encontramos que el caso mas alto de los niños atendidos son el Síndrome Down con un 15%, seguidas de una Parálisis Cerebral con el 10%, y las patologías que tienen un porcentaje iguales son: las Atrofia Cerebral, Hipoxia Cerebral con el 8% cada una.

Igualmente las patologías que más se repiten con el mismo porcentaje están las siguientes: Afasia, Autismo, Hemiplejía Derecha, Hidrocefalia, Retardo Mental Moderado, Síndrome West cada una con el 5% y las patologías que presentaron el nivel menos elevado son: hipoacusia, hipotiroidismo, microcefalia, cada una con el 3%.

CUADRO N° 4

Análisis de la discapacidad de los niños/a con problemas cognitivos.

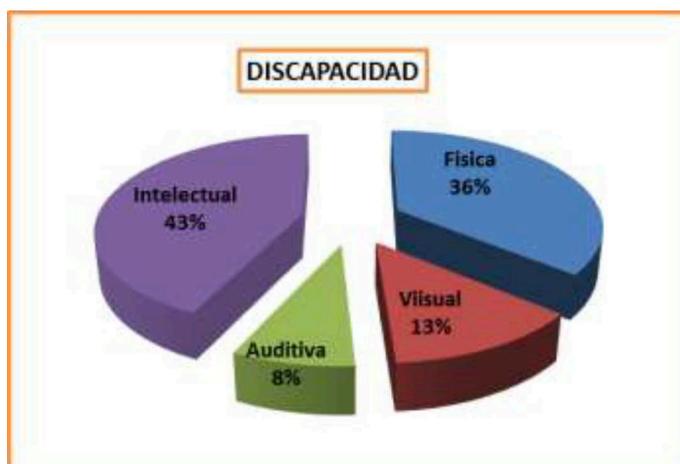
N°	DISCAPACIDAD	FRECUENCIA	PORCENAJE
1	Física	24	36%
2	Visual	9	13%
3	Auditiva	5	8%
4	Intelectual	29	43%
	Total	67	100%

Nota: Una misma persona puede estar en más de una categoría de tipos de discapacidad.

Fuente: Historia clínica de pacientes y guía de observación.

Autor: Edison Briones Delgado. Egresado de Terapia Ocupacional

GRAFICO N° 4



Análisis de interpretación.

Vale recalcar que en este cuadro algunos de los pacientes presentan más de una discapacidad por lo que el porcentaje puede alterarse. En el proceso investigativo que se llevo a cabo con una muestra de las discapacidades constan de: 36% con discapacidad Física, el 13% con discapacidad Visual, el 8% con discapacidad Auditiva, el 43% con discapacidad intelectual. Encontramos que el 43% de déficit intelectual es la discapacidad mayor atendida, y la menor cantidad atendida es la auditiva con el 8%.

CUADRO N° 5

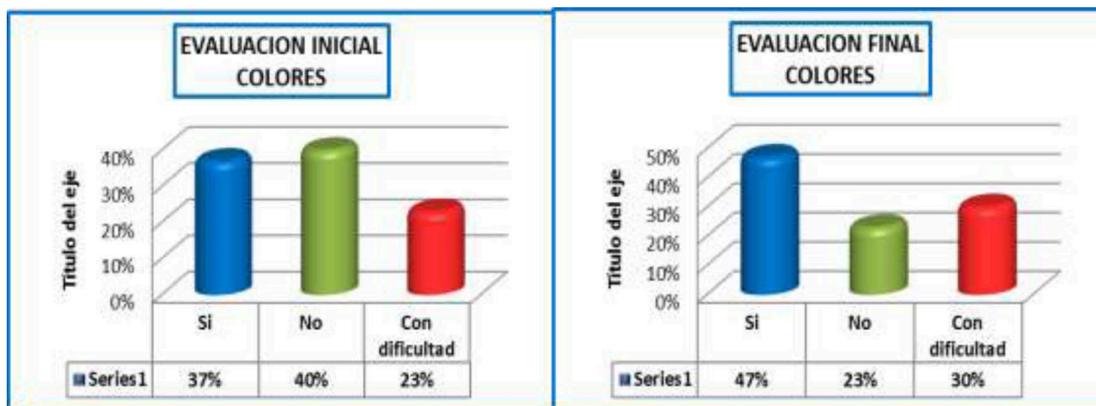
Evaluación inicial y final del estado cognitivo – perceptivo de los niños/a con problemas cognitivos que asistieron al área de Terapia Ocupacional.

ESTADO COGNITIVO - PERCEPTIVO						
EVALUACION INICIAL				EVALUACIÓN FINAL		
N°	Reconocimiento de colores	Frecuencia	Porcentaje	Reconocimiento de colores	Frecuencia	Porcentaje
1	Si	15	37%	Si	19	47%
2	No	16	40%	No	9	23%
3	Con dificultad	9	23%	Con dificultad	12	30%
	Total	40	100%	Total	40	100%

Fuente: Ficha de evaluación.

Autor: Edison Briones Delgado. Egresado de Terapia Ocupacional

GRAFICO N° 5



Análisis de interpretación.

El estudio muestra que al momento de la evaluación inicial en el reconocimiento de colores el 37% de los niños Si lo realizaron, el 40% No y el 23% con dificultad. Por lo cual la muestra de población atendida con un nivel alto están los niños con el 50% que no pudieron realizar esta actividad.

En la evaluación final encontramos que los pacientes mejoraron el reconocimiento de colores mejorando del 37% al 47% Si, y los que no lo realizaron se redujo a un 40% a 23 %, y de un 23% a un 30% ya lo pudieron realizar con dificultad.

CUADRO N° 6

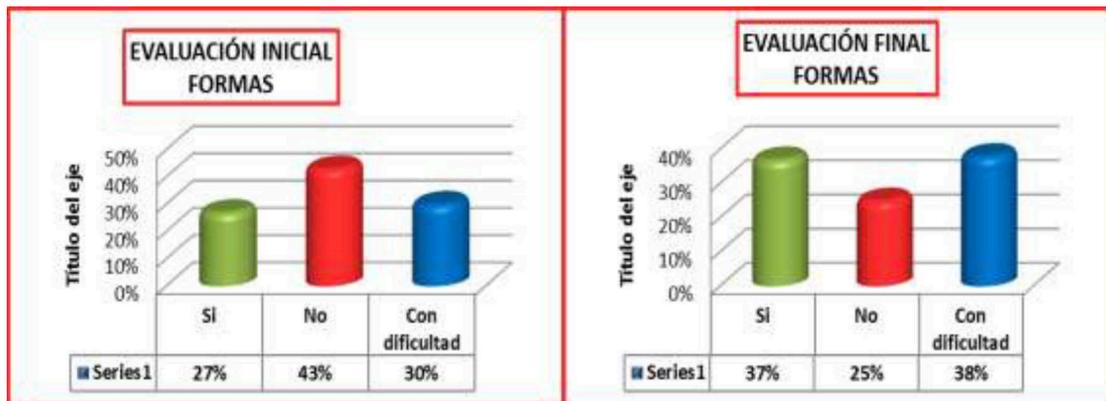
Evaluación inicial y final del estado cognitivo – perceptivo de los niños/a con problemas cognitivos que asistieron al área de Terapia Ocupacional.

ESTADO COGNITIVO - PERCEPTIVO						
EVALUACIÓN INICIAL			EVALUACIÓN FINAL			
N°	Reconocimiento de formas	Frecuencia	Porcentaje	Reconocimiento de formas	Frecuencia	Porcentaje
1	Si	11	27%	Si	15	37%
2	No	17	43%	No	10	25%
3	Con dificultad	12	30%	Con dificultad	15	38%
	Total	40	100%	Total	40	100%

Fuente: Ficha de evaluación.

Autor: Edison Briones Delgado. Egresado de Terapia Ocupacional

GRAFICO N° 6



Análisis de interpretación.

En los resultados se muestra que al momento de la evaluación inicial en el reconocimiento de formas el 27% de los niños si lo ejecutaron, el 43% No y el 30% con dificultad. Por lo cual la muestra población atendida es negativa porque el 43% no pudieron realizar la actividad. Pero en la evaluación final encontramos que los pacientes mejoraron el reconocimiento de formas en un 37% Si, un 25% No y un 38% con dificultad. El índice que más mejoraron fue el 38% con dificultad, seguido del 37% si lograron mejorar el aprendizaje.

