



UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA TERAPIA OCUPACIONAL

ANÁLISIS DE CASO
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADA EN
TERAPIA OCUPACIONAL

TEMA:
INTERVENCION TEMPRANA, EN PACIENTE CON SINDROME DE DOWN

AUTORA:
TIPÀN MENDOZA LISBETH KATHERINE

TUTORA:
LIC. XIOMARA CAYCEDO CASAS. MG.

MANTA – MANABÍ – ECUADOR
2016 - 2017

APROBACION DEL TUTOR

En calidad de Tutor del Análisis de Caso sobre el tema “**INTERVENCIÓN TEMPRANA, EN PACIENTE CON SÍNDROME DE DOWN**” presentado por **TIPÁN MENDOZA LISBETH KATHERINE**, de la licenciatura en Terapia Ocupacional de la “Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí”, considero que dicho informe de investigación reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a revisión y evaluación respectiva por parte del tribunal de Grado, que el Honorable Consejo Superior Designe.

Manta, Marzo 2017

TUTOR /A:

.....

Lcda. Xiomara Caycedo Casas. Mg.

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Análisis de Caso, sobre el tema **“INTERVENCIÓN TEMPRANA, EN PACIENTE CON SÍNDROME DE DOWN”**, de **TIPÁN MENDOZA LISBETH KATHERINE**, para la licenciatura en Terapia Ocupacional.

Manta, Marzo 2017

.....
LCDA. MERCY SANCÀN MOREIRA. MG.
TRIBUNAL

.....
CALIFICACIÓN

.....
LCDO. LUIS LOOR MERA. MG.
TRIBUNAL

.....
CALIFICACIÓN

.....
LCDO. TYRON MOREIRA LÓPEZ. MG.
TRIBUNAL

.....
CALIFICACIÓN

.....
SECRETARIA

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Yo, **TIPÁN MENDOZA LISBETH KATHERINE** portadora de la cedula de identidad No. 131284715-3, declaro que los resultados obtenidos en el Análisis de Caso titulado **“INTERVENCIÓN TEMPRANA, EN PACIENTE CON SÍNDROME DE DOWN”** que presento como informe final, previo a la obtención de Título de **LICENCIADA EN TERAPIA OCUPACIONAL** son absolutamente originales, auténticos y personales.

En tal virtud, declaro que el contenido, las conclusiones y los efectos legales y académicos que se desprenden del Análisis de Caso y posteriores de la redacción de este documento son y serán de mi autoría, responsabilidad legal y académica.

Manta, Marzo 2017

AUTORA

.....

Tipán Mendoza Lisbeth Katherine

DEDICATORIA

Dedico mi tesis a Dios, Jesús y la Virgen María por permitirme llegar a este momento tan especial de mi vida, a mi preciosa hija Thalía Arteaga Tipán para quien ningún sacrificio es suficiente, eres mi mayor fuente de motivación e inspiración para poder superarme cada día más y así poder luchar para que la vida nos depare un futuro mejor.

A mi amado esposo por su sacrificio y esfuerzo, por darme una carrera para nuestro futuro y por creer en mi capacidad, por ser mi pilar fundamental, por siempre brindarme su comprensión, cariño y amor.

A mis padres, por ser las personas que me han acompañado en todo mi trayecto estudiantil y de vida, quienes con sus consejos han sabido guiarme para culminar mi carrera profesional, a mis hermanos quienes han velado por mí durante este arduo camino y lograron que este sueño sea una realidad.

A mi familia quienes con sus palabras de aliento no me dejaban decaer para que siguiera adelante y siempre sea perseverante y cumpla con mis ideales.

AGRADECIMIENTO

Primeramente doy gracias a Dios por permitirme tener tan buena experiencia dentro de la Universidad.

A la Universidad laica Eloy Alfaro de Manabí por permitirme convertirme en ser un profesional en lo que tanto me apasiona.

A la Lcda. Xiomara Caycedo Casas Mg. por su gran ayuda, comprensión, conocimientos y paciencia para guiarme en el desarrollo de elaboración del Estudio de Caso.

A Nory Mero, por ser buena amiga por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba, logramos llegar hasta el final del camino.

A mis profesores y tutora, gracias por su tiempo, su apoyo así por la sabiduría que me transmitieron en el desarrollo de mi formación profesional.