CUADRO N° 7

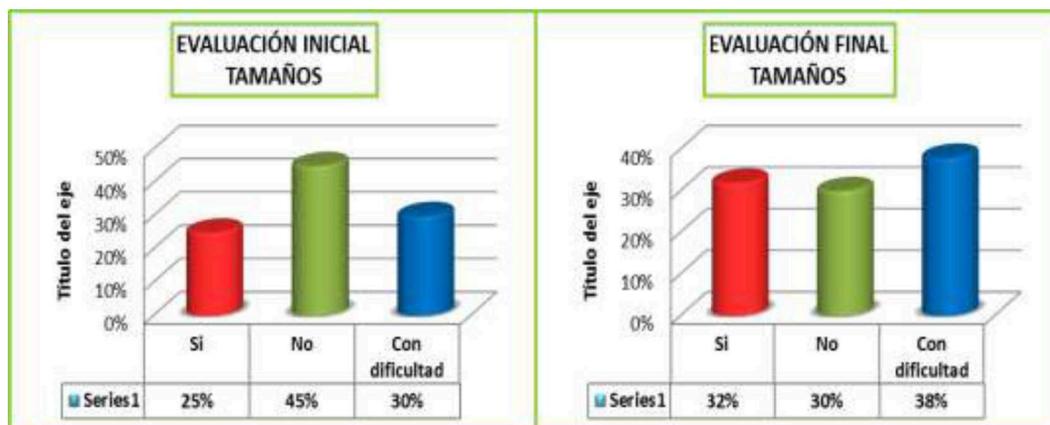
Evaluación inicial y final del estado cognitivo – perceptivo de los niños con problemas cognitivos que asistieron al área de Terapia Ocupacional.

ESTADO COGNITIVO - PERCEPTIVO						
EVALUACION INICIAL				EVALUACIÓN FINAL		
N°	Reconocimiento de tamaños	Frecuencia	Porcentaje	Reconocimiento de tamaños	Frecuencia	Porcentaje
1	Si	10	25%	Si	13	32%
2	No	18	45%	No	12	30%
3	Con dificultad	12	30%	Con dificultad	15	38%
	Total	40	100%	Total	40	100%

Fuente: Ficha de evaluación.

Autor: Edison Briones Delgado. Egresado de Terapia Ocupacional

GRAFICO N° 7



Análisis de interpretación.

Al momento de la evaluación inicial se muestra que en el reconocimiento de tamaño el 25% Si pudieron realizar la actividad, el 45% No y el 30% lo hicieron con dificultad. En la evaluación final los pacientes mejoraron el reconocimiento de tamaño del 25% aumento a 32% Si lo realizaron, el 45% se disminuyo a 30% que no podían realizarlo, y 30% aumentaron a 38% que si lo hicieron con dificultad. Con un alto índice de reconocimiento que fue el 38% con dificultad.

CUADRO N° 8

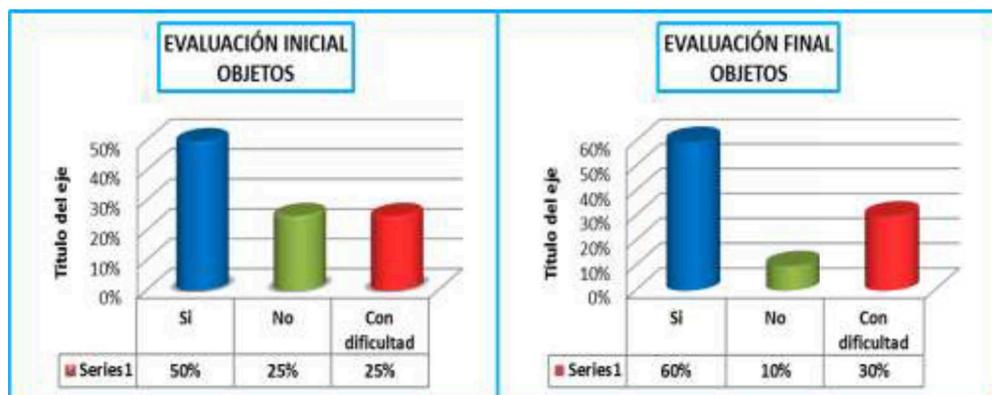
Evaluación inicial y final de la percepción visual de los niños/a con problemas cognitivos que asistieron al área de Terapia Ocupacional.

PERCEPCIÓN VISUAL						
EVALUACION INICIAL				EVALUACIÓN FINAL		
N°	Reconoce y sigue objetos	Frecuencia	Porcentaje	Reconoce y sigue objetos	Frecuencia	Porcentaje
1	Si	20	50%	Si	24	60%
2	No	10	25%	No	4	10%
3	Con dificultad	10	25%	Con dificultad	12	30%
	Total	40	100%	Total	40	100%

Fuente: Ficha de evaluación.

Autor: Edison Briones Delgado. Egresado de Terapia Ocupacional.

GRAFICO N° 8



Análisis de interpretación.

Mediante el siguiente estudio se muestra que al momento de la evaluación inicial en el reconocimiento de objetos los niños lo realizaban el 50% Si, el 25% No y el 25% con dificultad. Por lo cual la muestra poblacional atendida con un nivel alto positivo con el 50%. En la evaluación final encontramos que los pacientes mejoraron del 50% a 60% Si lo realizaron, y del 25% se disminuyo a un 10% que no podían, y del 25% mejoraron a un 30% que si lo ejecutaron con dificultad. Siendo el nivel mas alto el 60% favorable.

CUADRO N° 9

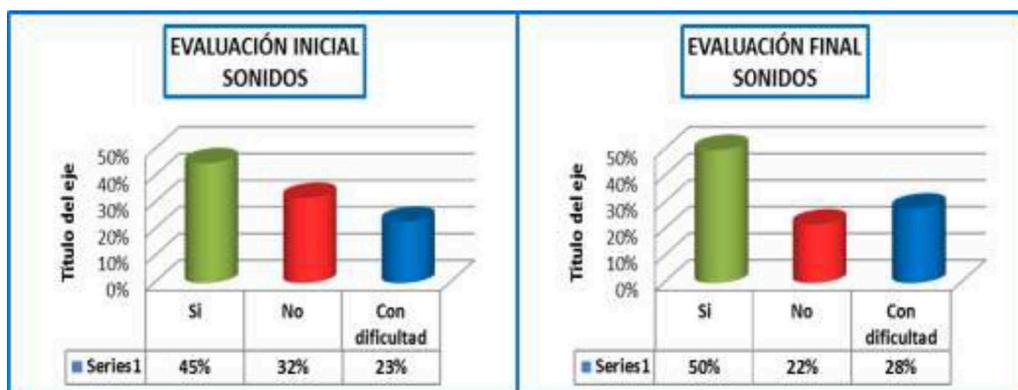
Evaluación inicial y final de la percepción auditiva de los niños/a con problemas cognitivos que asistieron al área de Terapia Ocupacional.

PERCEPCIÓN AUDITIVA						
EVALUACIÓN INICIAL			EVALUACIÓN FINAL			
N°	Identifica y sigue el sonido	Frecuencia	Porcentaje	Identifica y sigue el sonido	Frecuencia	Porcentaje
1	Si	18	45%	Si	20	50%
2	No	13	32%	No	9	22%
3	Con dificultad	9	23%	Con dificultad	11	28%
	Total	40	100%	Total	40	100%

Fuente: Ficha de evaluación.

Autor: Edison Briones Delgado. Egresado de Terapia Ocupacional.

GRAFICO N° 9



Análisis de interpretación

En la representación de la evaluación inicial aplicada a la muestra de estudio nos damos cuenta que identifican el sonido lo niños en el 45%, el 32% No lo hace, y el 23% lo desarrollaron con dificultad. Se establece entonces que los pacientes pudieron identificar la fuente en la mayoría alcanzado el 45% de efectividad. En los resultados de la evaluación final los niños mejoraron significativamente del 45% se mejoró a un 50% Si lo realizaron, el 32% se disminuyo a un 22% que no pudieron hacerlo, y del 23% se optimizó a el 28% que si lo ejecutaron con dificultad, De esta manera destacamos la predominancia mayor es del 50% positiva.

CUADRO N° 10

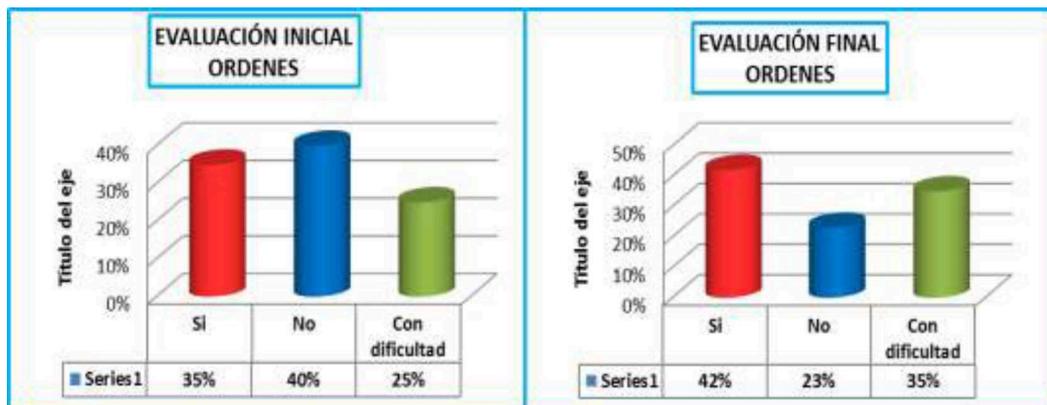
Evaluación inicial y final de la comprensión del lenguaje de los niños/a con problemas cognitivos que asistieron al área de Terapia Ocupacional.