1. RESUMEN

El presente estudio de caso realizado en la ciudad de Portoviejo, Manabí-Ecuador está dirigido a la aplicación de técnicas de intervención temprana, en paciente de 15 meses con Síndrome de Down. Los objetivos están encaminados al logro de determinados hitos motores propios de la edad cronológica de la paciente, mejorar el desarrollo de la coordinación viso manual, fortalecer el área de integración sensorial y establecer rutinas en la Actividades de la Vida Diaria

Entre las fuentes de recolección de información está la Historia Clínica, entrevista a la madre y las fichas de valoración; obteniendo un aporte relevante de datos en cuanto a antecedentes personales, familiares, desarrollo físico, evolución y logros de la paciente. Es un estudio de tipo cualitativo, con técnicas de observación y entrevista.

Como resultado se observó un logro significativo en la paciente, mediante la aplicación de técnicas de intervención temprana en las áreas de motricidad fina y gruesa, adquisición de hitos importantes en el desarrollo como la sedestación sin apoyo, posición cuadrúpeda, bipedestación, desarrollo de la integración sensorial, y el fortalecimiento de la actividades de la vida diaria (AVD) en la alimentación.

Palabras claves: Intervención temprana, Síndrome de Down.

2. ABSTRACT

The present case study conducted in the city of Portoviejo, Manabí-Ecuador is aimed at the application of early intervention techniques, in a 15-month patient with Down Syndrome. The objectives are aimed at achieving certain milestones inherent in the chronological age of the patient, improving the development of manual vision coordination, strengthening the area of sensorial integration and establishing routines in the Activities of Daily Life

Among the sources of information collection is the Clinical History, interview with the mother and the assessment sheets; Obtaining a relevant contribution of data regarding personal history, family, physical development, evolution and achievements of the patient. It is a qualitative study, with techniques of observation and interview.

As a result, a significant achievement was observed in the patient, through the application of early intervention techniques in the areas of fine and gross motor skills, acquisition of important developmental milestones such as unsupported sedestation, quadruped position, bipedestation, development of integration sensory, and the strengthening of activities of daily living (ADL) in food.

Key words: Early intervention, Down Syndrome

3. INDICE

APROBACION DEL TUTOR	ii
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR	iii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
1. RESUMEN	vii
2. ABSTRACT	viii
3. INDICE.....	ix
4. JUSTIFICACIÓN.....	1
5. INFORME DEL CASO DE INTERVENCION TEMPRANA EN PACIENTE CON SINDROME DE DOWN	3
5.1. DEFINICIÓN DEL CASO	3
6.METODOLOGÍA UTILIZACION DE TECNICAS ACTIVAS Y ASISTIDA ..	6
6.1. Lista de preguntas	6
6.2. Fuentes de información	6
6.3. Técnicas para la recolección de información.	6
7. DIAGNÓSTICO SINDROME DE DOWN	8
Diagnóstico clínico:	8
8. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA EN PACIENTE CON SINDROME DE DOWN.....	11
8.1. Objetivos de la propuesta	11
8.2. Fundamentación de la propuesta	11
8.2.1. Caracterización de la propuesta: Tiempo, definición de la estrategia/modelo/sistema que se propone.	11
8.2.2. Descripción de las necesidades que resuelve de acuerdo al diagnóstico de campo.	15
8.3. Planteamiento de la propuesta.....	16
8.3.1. Actividades y tareas	16
8.4. Evaluación de resultados e impactos (opcional)	18
9. BIBLIOGRAFÍA	20
10. ANEXOS	22

4. JUSTIFICACIÓN

El desarrollo del ser humano es un proceso continuo que comienza en la concepción y procede etapa por etapa en una secuencia ordenada, hay hitos específicos en cada una de las cuatro áreas de desarrollo (habilidades motoras gruesas y finas, habilidades de lenguaje, desarrollo social y habilidades de autoayuda) que sirven como requisitos previos para las etapas siguientes.

La Intervención Temprana hace referencia a aquella disciplina destinada a tratar niños que han padecido alguna dificultad antes, durante o luego del nacimiento, que dejó secuelas en su desarrollo o seguramente lo ubicará en una situación de riesgo. Se enfoca en: área motora, comunicación, cognición, social y auto asistencia. (Tapia, 1979).

La finalidad de la Intervención Temprana es proporcionar al niño oportunidades de desarrollo para que sus capacidades y habilidades le permitan ser mejor de lo que hubiera sido sin ese entorno rico en estímulos físicos de calidad.

Bajo esta descripción es la importancia del manejo temprano en un neonato con Síndrome de Down, alteración congénita ligada a la triplicación total o parcial del cromosoma 21 que origina retraso mental y de crecimiento y produce determinadas anomalías físicas.

No existe un tratamiento único y estándar para el síndrome de Down, los tratamientos se basan en las necesidades físicas e intelectuales de cada individuo, así como en sus fortalezas y limitaciones personales, los niños que han vivido diferentes y variadas experiencias en un ambiente lúdico y sin presión, se sienten más capaces, disfrutan de numerosos intereses y tienen mayor facilidad para aprender. Son niños más completos y en definitiva, más felices.

En el análisis global según la OMS más de mil millones de personas, o sea, un 15% de la población mundial, padece alguna forma de discapacidad. Entre 110 millones y 190 millones de adultos tienen dificultades considerables para funcionar.

Las personas con discapacidad tienen menos acceso a los servicios de asistencia sanitaria y, por lo tanto, necesidades insatisfechas a este respecto. (OMS, 2016).

En el marco legal según la Ley Orgánica de Discapacidades en el Artículo 7.- Se entiende por persona con deficiencia o condición discapacitante a toda aquella que, presente disminución o supresión temporal de alguna de sus capacidades físicas, sensoriales o intelectuales manifestándose en ausencias, anomalías, defectos, pérdidas o dificultades para percibir, desplazarse, oír y/o ver, comunicarse, o integrarse a las actividades esenciales de la vida diaria limitando el desempeño de sus capacidades; y, en consecuencia el goce y ejercicio pleno de sus derechos. (Ley Orgánica de Discapacidades , 2012).

La rehabilitación son procesos que consisten en la prestación oportuna, efectiva, apropiada y con calidad de servicios de atención, su propósito es la generación, recuperación, fortalecimiento de funciones, capacidades, habilidades y destrezas para lograr y mantener la máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional, así como la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida. (Ley Orgánica de Discapacidades , 2012).

El Código de la Niñez y la Adolescencia, en el artículo 27, numeral 2, prescribe que los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a disfrutar del más alto nivel de salud física, mental, psicológica y sexual, comprendiéndose dentro de éstos el acceso permanente e ininterrumpido a los servicios de salud públicos, para la prevención, tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. (Consejo Nacional para la Igualdad , 2014).

La intervención temprana se vuelve una necesidad prioritaria para el caso de estudio y poder brindar oportunidades de inclusión e integración a nivel socio afectivo, asegurando su máxima independencia y autonomía.

5. INFORME DEL CASO DE INTERVENCION TEMPRANA EN PACIENTE CON SINDROME DE DOWN

5.1. DEFINICIÓN DEL CASO

- **Presentación de caso**

El presente estudio de caso pretende analizar la aplicación de la Intervención Temprana en un paciente con Síndrome de Down, de sexo femenino, 1 año de edad; con madre y 35 años y padre de 37 años. (Anexo 1: Entrevista a la madre: datos de la Historia Clínica).

En los datos clínicos presenta fenotipo Down no definido (trisomía libre) , cuello corto, hipotonía muscular, dismorfía cráneo facial, occipucio plano, puente nasal amplio y plano, pabellones auriculares con implantación baja, disminución de las hendiduras palpebrales, lengua producente y boca abierta, peso y talla normal para su edad(talla 75 cent- peso 9.06 kg) cuadro gripal constante. (Anexo 1: Entrevista a la madre: datos de la Historia Clínica).

En el desarrollo motriz general presenta: hipotonía muscular, hiporreflexia, retraso motor, retraso del lenguaje, déficit en hitos motores, retraso en el control cefálico y tronco, sedestación con apoyo, volteo. (Anexo 1: Entrevista a la madre: datos de la Historia Clínica).

La Terapia Ocupacional se centra en la utilización de técnicas activas y asistidas para: incrementar el tono de la musculatura débil, estimular la maduración de hitos motores: sostén cefálico, volteos, arrastre, cuadrúpeda, posición de rodillas, bipedestación, marcha, facilitar la adquisición de las reacciones de enderezamiento, equilibrio; y la maduración de las reacciones de apoyo y defensa, mejorar las Actividades de la vida diaria (AVD) , por medio de técnicas como Bobath, Perfetti,

e integración sensorial.

- **Ámbitos de estudio**

El ámbito del presente estudio es:

Social: Mejoramiento de la calidad de vida del paciente.

Salud: Fortalecimiento del estado físico (Atención clínica, rehabilitación física, ocupacional y de lenguaje).

- **Actores implicados**

Paciente con síndrome de Down, Mora Arteaga Sarahi Jessica.

Familia.

- **Identificación del problema**

Los avances médicos en el diagnóstico y tratamiento de un niño con síndrome de Down han contribuido a mejorar las afecciones clínicas; el retraso psicomotor continua siendo uno de los factores más incapacitantes para una persona con trisomía 21. (Fernández, Garcia , Peñarrubia, Fernandez , & Castelló, 2014).