COMPRESIÓN DEL LENGUAJE						
EVALUACION INICIAL			EVALUACIÓN FINAL			
N°	Acata ordenes	Frecuencia	Porcentaje	Acata ordenes	Frecuencia	Porcentaje
1	Si	14	35%	Si	17	42%
2	No	16	40%	No	9	23%
3	Con dificultad	10	25%	Con dificultad	14	35%
	Total	40	100%	Total	40	100%

Fuente: Ficha de evaluación.

Autor: Edison Briones Delgado. Egresado de Terapia Ocupacional.

GRAFICO N° 10



Análisis de interpretación

La evaluación inicial sobre el ítem acata ordene la muestras nos han permitido establecer los resultados, los cuales son el 35% Si, 40% No, y el 25% lo entiende con dificultad.

En la evaluación final los niños aprendieron a catar las órdenes teniendo así que del 35% se mejoró a un 42% Si lo realizaron, y del 40% que no podían se redujo a un 23%, y del 25% que lo entendieron con dificultades se mejoró a un 35% que si lo realizaron con ayuda.

CUADRO N° 11

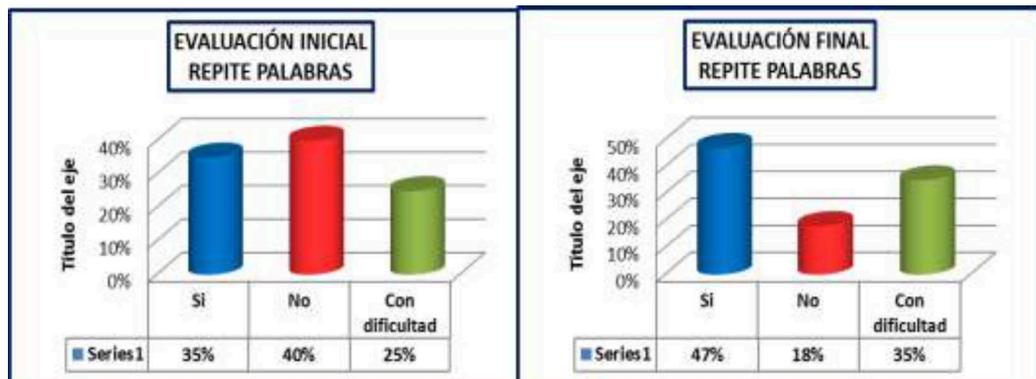
Evaluación inicial y final de la comprensión del lenguaje de los niños/a con problemas cognitivos que asistieron al área de Terapia Ocupacional.

COMPRESIÓN DEL LENGUAJE						
EVALUACION INICIAL				EVALUACIÓN FINAL		
N°	Repite palabras	Frecuencia	Porcentaje	Repite palabras	Frecuencia	Porcentaje
1	Si	14	35%	Si	19	47%
2	No	16	40%	No	7	18%
3	Con dificultad	10	25%	Con dificultad	14	35%
	Total	40	100%	Total	40	100%

Fuente: Ficha de evaluación.

Autor: Edison Briones Delgado. Egresado de Terapia Ocupacional.

GRAFICO N° 11



Análisis de interpretación

En la representación de la evaluación inicial aplicada a la muestra de estudio los niños que repitieron palabras están en el 35% Si, el 40% No, y el 25% con dificultad. Se puede establecer entonces que los pacientes no pudieron repetir palabras en la mayoría alcanzado el 40% negativo. En los resultados de la evaluación final los niños mejoraron significativamente del 35% se mejoró a un 47% que si lo desarrollaron, y del 40% que no podían hacer se disminuyó a un 18%, y del 25% se avanzó a un 35% que lo ejecutaron con dificultad, De esta manera destacamos la predominancia mayor es del 47% positiva.

CUADRO N° 12

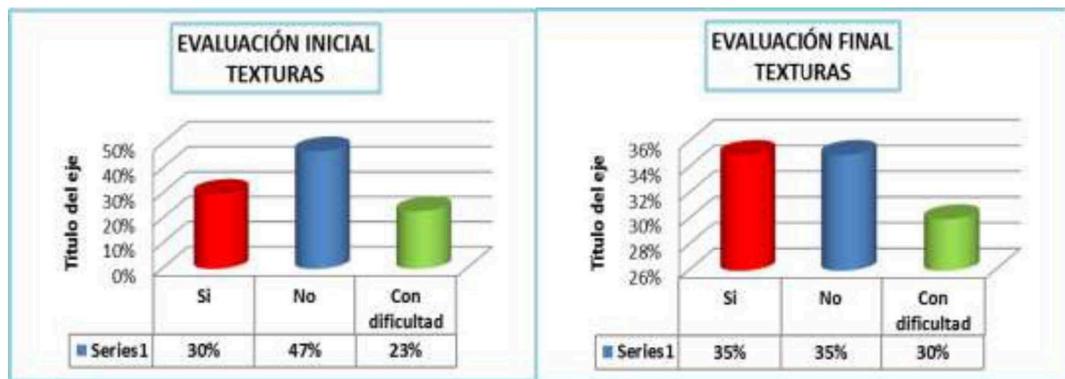
Evaluación inicial y final del estado sensitivo de los niños/a con problemas cognitivos que asistieron al área de Terapia Ocupacional.

ESTADO SENSITIVO						
EVALUACION INICIAL				EVALUACIÓN FINAL		
N°	Diferencia textura lisa y gruesa	Frecuencia	Porcentaje	Diferencia textura lisa y gruesa	Frecuencia	Porcentaje
1	Si	12	30%	Si	14	35%
2	No	19	47%	No	14	35%
3	Con dificultad	9	23%	Con dificultad	12	30%
	Total	40	100%	Total	40	100%

Fuente: Ficha de evaluación.

Autor: Edison Briones Delgado. Egresado de Terapia Ocupacional.

GRAFICO N° 12



Análisis de interpretación.

La evaluación inicial sobre el ítem diferencia textura fina y gruesa las muestras nos han permitido establecer los resultados, los cuales son: el 30% Si lo realizaron, el 42% No, y el 23% lo diferenciaron con dificultad.

En la evaluación final los niños aprendieron a diferenciar los tipos de texturas teniendo así: que del 30% se mejoró a un 35% que si lo hicieron, y de un 47% se disminuyó a un 35% que no lo podían ejecutar, y del 47% se avanzó a un 30% que si lo pudieron diferenciar con dificultad. El avance fue lento pero favorable.

CUADRO N° 13

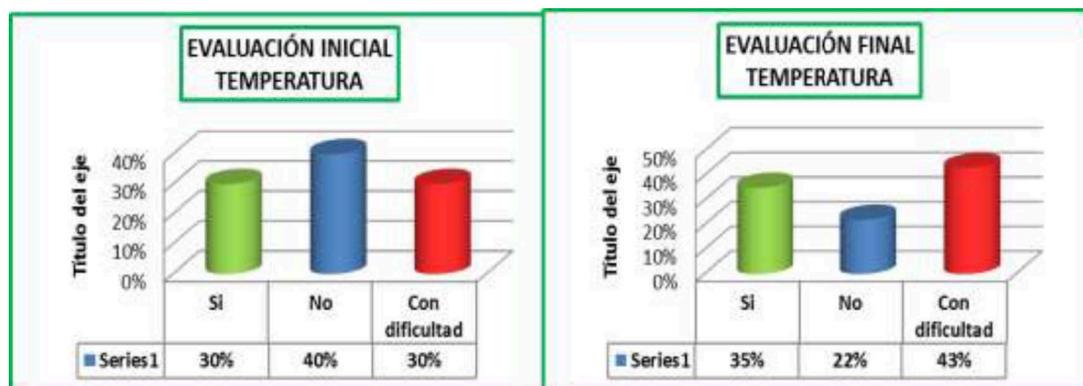
Evaluación inicial y final del estado sensitivo de los niños/a con problemas cognitivos que asistieron al área de Terapia Ocupacional.

ESTADO SENSITIVO						
EVALUACION INICIAL				EVALUACIÓN FINAL		
N°	Diferencia de Temperatura frío y caliente	Frecuencia	Porcentaje	Diferencia de Temperatura frío y caliente	Frecuencia	Porcentaje
1	Si	12	30%	Si	14	35%
2	No	16	40%	No	9	22%
3	Con dificultad	12	30%	Con dificultad	17	43%
	Total	40	100%	Total	40	100%

Fuente: Ficha de evaluación.

Autor: Edison Briones Delgado. Egresado de Terapia Ocupacional.

GRAFICO N° 13



Análisis de interpretación

En la evaluación inicial aplicada a la muestra de estudio los niños que si notaron de diferencia de temperaturas frías, calientes están en el 30% Si realizaron, el 40% No, y el 30% lo desarrollaron con dificultad. En los resultados de la evaluación final los niños mejoraron del 30% a un 35% que si lo hicieron, y del 40% se disminuyo a un 22% que no lo podían hacer, y del 30% se logro avanzar a un 43% que lo ejecutaron con dificultad. De esta manera el índice más alto fue el 43% con dificultad. Los resultados fueron aceptables.

CUADRO N° 14

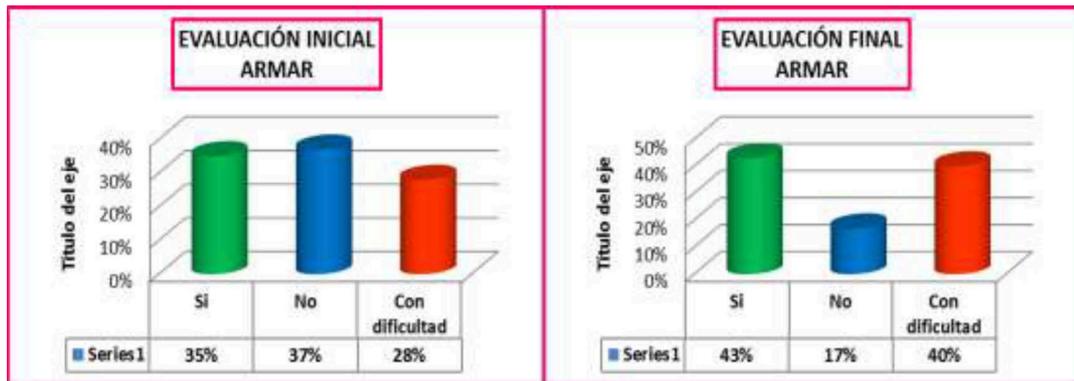
Evaluación inicial y final de las habilidades manuales básicas de los niños/a con problemas cognitivos que asistieron al área de Terapia Ocupacional.

HABILIDADES MANUALES BÁSICAS						
EVALUACION INICIAL			EVALUACIÓN FINAL			
N°	Armar	Frecuencia	Porcentaje	Armar	Frecuencia	Porcentaje
1	Si	14	35%	Si	18	43%
2	No	15	37%	No	7	17%
3	Con dificultad	11	28%	Con dificultad	17	40%
	Total	40	100%	Total	40	100%

Fuente: Ficha de evaluación.

Autor: Edison Briones Delgado. Egresado de Terapia Ocupacional.

GRAFICO N° 14



Análisis de interpretación

En el estudio de la evaluación inicial aplicada a la muestra de estudio nos damos cuenta que en el ítem armar es del 35% de los niños si lo hicieron, el 37% No, y el 28% lo desarrollaron con dificultad. Siendo el nivel más alto el 37% con dificultad.

En los resultados de la evaluación final los niños pudieron realizar mejor la actividad alcanzando del 35% una mejoría a un 43% que si lo realizaron, y del 37% se disminuyó a un 17% que no lo podían ejecutar, y del 37% se avanzó a un 40% que si lo lograron con dificultad. De esta manera destacamos la predominancia mayor es del 43% positiva.

CUADRO N° 15

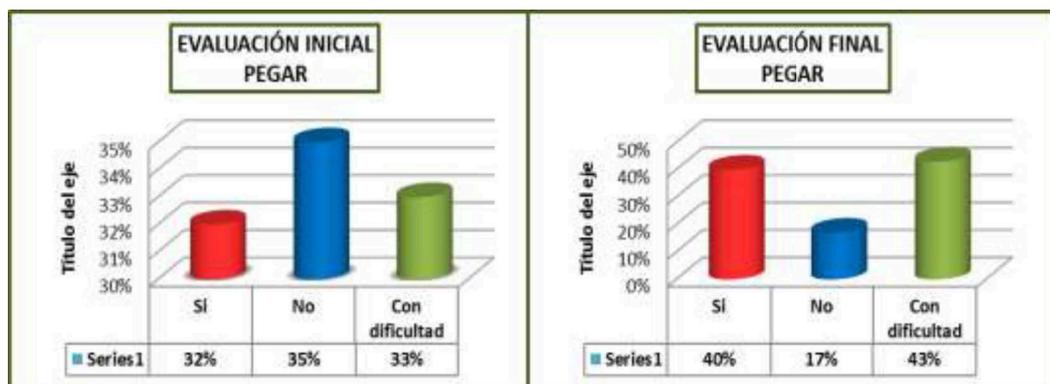
Evaluación inicial y final de las habilidades manuales básicas de los niños/a con problemas cognitivos que asistieron al área de Terapia Ocupacional.

HABILIDADES MANUALES BÁSICAS						
EVALUACION INICIAL				EVALUACIÓN FINAL		
N°	Pegar	Frecuencia	Porcentaje	Pegar	Frecuencia	Porcentaje
1	Si	13	32%	Si	16	40%
2	No	14	35%	No	7	17%
3	Con dificultad	13	33%	Con dificultad	16	43%
	Total	40	100%	Total	40	100%

Fuente: Ficha de evaluación.

Autor: Edison Briones Delgado. Egresado de Terapia Ocupacional.

GRAFICO N° 15



Análisis de interpretación

En la evaluación inicial los niños realizaron la actividad pegar en un 32% que si lo ejecutaron, mientras que el 35% No lo realizaron, y el 33% lo pudieron hacer con dificultad.

En la evaluación final los niños aprendieron a pegar mejor teniendo así que del 32% se mejoró a un 40% que si lo realizaron, y del 35% se disminuyó a un 17% que no lo pudieron ejecutar, y del 33% se avanzó a un 43% que si lo hicieron con dificultad.

CUADRO N° 16

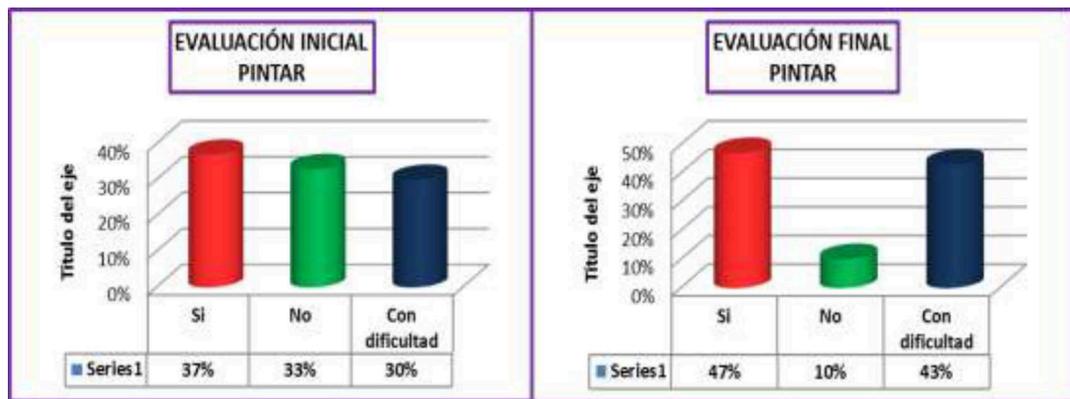
Cuadro de la evaluación inicial y final de las habilidades manuales básicas de los niños/a con problemas cognitivos que asistieron al área de Terapia Ocupacional.

HABILIDADES MANUALES BÁSICAS						
EVALUACION INICIAL				EVALUACIÓN FINAL		
N°	Pintar	Frecuencia	Porcentaje	Pintar	Frecuencia	Porcentaje
1	Si	15	37%	Si	19	47%
2	No	13	33%	No	4	10%
3	Con dificultad	12	30%	Con dificultad	17	43%
	Total	40	100%	Total	40	100%

Fuente: Ficha de evaluación.

Autor: Edison Briones Delgado. Egresado de Terapia Ocupacional.

GRAFICO N° 16



Análisis de interpretación

En la representación de la evaluación inicial aplicada a la muestra de estudio nos damos cuenta que en el ítem pintar resultó con el 37% Si, el 33% No, y el 30% lo desarrollaron con dificultad. Se establece entonces que los pacientes si pudieron pintar en la mayoría alcanzado el 37% positivo. En los resultados de la evaluación final los niños pudieron pintar mejorando así del 37% a un 47% que si lo realizaron, y 33% se disminuyo a un 10% de los que no lo podían hacer, y del 30% se mejoró a un 43% que si lo realizaron con dificultad. De esta manera destacamos la predominancia mayor del 43% con dificultad.

CUADRO N° 17

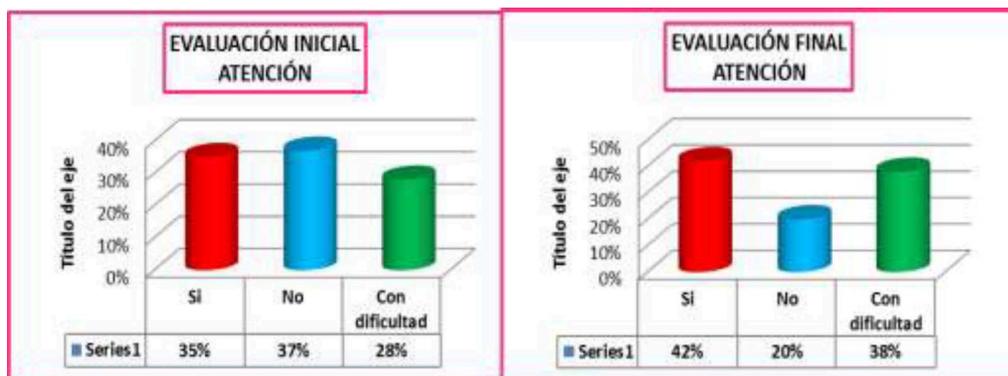
Investigación la evaluación inicial y final de las habilidades manuales básicas de los niños/a con problemas cognitivos que asistieron al área de Terapia Ocupacional.