La Intervención Temprana incluye actividades y ejercicios que ayudan a desarrollar habilidades, aumentar la fuerza muscular, mejorar la postura y el equilibrio. Es importante, en la vida del niño, porque las habilidades físicas son la base para otras habilidades, la capacidad de voltearse, gatear y alcanzar ayuda a los bebés a aprender sobre el mundo que les rodea y cómo interactuar con él, ayudando a un niño a compensar los retos físicos, como el bajo tono muscular, de manera que evite problemas a largo plazo. (Winders, 2012).

El niño con síndrome de Down al no recibir una adecuada Intervención Temprana desde el nacimiento, de una forma irregular o en cantidad insuficiente, el cerebro no desarrolla adecuadamente sus capacidades al ritmo y con la calidad que cabría esperar.

Una Intervención Temprana, abundante, periódica y adecuada a la edad del niño, garantiza un ritmo adecuado en el proceso de adquisición de distintas funciones cerebrales.

Las deficiencias o falta de intervención en el primer año de vida pueden tener consecuencias en el desarrollo óptimo de sus habilidades motoras, cognitivas y AVD (básicas).

El presente análisis de estudio pretende mejorar las condiciones motrices y funcionales de la niña, proporcionando información de la aplicación de la técnica y sus resultados a fin de que mejore la calidad de vida y alcance de los parámetros normales de la edad cronológica.

6. METODOLOGÍA UTILIZACIÓN DE TÉCNICAS ACTIVAS Y ASISTIDA

6.1. Lista de preguntas

- ¿En qué etapa de desarrollo se encuentra la niña con síndrome de Down?
- ¿Cuáles son las pautas para el manejo temprano de un niño con síndrome de Down?
- ¿Cuáles son los objetivos del plan de tratamiento en la Intervención Temprana?
- ¿Cuáles son los hitos motores propios de la edad real de la paciente?
- ¿Cuáles son las actividades para mejorar el desarrollo de la coordinación viso manual?
- ¿Cómo se fortalece el área de integración sensorial?
- ¿Cuáles son las rutinas que se deben adquirir en la Actividades de la Vida Diaria?

6.2. Fuentes de información

1. La Historia Clínica que brindó información del paciente como antecedentes personales, familiares y anamnesis.
2. La fichas de valoración terapéutica para la obtención de datos del estado de desarrollo, evolución y logros del paciente.
3. Fuentes bibliográficas de textos y revistas.

6.3. Técnicas para la recolección de información.

El presente estudio de caso se acoge a una investigación cualitativa, las técnicas fueron:

1. La observación: La cual permitió registrar los datos observados de la paciente, según su condición psicomotriz y los logros obtenidos.
2. La entrevista no estructurada: Esta técnica se utilizó para obtener información mediante el diálogo con la madre, elemento útil para establecer los antecedentes patológicos y evolución de la niña.

Se utilizaron los siguientes instrumentos:

1. Ficha de valoración motriz, mediante la EDDP (Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotriz del niño de 0 a 2 años) adaptada, que proporcionó información sobre las alteraciones del desarrollo en las destrezas y habilidades de la niña. (Rodríguez, Arancibia, & Undurraga. (2014). EEDP. Edición: 15ª.) (Anexo N° 2 EDDP).
2. Ficha de valoración de Hitos Motores (Modificada AIEPI) (Anexo N° 3: Ficha de Evaluación Motriz).
3. Escala para medir las AVD. (Cid-Ruzafa, J., & Damián-Moreno, J. (1997). Valoración De La Discapacidad Física: El Indice De Barthel. Rev. Esp Salud Pública.) (Anexo N° 4: evaluación de las AVD).
4. Matriz de recolección de datos de la Historia Clínica (Anexo N° 1: Entrevista con la madre).

Técnicas de intervención temprana utilizadas:

1. Técnicas Bobath: Se trata de una técnica que Inhibe el tono y los patrones de movimiento anormales, Facilitando el movimiento normal y Estimulando en casos de hipotonía o inactividad muscular. La inhibición es un factor muy importante en el control de la postura y el movimiento. (Aranda, 2008, pág. 385).
2. Ejercicio terapéutico cognoscitivo PERFETTI: consiste en la activación los procesos cognitivos. Estos procesos son la percepción, la atención, la memoria, el lenguaje, la imagen motora, el razonamiento, etc. (Asociación Española de Rehabilitación Neurocognitiva Perfetti, 2017).
3. Técnica de integración sensorial (integración sensorial (IS) JEAN AYRES.) define que la integración sensorial es el proceso neurológico que integra y organiza todas las sensaciones que experimentamos de nuestro propio cuerpo y del exterior y nos permite generar una respuesta adaptada a las demandas del entorno. (Moya Rosendo, 2012).

7. DIAGNÓSTICO SÍNDROME DE DOWN

Diagnóstico clínico:

El Síndrome de Down (Q-90) se presenta con un retraso psicomotor (C-10 F82) según los criterios para el diagnóstico (DSM-IV) presenta déficit o alteraciones de ocurrencia en la actividad adaptativa actual (eficacia de la persona para satisfacer las exigencias planteadas para su edad y su grupo cultural), en por lo menos dos de las áreas siguientes: comunicación personal, vida doméstica, habilidades sociales-interpersonales, utilización de recursos comunitarios, autocontrol, habilidades académicas funcionales, trabajo, ocio, salud y seguridad (Anexo 6 certificado médico).

En base a los datos de la paciente encontramos una niña con diagnóstico de Síndrome de Down (Anexo 6 certificado médico) con una edad cronológica de 15 meses, y una edad motriz de 5 meses de edad. (Edad base de EDDP Anexo 2).

En la evaluación física en cuanto a los **hitos motores** se puede observar: el eje del cuerpo se encuentra curvado, existe seguimiento ocular, las manos no llegan a la línea media, existe control cefálico, volteo de prono a supino y de supino a prono, sedestación con apoyo, reptación asistida, no existe posición cuadrúpeda ni bipedestación, las reacciones de defensa están por madurar, hay ausencia de reflejos primarios. (Anexo N° 3: Ficha de Evaluación Motriz).

En cuanto a las áreas de desarrollo valorada por la **escala EDDP** (Anexo N° 2) la niña muestra en el **área social** que se traduce a la habilidad para reaccionar frente a personas fija la mirada en el rostro de la persona al frente, realiza mímica en respuesta al rostro del examinador, sonríe en respuesta a la sonrisa y coopera en los juegos, reconoce a los miembros de la familia (madre, padre, hermanos/as).

En el área del **lenguaje** reacciona al sonido de la campanilla, vocaliza dos sonidos diferentes y vocalización prolongada; escucha selectivamente palabras familiares, dice al menos dos palabras, escucha selectivamente palabras familiares,

dice da-da o equivalente.

La intervención del lenguaje es un componente crítico de la intervención temprana. A pesar de que los niños con síndrome de Down pueden no decir sus primeras palabras hasta los 2 o 3 años de edad, hay muchas habilidades pre-habla y pre-lenguaje que deben adquirir antes de que puedan aprender a formar palabras. Estos incluyen la capacidad de imitar y sonidos de eco; habilidades de toma de turno (aprendidas a través de juegos); habilidades visuales (mirando al altavoz y los objetos); habilidades auditivas (escuchar música, hablar o sonidos del habla para alargar períodos de tiempo); habilidades táctiles (aprender sobre el tacto, explorar objetos en la boca); habilidades motoras orales (usando la lengua, moviendo los labios); y habilidades cognitivas (comprensión de la permanencia del objeto y relaciones de causa y efecto). (Guralnick, 2011).

En el **lenguaje social (LS)** la niña ríe a carcajadas, vuelve la cabeza hacia quien le habla, vocaliza en respuesta a la sonrisa y conversación del examinador, vocaliza cuando se le hablan, reacciona a los requerimientos verbales, reacciona al “no, no”, entrega como respuesta a una orden; **no realiza las actividades de:** entrega como respuesta a una orden.

En el **Área Motora (M)** que comprende la motricidad gruesa, coordinación corporal general y específica y reacciones posturales y locomoción, la niña mantiene la cabeza erguida al ser llevado a posición sentada, en posición prona se levanta a sí mismo, levanta la cabeza y hombros al ser llevado a posición sentada, La niña se mantiene sentada con leve apoyo, iniciación de pasos sostenido bajo los brazos.

En la **Coordinación (C)** que miden las reacciones del niño que requieren coordinación de funciones, la niña sigue con su mirada un objeto (ángulo de 180°) vuelve la cabeza hacia un objeto caído (cuchara) coge un objeto, coge dos cubos, uno en cada mano, intenta agarrar una pastilla, coge dos cubos, uno en cada mano, encuentra el cubo bajo el pañal. **No realiza o tiene dificultades** en las pinzas, coger la pastilla con movimiento de rastrillo o con participación del pulgar (pulgar e índice), el agarre al coger el tercer cubo dejando uno de los dos primeros, juntar

cubos en la línea media, garabatear, coge el tercer cubo conservando los dos primeros.