HABILIDADES MENTALES						
EVALUACION INICIAL			EVALUACIÓN FINAL			
N°	Atención	Frecuencia	Porcentaje	Atención	Frecuencia	Porcentaje
1	Si	14	35%	Si	17	42%
2	No	11	37%	No	8	20%
3	Con dificultad	15	28%	Con dificultad	15	38%
	Total	40	100%	Total	40	100%

Fuente: Ficha de evaluación.

Autor: Edison Briones Delgado. Egresado de Terapia Ocupacional.

GRAFICO N° 17



Análisis de interpretación

En la evaluación inicial los niños si pusieron atención en un 35%, y el 37% No, y el 28% lo pudieron hacer con dificultad ya que son muy distraídos.

En la evaluación final los niños aprendieron a poner mas atención teniendo así del 35% se mejoró a un 42% que si lo realizaron, y del 37% se disminuyo a un 20% que no lo pudieron entender y del 28% se avanzó a un 38% que si lo ejecutaron con dificultad. Siendo el 42% el nivel más elevado.

CUADRO N° 18

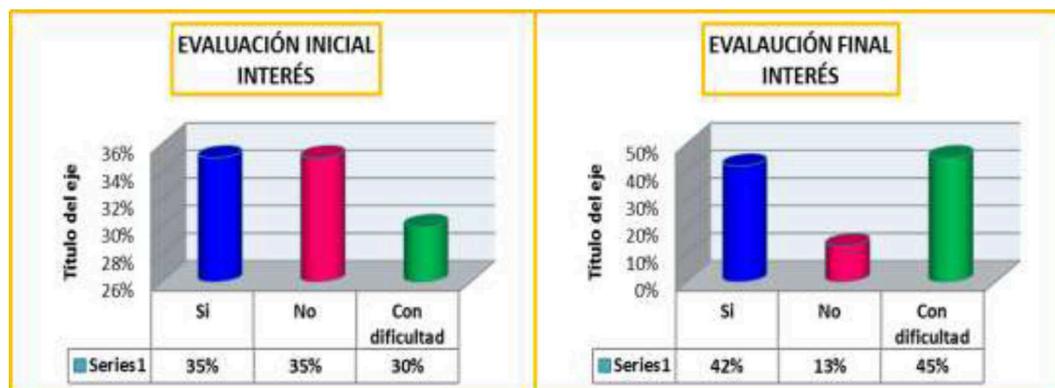
Evaluación inicial y final de las habilidades manuales básicas de los niños/a con problemas cognitivos que asistieron al área de Terapia Ocupacional.

HABILIDADES MENTALES						
EVALUACION INICIAL				EVALUACIÓN FINAL		
N°	Interés	Frecuencia	Porcentaje	Interés	Frecuencia	Porcentaje
1	Si	14	35%	Si	17	42%
2	No	14	35%	No	5	13%
3	Con dificultad	12	30%	Con dificultad	18	45%
	Total	40	100%	Total	40	100%

Fuente: Ficha de evaluación.

Autor: Edison Briones Delgado. Egresado de Terapia Ocupacional.

GRAFICO N° 18



Análisis de interpretación

El interés que mostraron los niños corresponde al 35% Si, el 35% No y el 30%, lo realizaron con dificultad observando que hay un emparejamiento en los niveles de interés siendo predominante el Si y el No con el 35%.

En la evaluación final se mejoró significativamente el interés alcanzando un mejor nivel del 35% se mejoró a un 42% que si les interesó, y del 35% se disminuyó el porcentaje a un 13% que no le ponían interés, y del 30% se consiguió un 45% que si ejecutaron con dificultad siendo este dos últimos nivel mas altos.

CUADRO N° 19

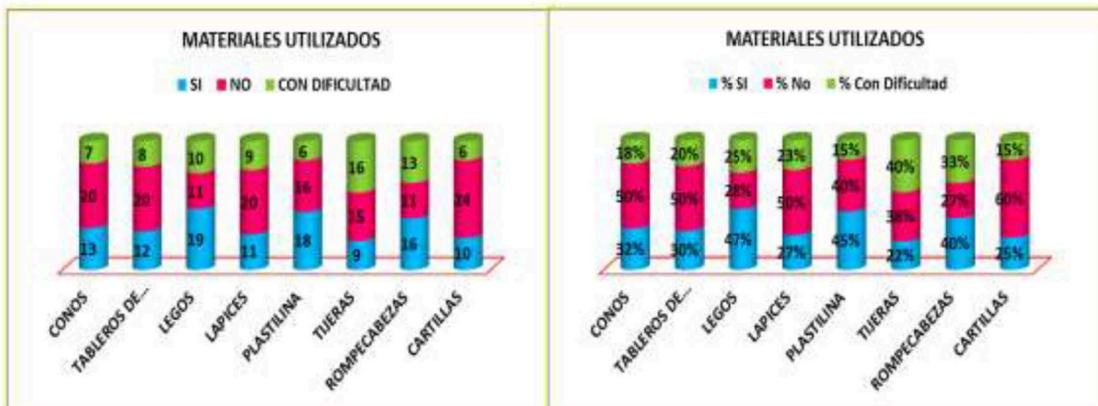
Materiales utilizados para incrementar el desarrollo de las capacidades cognitivas.

MATERIALES	SI #	PORRCENTAJE	NO #	PORCENTAJE	CON DIFICULTAD #	PORCENTAJE	TOTAL
CONOS	13	32%	20	50%	7	18%	100%
TABLEROS DE COORDINACIÓN	12	30%	20	50%	8	20%	100%
LEGOS	19	47%	11	28%	10	25%	100%
LAPICES	11	27%	20	50%	9	23%	100%
PLASTILINA	18	45%	16	40%	6	15%	100%
TIJERAS	9	22%	15	38%	16	40%	100%
ROMPECABEZAS	16	40%	11	27%	13	33%	100%
CARTILLAS INSTRUCTIVAS.	10	25%	24	60%	6	15%	100%

Fuente: Área de Terapia Ocupacional

Autor: Edison Briones Delgado. Egresado de Terapia Ocupacional.

GRAFICO N° 19



Análisis de interpretación.

Entre los materiales que se utilizo con los niños con problemas cognitivos encontramos los siguientes: Conos utilizados en el 32% que si los colocaron, y el 50% No lo pudieron realizar, mientras que el 18% si los colocaron pero con dificultad.

El tablero de coordinación se utilizo en el 30% Si lo realizaron, y el 50% No lo pudieron ejecutar, y el 20% lo realizaron con dificultad.

Los legos por ser un material de fácil manejo en el agarre se lo considero muy útil en el 47% lo realizaron con mucha facilidad, en el 28% No lo pudieron ejecutar, y el 25% si lo realizaron pero con dificultad.

Los lápices por ser un material de destrezas finas se estimo su uso en el en el 27% que si lo ejecutaron, y el 50% No lo realizaron por ser más complicado, el 23% si lo realizaron con dificultad.

El uso de plastilina para mejorar el desarrollo motriz se utilizó en el 45% que si lo ejecutaron, y el 40% No lo realizaron, y el 15% si lo dominaron pero con dificultad.

EL uso de tijeras en el tratamiento de destrezas se aplico en el 22% de los niños si las utilizaron, y el 38% No fue posible utilizarlas, y otro grupo el 40% las manejaron con dificultad.

Los rompecabezas de diferentes piezas se los utilizo en el 40% que si lo armaron, el 27% fue difícil que lograran armarlos, mientras que el 33% aprendió a utilizarlos con dificultad.

Las cartillas instructivas con letras, número e imágenes fueron utilizadas en el 25% que si las entendieron, el 60% No fue posible por ser más complicadas, y el 15% apenas las utilizó con dificultad.

ENCUESTA A PADRES DE FAMILIAS

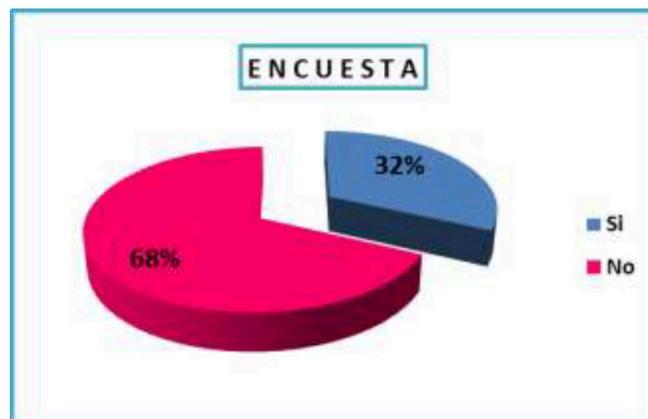
PREGUNTA N° 1

¿CONOCE USTED DE LAS DEFICIENCIAS COGNITIVAS DE SU HIJO ANTE DE APLICAR EL TRATAMIENTO TERAPÉUTICO OCUPACIONAL?

N°	ENCUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	Si	13	32%
2	No	27	68%
	Total	40	100%

Fuente: Encuesta a los padres de familia que asisten al Programa NAR del Hospital Rodríguez Zambrano.

Autor: Edison Briones Delgado. Egresado de Terapia Ocupacional.



Análisis de interpretación.

La representación muestra el 32% de los padres tenían un conocimiento de las deficiencias cognitivas de sus hijos antes de iniciar el tratamiento terapéutico ocupacional y el 68% de ellos desconocía de las deficiencias presentadas en sus hijos. Siendo el 68% el nivel mayor de la encuesta realizada.

ENCUESTA A PADRES DE FAMILIAS

PREGUNTA N° 2

¿CONSIDERA USTED QUE ES IMPORTANTE POTENCIALIZAR EL DESARROLLO COGNITIVO A TRAVÉS DE LA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA?

N°	ENCUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	Si	32	80%
2	No	8	20%
	Total	40	100%

Fuente: Encuesta a los padres de familia que asisten al Programa NAR del Hospital Rodríguez Zambrano.

Autor: Edison Briones Delgado. Egresado de Terapia Ocupacional.



Análisis de interpretación.

De acuerdo al estudio, el 80% de los padres consideran que si es importante potencializar el desarrollo cognitivo a través de la intervención terapéutica, mientras que el 20% restante cree que no es tan importante. Al final el nivel más alto de la encuesta es el de 80% con resultados positivos.

ENCUESTA A PADRES DE FAMILIAS

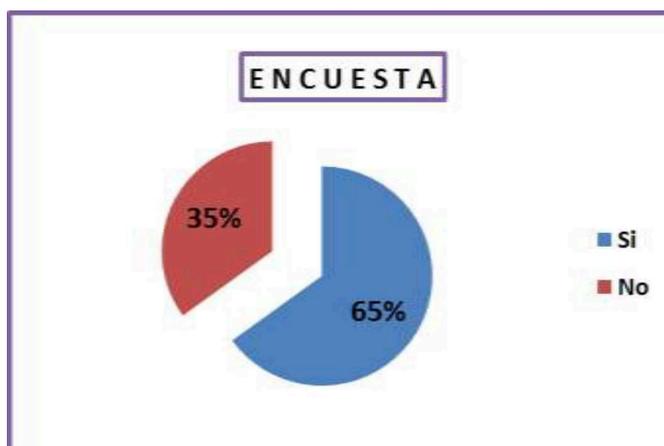
PREGUNTA N° 3

¿CREE USTED QUE ES IMPORTANTE ESTIMULAR LAS CAPACIDADES COGNITIVAS CON AYUDA DE LOS PADRES?

N°	ENCUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	Si	26	65%
2	No	14	35%
	Total	40	100%

Fuente: Encuesta a los padres de familia que asisten al Programa NAR del Hospital Rodríguez Zambrano.

Autor: Edison Briones Delgado. Egresado de Terapia Ocupacional.



Análisis de interpretación.

Dada la referencia de acuerdo a la encuesta realizada a los padres, podemos concluir que el 65% están de acuerdo que para conseguir resultados favorables se debe estimular el aprendizaje en el hogar, mientras que el 35% mantuvo una posición contraria. Esto indica que el tratamiento tuvo la accesibilidad esperada por parte de los padres que en su gran mayoría destacó la importancia de tratamiento en el hogar para reforzar habilidades y disminuir deficiencias.

ENCUESTA A PADRES DE FAMILIAS

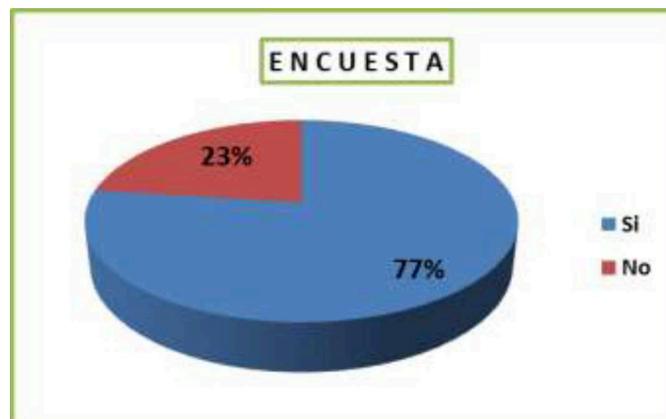
PREGUNTA N° 4

¿PIENSA USTED QUE EL PROFESIONAL QUE ESTA ATENDIENDO A SU HIJO DEBERÍA ORIENTARLO SOBRE EL TRATAMIENTO QUE ESTA REALIZANDO?

N°	ENCUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	Si	31	77%
2	No	9	23%
	Total	40	100%

Fuente: Encuesta a los padres de familia que asisten al Programa NAR del Hospital Rodríguez Zambrano.

Autor: Edison Briones Delgado. Egresado de Terapia Ocupacional.



Análisis de interpretación.

En la investigación aplicada encontramos que el 77% de los padres si consideran que el profesional si debería orientarlos sobre el tratamiento que aplica a su hijo, mientras que el 23% piensa que no es tan necesario ya que con lo que hace el profesional es suficiente. Siendo el mayor porcentaje el 77% positivo.

ENCUESTA A PADRES DE FAMILIAS.

PREGUNTA N° 5

¿CREE USTED QUE LOS PADRES DE FAMILIA DISPONGAN DEL TIEMPO SUFICIENTE PARA LA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA DE SU HIJO?

N°	ENCUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	Si	14	35%
2	No	26	65%
	Total	40	100%

Fuente: Encuesta a los padres de familia que asisten al Programa NAR del Hospital Rodríguez Zambrano.

Autor: Edison Briones Delgado. Egresado de Terapia Ocupacional.



Análisis de interpretación.

En el proceso investigativo, el 35% de los padres consideran que si tienen el tiempo suficiente para la intervención terapéutica de su hijo mientras que el 65% restante cree que no tienen tiempo suficiente para dedicárselo a sus hijos. Esto indica que los padres no colaboran mucho en el tratamiento, siendo mayor el porcentaje negativo.

ENTREVISTA A LOS PROFESIONALES

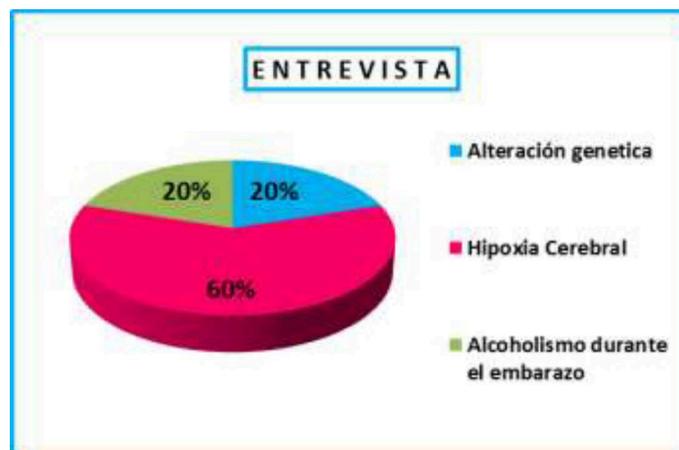
PREGUNTA N° 1

¿CUÁLES DE LAS SIGUIENTES OPCIONES CREE USTED QUE CONLLEVA A UN DÉFICIT COGNITIVO?

N°	ENTREVISTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	Alteración Genética	1	20%
2	Hipoxia Cerebral	3	60%
	Alcoholismo durante el embarazo	1	20%
	Total	5	100%

Fuente: Entrevista a los profesionales que laboran en el Programa NAR del Hospital Rodríguez Zambrano.

Autor: Edison Briones Delgado. Egresado de Terapia Ocupacional.



Análisis de interpretación.

De acuerdo a la pregunta sobre que conlleva a un déficit cognitivo, los profesionales respondieron: el 20% piensan que se da por una alteración genética, mientras que el 60% lo considera por una Hipoxia cerebral, y un 20% razonan que es por alcoholismo durante el embarazo, dando como resultado mayoritario el 60% que se da por una Hipoxia Cerebral.

ENTREVISTA A LOS PROFESIONALES.