De las **AVD** (Básicas) en cuanto a **Alimentación**: Es dependiente, necesita ser alimentado por otra persona. **Baño**: lavarse – bañarse es dependiente necesita ayuda. **Vestido**: vestirse, arreglarse dependiente. **Control de esfínteres** deposición y micción no controla. **Traslado**: sillón/cama es incapaz **Deambulación**: en la valoración general es totalmente dependiente.

La terapia ocupacional ayuda a encontrar maneras de ajustar las tareas cotidianas y las condiciones para que coincida con las necesidades y habilidades de una persona, enseña habilidades de autocuidado como comer, vestirse, escribir, ofrece herramientas especiales que pueden ayudar a mejorar el funcionamiento diario. (Kishnani, y otros, 2010).

8. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA EN PACIENTE CON SÍNDROME DE DOWN

Aplicación de técnicas de intervención temprana, en paciente con Síndrome de Down mediante un plan de tratamiento con la finalidad de contribuir a su desarrollo integral.

8.1. Objetivos de la propuesta

1. Adquirir hitos motores mediante actividades motrices gruesas, que alcancen la edad cronológica de la paciente.
2. Mejorar el desarrollo de la coordinación viso manual por medio de ejercicios de motricidad fina favoreciendo las funciones de precisión y coordinación.
3. Fortalecer el área de integración sensorial mediante la aplicación de estímulos sensoriales para mejorar sus respuestas adaptativas.
4. Mejorar el área del lenguaje mediante estímulos auditivos y visuales favoreciendo las habilidades tempranas de comunicación.
5. Establecer rutinas por medio de Actividades de la Vida Diaria buscando su máxima independencia.

8.2. Fundamentación de la propuesta

8.2.1. Caracterización de la propuesta: Tiempo, definición de la estrategia/modelo/sistema que se propone.

El objetivo del estudio es valorar el desarrollo psicomotor de un caso con Síndrome de Down y la aplicación de un protocolo de Terapia Ocupacional de 12 semanas con 1 sesión al día con una duración de 40 minutos.

Se realizarán 2 valoraciones en este tiempo al inicio del proceso y al final del plan de intervención, empleando la escala de desarrollo infantil EDDP (Anexo N°2) para corroborar los alcances logrados.

Los recursos utilizados fueron: Colchoneta, balón Bobath, rodillo, sonajeros (para intervención visual y auditiva) material auditivo y visual.

Las técnicas escogidas fueron:

- Técnicas Bobath.
- Ejercicio terapéutico cognoscitivo PERFETTI.
- Técnica de integración sensorial (integración sensorial (IS) JEAN AYRES.).

Debido a las características hipotónicas de un niño con Síndrome de Down presentan dificultades de lenguaje, se trabajó con actividades lúdicas mediante la atención, imitación y discriminación auditiva.

Objetivo N° 1: Adquirir hitos motores mediante actividades motrices gruesas, que alcancen la edad cronológica de la paciente.

La motricidad gruesa se trabajó con el objetivo de obtener mejor movilidad, fortalecer la musculatura, y evitar alteraciones en lo posterior como el pie plano o valgo, las rodillas valgus, con ejercicios de fortalecimiento y control postural.

Ajustes posturales: Se realizaron disequilibrios en el sentido antero-posterior y lateral, con diferentes tipos de ayudas: en cintura escapular, pélvica y miembros superiores e inferiores) y transferencias de peso en posición cuadrúpeda, de rodillas y en bipedestación.

Cambios posturales

Giros: Facilitar el volteo de supino a prono usando el timón cefálico, caudal y de miembros superiores, facilitar el volteo de prono a supino utilizando el timón cefálico, caudal y de miembros superiores.

Reptación: En prono y en supino dándole apoyos en los pies.

Sedestación: Paso de decúbito a sedestación, mantenimiento en sedestación, en suelo con piernas abiertas y libre en la colchoneta.

Gateo: Paso de decúbito a cuadrúpeda Paso de sedestación a cuadrúpeda. Mantenimiento en cuadrúpeda. Gateo con ayudas. Gateo libre.

Posición de Rodillas: paso a la posición de rodillas, mantenimiento en la posición de rodillas.

Bipedestación: paso a bipedestación. Mantenimiento en bipedestación.

Adquisición de las reacciones de enderezamiento y equilibrio:

Enderezamiento de tronco: Se trabajó en prono sobre un rodillo, con apoyo de antebrazos, traccionando desde los hombros, desequilibrios laterales en pelota.

Ejercicios de equilibrio: Se realizaron balanceos de derecha a izquierda, rotaciones de tronco creando desequilibrios desde miembros inferiores o superiores, mantenimiento del equilibrio en cuadrúpeda y arrodillado (fortalecimiento de pelvis) sobre la colchoneta.