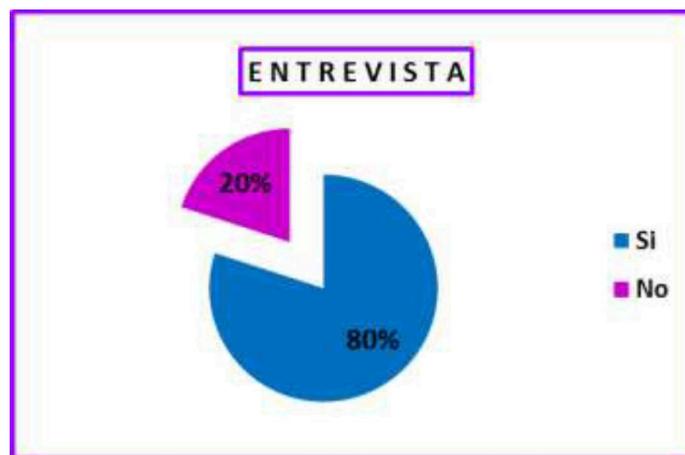
PREGUNTA N° 2

¿CONOCE USTED ACTUALMENTE QUE TÉCNICAS AYUDAN EN EL PROCESO TERAPÉUTICO A MEJORAR EL DESARROLLO COGNITIVO?

N°	ENTREVISTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	Si	4	80%
2	No	1	20%
	Total	5	100%

Fuente: Entrevista a los profesionales que laboran en el Programa NAR del Hospital Rodríguez Zambrano.

Autor: Edison Briones Delgado. Egresado de Terapia Ocupacional.



Análisis de interpretación

De acuerdo a la investigación el 80% de los profesionales entrevistados, si tenían conocimiento de la técnica que ayudan en el proceso de mejorar el desarrollo cognitivo, a través del tratamiento terapéutico ocupacional. Mientras que el 20% de ellos no conocían muy bien sobre las técnicas que ayudan al de tratamiento de un niño. Siendo el nivel más elevado el del 80% positivo.

ENTREVISTA A LOS PROFESIONALES.

PREGUNTA N° 3

¿CUÁNDO CREE USTED QUE ES FACTIBLE EMPEZAR LA ESTIMULACIÓN DE LAS CAPACIDADES COGNITIVAS EN LOS NIÑOS Y NIÑAS CON RETRASO PSICOMOTRIZ?

N°	ENTREVISTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	Desde el nacimiento	4	80%
2	Cuando se evidencia el retraso	1	20%
	A los 6 meses de edad	-	0%
	Total	5	100%

Fuente: Entrevista a los profesionales que laboran en el Programa NAR del Hospital Rodríguez Zambrano.

Autor: Edison Briones Delgado. Egresado de Terapia Ocupacional.



Análisis de interpretación.

De acuerdo con la entrevista, sobre si es importante estimular las capacidades cognitivas, los profesionales respondieron el 80% que se da desde el nacimiento, el 20% considera que cuando se evidencia el retraso, y un 0% no respondieron a este ítem de los 6 meses de edad. Dando como resultado mayoritario el 80% desde el nacimiento.

ENTREVISTA A LOS PROFESIONALES.

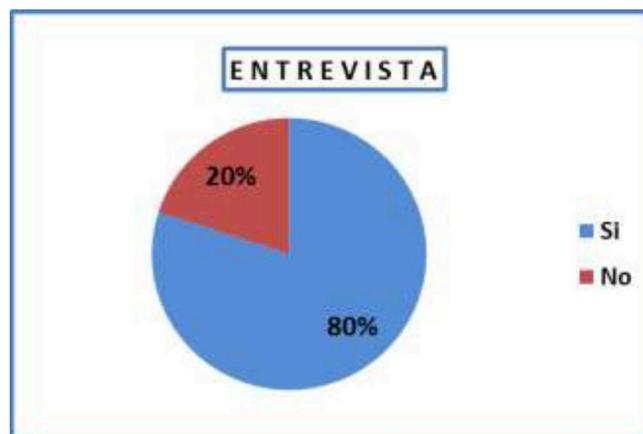
PREGUNTA N° 4

¿CREE USTED QUE ORIENTAR A LOS PADRES DE FAMILIA SOBRE EL TRATAMIENTO APLICADO, BENEFICIARÁ AL DESARROLLO COGNITIVO DEL NIÑO?

N°	ENTREVISTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	Si	4	80%
2	No	1	20%
	Total	5	100%

Fuente: Entrevista a los profesionales que laboran en el Programa NAR del Hospital Rodríguez Zambrano.

Autor: Edison Briones Delgado. Egresado de Terapia Ocupacional.



Análisis de interpretación.

De acuerdo a la investigación encontramos que, el 80% de los profesionales si consideran importante dar la debida orientación, sobre el tratamiento que se aplica a los niños. Mientras que el 20% piensa que no es tan necesario orientar a los padres ya que la mayoría de ellos no se preocupan por preguntar sobre la atención que recibe el hijo. Siendo el nivel más alto el 80% como positivo de las entrevistas realizadas.

COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS, VARIABLES Y OBJETIVOS.

La hipótesis a defender es; “la orientación adecuada a los padres de familia en el proceso de estimulación temprana mejora significativamente el desarrollo cognitivo en niños y niñas con retraso psicomotriz”. La misma fue despejada pues se comprobó que por medio de los análisis, evaluaciones, encuesta y entrevista, la orientación dada adecuadamente a los padres es favorable ya que ayuda a reforzar el tratamiento en el hogar y mejorar significativamente el desarrollo y aprendizaje a nivel cognitivo, se lo puede comprobar en los cuadros estadísticos y a través de la evaluación final donde los niños con retraso psicomotriz, destrezas visuales auditivas, táctil y retención de memoria alcanzó niveles esperados los cuales se patentizan en los resultados de las evaluaciones en el aspecto visual, motor, auditivo y aprendizaje.

El concientizar a los padres del rol que cumplen ellos como parte del tratamiento en la retroalimentación de las capacidades cognitivas desde el hogar es propicio, dando así un refuerzo de las habilidades, lo que facilita el aprendizaje directo en lo cognitivo y senso-neuro-motor.

Así mismo es necesario recalcar que las actividades recreativas además de la integración de padre a hijo que se logro, ayudo a la independencia en actividades terapéuticas, juegos en el área, confirmando una vez más que la terapia ocupacional es la base fundamental para una mejorar el estilo de vida del paciente.

Los objetivos y las variables planteadas determinadas en el proyecto de investigación fueron diseñados de tal manera que llegaran a cumplirse satisfactoriamente, se determina que se alcanzo el desarrollo de acuerdo al grado de afectación neurológica cognitivo que presentó el niño durante la evaluación y valoración aplicada al inicio del tratamiento. Pues se comprueban en los resultados (cuadros estadísticos) que los niños pudieron desarrollar otras habilidades que aun no habían sido exploradas, a mantener la concentración en algunas actividades y reaprender destrezas olvidadas y a ser un poco más independiente en lo social, y afectivo.

Se concientizo a los padres a saber aceptar la discapacidad de sus niños ya que como padre, necesita tiempo para si mismo y para sus otros familiares, que su vida esta constituida por muchas partes y cada una de ellas merece tanta atención y estimulación como su hijo con necesidades especiales.

A comprender que hay padres que no tienen vida social y, aunque signifique gastar dinero es necesario sacar tiempo para entablar amistades, relacionadas o no con la discapacidad, probablemente esto le ayuda a ser un mejor padre para su hijo con habilidades diferentes.

A entender que no es ni el maestro ni el terapeuta de su hijo sino mamá o papá y que las actividades terapéuticas, educativas en casa son muy beneficiosas, y que padres e hijos necesitan tiempo para jugar, hacerse cosquillas, reírse, contar historias, pasar el rato. Que esos momentos son algunas de las partes más importantes de la educación del niño; que el amor y las destrezas sociales que aprendan son muy útiles para su futuro porque contribuyen enormemente en fomentar su autoestima, y la del hijo.

La terapia ocupacional como ciencia mejora la calidad de vida de los niños con problemas cognitivo, por medio de actividades utilizando recursos adecuados para facilitar el aprendizaje y sobre todo en lo humanista porque eleva su autoestima, lo que hace a un niños poco mas productivo e independiente.

CONCLUSIONES

Dentro del proceso investigativo realizado bajo el tema: importancia de la participación de los padres en el tratamiento del desarrollo cognitivo de los niños y niñas con retraso psicomotriz que asisten al área de terapia ocupacional del programa NAR del H.R.Z. De la ciudad de Manta, por lo cual concluyó:

- ❖ Durante los 6 meses de trabajo con los niños que asistieron de forma permanente al área de terapia ocupacional alcanzaron un desarrollo cognitivo en un 75% de lo que se logro mejorar destrezas y habilidades manuales, visuales, auditivas, táctiles y retención de memoria. Tomando como referencia la evaluación y valoración desde el inicio del tratamiento.
- ❖ El rol de los padres jugó un papel muy importante al momento de aplicar la orientación sobre las estrategia adecuada del tratamiento para lograr las metas establecidas ya que es satisfactorio decir que en un 70% de los padres reforzaron sus conocimientos para el tratamiento en el hogar los cual da merito en mejoras del desarrollo cognitivo aplicado en el área de terapia ocupacional.
- ❖ Con los nuevos conocimientos adquiridos por los padres a lo largo de este proceso investigativo, pueden ya trabajar en potencializar áreas cognitivas en los niños que acudieron permanentemente al área de Terapia Ocupacional, sin duda alguna mejoró diferentes magnitudes la independencia en las actividades de la vida diaria y el aprendizaje.
- ❖ Es importante destacar que así como el desarrollo alcanzado en los niños fue bueno, existió una posición contraria la cual no alcanzó la evolución esperada en el tratamiento terapéutico, por presentar patologías severas, lo cual se recomienda seguir trabajando en potencializar la adquisición de habilidades y destrezas cognitivas.

RECOMENDACIONES

Al culminar un proceso investigativo y relacionarme con patologías comunes y deficiencias cognitivas dando como consecuencias una alteración psicomotriz e dependencias en las actividades en los niños puede recomendar lo siguiente:

- ❖ El proceso de una educación cognitiva, es de tener una retroalimentación constante por parte de los padres de familias, especialmente deben ser aplicables en las actividades de la vida diaria y no solo durante el periodo de terapias.
- ❖ Que los padres apliquen el manual de guía con los niños en el hogar para mejorar el déficit de aprendizaje.
- ❖ El determinar el grado del déficit cognitivo realizando evaluaciones y valoraciones por parte del equipo multidisciplinario, será el punto de partida para que los terapeutas focalicen los objetivos y meta propuesta en el tratamiento.
- ❖ Los cuidadores deben ser más perseverantes en ayudar al cliente en el hogar que tienen un déficit de aprendizaje, y así mejorar la calidad de respuestas cognitivas en el niño.
- ❖ El terapeuta debe tener una batería de evaluación de acuerdo a parámetros cognitivos específicos a trabajar.
- ❖ Que los padres de familias brinden todo el apoyo a los niños con problemas cognitivos, pero sin olvidar las actividades de independencia funcional los cuales progresan si optimizamos el déficit aprendizaje.
- ❖ El terapeuta debe lograr una adaptación con el niño/a en el área de trabajo, en el tiempo, en la tarea, siendo creativo en las actividades planteadas.

BIBLIOGRAFÍA

- ❖ 2006 Editorial Médica Panamericana S.A. Alberto Alcorcer 24, 6ª piso-Madrid
Impreso en España 2006
- ❖ Andrés Sandinero Peña / Estimulación Cognitiva para Niños
- ❖ Terapia ocupacional 8º edición editorial medica panamericana
- ❖ POLONIO; Bregoña ,**Conceptos fundamentales de Terapia Ocupacional II**,
Pág. 17, Madrid, Editorial Medica Panamericana , 2001
- ❖ NAR, programa de prevención y atención a niños recién nacidos de alto riesgo
psico-neuro sensorial
- ❖ Desarrollo motor del niño sano en TERAPIA OCUPACIONAL
- ❖ Miguel angel morroto serrano/programa de estimulación y mantenimiento
cognitivo
- ❖ POLONIO LOPEZ; Bregoña, *Terapia Ocupacional en discapacitados físicos*:
Teoría prácticas, Pág. 72, Madrid, Editorial Medica Panamericana ,2003.
- ❖ GRIEVE; June, *Neuropsicología de los terapeutas ocupacionales evaluación
de la percepción y cognición II* ,Madrid Editorial Medica Panamericana ,2000.
- ❖ <http://www.innatia.com/s/c-organizacion-familiar/a-definicion-de-familia.html>
- ❖ [www. Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales.](http://www.asociacionprofesional.es)
- ❖ www.slideshare.net/Linda19773/familia-4782442
- ❖ <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion10/capitulo164.htm>
- ❖ <http://www.innatia.com/s/c-organizacion-familiar/a-definicion-de-familia.html>
- ❖ ¹ [www.terapia-ocupacional.com/articulos/Rehabilitacion, comunidad, Terapia,
ocupacional,](http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Rehabilitacion_comunidad_Terapia_ocupacional)
- ❖ B. ROHLFS, *Experiencias con el concepto de Bobath*, Editorial Medica
Panamericana, Madrid, 2000, pg. 27.
- ❖ S. MINUCHIN, *Familia Terapia Familiar*, Editorial Gedisa, Madrid, 1980, Pag. 9
- ❖ P. LOPEZ. BREGOÑA, *Conceptos fundamentales de Terapia Ocupacional II*,
Editorial Medica Panamericana, Madrid, 2001, Pag. 17.
- ❖ N. Barbagelata, *Estructura Familiar*, Editorial Identidad, Madrid, 1995, Pág. 49.

ANEXOS



UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABÍ.
FACULTAD: ESPECIALIDADES EN EL ÁREA DE LA SALUD.



CARRERA: TERAPIA OCUPACIONAL.

Encuesta dirigida a los padres de familia que asisten al programa NAR específicamente al área de Terapia Ocupacional.

Objetivo: Obtener información sobre la importancia de la participación de los padres en las actividades del desarrollo cognitivo.

Nombre:

Edad:

Fecha:

✓ Favor responder si o no en la opción que a Ud. le parezca

¿Conoce usted de la deficiencia cognitiva de su hijo ante de aplicar el tratamiento terapéutico ocupacional?.

Si

No

¿Considera usted que es importante potencializar el desarrollo cognitivo a través de la intervención terapéutica?.

Si

No

¿Cree usted que es importante estimular las capacidades cognitivas con ayuda de los padres?.

Si

No

¿Piensa usted que el profesional que esta atendiendo a su hijo debería orientarlo sobre el tratamiento que esta realizando?.

Si

No

¿Cree usted que los padres de familia dispongan del tiempo suficiente para la intervención terapéuticas de su hijo?.

Si

No



UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABÍ.
FACULTAD DE ESPECIALIDADES EN EL ÁREA DE LA SALUD.
CARRERA: DE TERAPIA OCUPACIONAL.



Entrevista dirigida a los Profesionales que elaboran en el programa NAR del H.R.Z. de la ciudad de Manta.

Objetivo: Obtener información sobre la importancia de la participación de los padres en las actividades del desarrollo cognitivo.

Profesional:
Edad:
Fecha:
Perfil ocupacional:.....

✓ Favor responder si o no en la opción que a Ud. le parezca.

¿Cuáles de los siguientes opciones que cree usted que conlleva a un déficit cognitivo?.

- Alteración genética.
- Hipoxia cerebral.
- Alcoholismo durante el embarazo.

¿Conoce usted actualmente que técnicas ayudan en el proceso terapéutico a mejorar el desarrollo cognitivo?.

Si
No

¿Cuándo cree usted que es factible empezar la estimulación de las capacidades cognitivas en los niños y niñas con retraso psicomotriz?.

- Desde el nacimiento.
- Cuando se evidencia el retraso.
- A los 6 meses de edad.

¿Cree usted que orientar a los padres de familia sobre el tratamiento aplicado, beneficiara al desarrollo cognitivo del niño?.

Si
No



UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABÍ.
FACULTAD DE ESPECIALIDADES EN EL ÁREA DE LA SALUD.
CARRERA: DE TERAPIA OCUPACIONAL.



FICHA DE EVALUACIÓN.

Nombre:.....Edad.....
Grado de discapacidad:.....Nivel.....
Diagnostico.....

Estado Cognitivo – Perceptivo.

Reconocimiento de:

- ❖ Colores
- ❖ Formas
- ❖ Tamaños

Si	No	Con dificultad	Observaciones

Percepción visual.

- ❖ Reconoce y sigue objetos.

Si	No	Con dificultad	Observaciones

Percepción auditiva.

- ❖ Identifica y sigue el sonido

Si	No	Con dificultad	Observaciones

Comprensión y lenguaje.

- ❖ Acata órdenes.
- ❖ Repite frases y palabras.

Si	No	Con dificultad	Observaciones

Estado sensitivo.

- ❖ Diferencia texturas (lisa, rugoso)
- ❖ Diferencia temperatura (frio, caliente)

Si	No	Con dificultad	Observaciones

Habilidades Manuales Básicas.

Actividad.

- ❖ Armar.
- ❖ Pegar.
- ❖ Pintar.

Si	No	Con dificultad	Observaciones

Habilidades Mentales.

- ❖ Atención.
- ❖ Interés.

Si	No	Con dificultad	Observaciones

COORDINACIÓN VISO MOTRIZ



Esta actividad ayuda a mejorar la coordinación viso motriz y el agarre



COORDINACIÓN BIMANUAL.



Ayuda con asistencia para llenar legos en tachos



DISCRIMINACIÓN DE SONIDOS



Caja musical para estimular la parte auditiva



UTILIZACIÓN DE PINZAS FINAS.



Colaboración de los padres en pasar cuentas



ALCANCES / AGARRES



Actividad con legos par mejorar alcance y fortalecer agarre



RAYADOS E IMAGINACIÓN



DIBUJOS CON CRAYONES



Actividad con crayones para realizar dibujos de la imaginación



RAYADOS EN CARTULINA



RECONOCIMIENTOS DE NÚMEROS Y LETRAS



Actividad con
cartillas de
números y letras
para mejorar
aprendizaje



ORIENTACIÓN A LOS PADRES



Orientación a los
padres como
trabajar en casa
en diversas
actividades



JUEGOS DE INTEGRACIÓN



Actividades
creativas para
integración de
padres e hijos



SALA DE ESPERA



Área donde los
padres esperan
sus turnos para
recibir la
Terapia
Ocupacional