Reacciones de apoyo y defensa: Potenciar las reacciones de paracaídas. En sedestación se trabajó en la niña los apoyos anteriores, laterales y posteriores

Objetivo N° 2: Mejorar el desarrollo de la coordinación viso manual por medio de ejercicios de motricidad fina favoreciendo las funciones de precisión y coordinación.

Se realizaron ejercicios para facilitar: la coordinación estática y dinámica de las manos, coordinación viso-manual, Habilidad bimanual (paso de un objeto de una mano a otra).

Pinza gruesa y fina. Poner y sacar objetos, prensión, agarre.

Pinza: Palmar, Dígito palmar, Tridigital, tetra digital, penta digital, terminal Gancho.

Objetivo N° 3: Fortalecer el área de integración sensorial mediante la aplicación de estímulos sensoriales para mejorar sus respuestas adaptativas.

El plan de ejercicios incluirá actividades que proporcionan estimulación vestibular (del equilibrio y los movimientos corporales realizados en el primer

objetivo), propioceptiva (de los receptores que perciben la posición de los músculos, la presión, la temperatura) y táctil y son diseñadas para las necesidades de desarrollo específicas de la niña.

Se trabajó:

Actividades de juego con agua en esta actividad se insisto a la niña a mojarse la cara (lavarse la cara) se recomendó a la mama trabajar con agua en diferentes temperaturas, además se dejó que la niña juegue libremente con sus manos y pies dentro del agua.

Se llenó unos recipientes grandes con granos secos y arroz, y se estimuló a la niña que juegue libremente, en ciertas ocasiones se trabajó con arena

Se realizó un masaje suave y leve compresiones para brindar a la niña información táctil.

Se elaboró un libro con diferentes materiales textura (esponjas, algodón, lana, granos secos, tela de diferentes texturas) (Anexo N° 7.1- 7.2)

Para el seguimiento y reconocimiento visual se trabajó con colores fuertes y variados, en actividades como esconder y buscar el juguete.

Objetivo N° 4: Mejorar el área del lenguaje mediante estímulos auditivos y visuales favoreciendo las habilidades tempranas de comunicación.

Reconocimiento de fonemas.

Estimular el proceso fonético (fonemas conocidos).

Estimular la adquisición de nuevos significados.

Objetivo N° 5: Establecer rutinas por medio de Actividades de la Vida Diaria buscando su máxima independencia.

Instrucción verbal: Se llamó la atención de la niña y menciono los pasos, agarre de p cepillo de dientes, cepillado de dientes, enjuagado.

Modelamiento: Utilizada para reforzar el aprendizaje, se basa en la imitación de un modelo, el paciente (a) requiere tener la habilidad de observar e imitar un movimiento. Se puede apoyar el mediante el espejo (T.O. de frente a la niña).

Encadenamiento: Con la niña se trabajó paso a paso cada la actividad por ejemplo alimentación., mencionando verbalmente cada objeto, (1era fase) estimulando el agarre de la cuchara (2 da fase) recoger el alimento con la cuchara (alimento espeso se trabajó con yogurt) (3 era fase) llevar los alimentos a la boca. (4ta fase).

Se trabajó en actividades de la vida diaria básicas: lavado de cara y manos, alimentación, peinarse y cepillarse los dientes.

8.2.2. Descripción de las necesidades que resuelve de acuerdo al diagnóstico de campo.

De acuerdo a las necesidades se resuelve la aplicación de técnicas de intervención temprana, en paciente con Síndrome de Down, mediante la adquisición de hitos motores propios de la edad real del paciente, mejorando el desarrollo de la coordinación viso manual, fortaleciendo el área de integración sensorial y por ultimo estableciendo rutinas en la Actividades de la Vida Diaria (básicas) .

8.3. Planteamiento de la propuesta

8.3.1. Actividades y tareas

Clara determinación de las actividades y las tareas que se articulan a la propuesta, se puede considerar la siguiente matriz:

Objetivo específico	Actividad vinculada	Tareas a desarrollar
Adquirir hitos motores mediante actividades motrices gruesas que alcancen la edad cronológica de la paciente.	Evaluación inicial de la niña. Aplicación de actividades para la adquisición de hitos motores.	*Ajustes posturales. *Cambios posturales. -reptación -Sedestación. -Gateo -Posición de rodillas -Bipedestación *Adquisición de las reacciones de enderezamiento y equilibrio. *Reacciones de apoyo y defensa.
Mejorar el desarrollo de la coordinación viso manual por medio de ejercicios de motricidad fina favoreciendo las funciones de precisión y coordinación.	Coordinación viso-manual.	*Poner y sacar objetos, *Prensión. *Pinza gruesa y fina. (palmar, digitopalmar, Tridigital, tetradigital, pentadigital, terminal, gancho) *Agarre *Habilidad bimanual (tomar objetos con ambas manos, tomar dos objetos y un tercero) *Agilidad manual
Fortalecer el área de integración sensorial (visión, audición, tacto) mediante la aplicación de estímulos sensoriales para mejorar sus	Actividades sensitivas.	*Discriminación auditiva (estímulos sonoros, fonemas) *Discriminación visual (seguimiento visual con varios colores)

respuestas adaptativas.		*Discriminación táctil (trabajo con texturas)
Mejorar el área del lenguaje mediante estímulos auditivos y visuales favoreciendo las habilidades tempranas de comunicación.	<ul style="list-style-type: none"> *Reconocimiento de fonemas. *Estimular el proceso fonético (fonemas conocidos). *Estimular la adquisición de nuevos significados. 	<ul style="list-style-type: none"> *Jugar a nombrar juguetes (Discriminación de los sonidos). *Repetición de palabras bisílabas ayudado de imágenes (pan, sol, agua). (Diferenciación de palabras) *Pronunciación de palabras por medio de canciones y cuentos. (Reconocimiento por medio de fotos e imágenes). *Diferenciación de animales por medio de imágenes.
Establecer rutinas por medio de Actividades de la Vida Diaria (básicas) buscando su máxima independencia.	<ul style="list-style-type: none"> *Instrucción verbal. *Modelamiento *Encadenamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> -Lavado de cara y manos. -Alimentación. -Cepillarse los dientes. -Peinarse. -Vestirse.

8.4. Evaluación de resultados e impactos (opcional)

Se sugiere utilizar un sistema de marco de resultados para el diseño de este componente:

PRE EVALUACION	POST EVALUACION
<p>Hitos motores alcanzados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eje del cuerpo curvado. • Existe seguimiento ocular. • Las manos no llegan a la línea media. • Existe control cefálico. • Volteo de prono a supino y de supino a prono. • Sedestación con apoyo. • Reptación asistida. • No existe posición cuadrúpeda ni bipedestación. • Reacciones de defensa están por madurar, hay ausencia de reflejos primarios. 	<p>Hitos motores alcanzados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eje del cuerpo alineado. • Existe seguimiento ocular. • Las manos llegan a la línea media. • Existe control cefálico. • Se fortaleció volteo de prono a supino y de supino a prono. • Sedestación adquirida y mantenida. • Reptación libre. • Posición cuadrúpeda adquirida y mantenida. • Bipedestación con ayuda. • Reacciones de defensa y equilibrio un paracaídas anterior y posterior presente.
<p>Área social</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fija la mirada en el rostro de la persona al frente. • Realiza mímica en respuesta al rostro del examinador. • Sonríe en respuesta a la sonrisa y coopera en los juegos. 	<p>Área social</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantiene las mismas características a la evaluación inicial.
<p>Lenguaje</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reacciona al sonido de la campanilla. • Vocaliza dos sonidos diferentes y vocalización prolongada. • Escucha selectivamente palabras familiares, dice al menos dos palabras. 	<p>Lenguaje</p> <p>Entrega como respuesta a una orden.</p>
<p>Lenguaje social (LS)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ríe a carcajadas. • Vuelve la cabeza hacia quien le habla, vocaliza en respuesta a la sonrisa y conversación del examinador. • Vocaliza cuando se le hablan. • Reacciona a los requerimientos verbales, reacciona al “no, no”, entrega como respuesta a una orden. 	<p>Área social</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantiene las mismas características a la evaluación inicial.
<p>Coordinación (C)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sigue con la vista un objeto (ángulo de 180°). 	<p>Coordinación (C)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coge la pastilla con movimiento de rastrillo, junta las manos en la línea

<ul style="list-style-type: none"> • Vuelve la cabeza hacia la cuchara caída • Coge un objeto, coge dos cubos, uno en cada mano. 	<p>media.</p>
<p>Área Motora (M)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantiene la cabeza erguida al ser llevado a posición sentada. • En posición prona se levanta a sí mismo, levanta la cabeza y hombros al ser llevado a posición sentada. • Iniciación de pasos sostenido bajo los brazos. 	<p>Área Motora (M)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se sienta solo y se mantiene erguido, logra la posición de pie apoyado, camina algunos pasos de la mano.
<p>AVD</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alimentación: Es dependiente, necesita ser alimentado por otra persona. • Baño: lavarse – bañarse es dependiente necesita ayuda. • Vestido: vestirse, arreglarse necesita ayuda. • Control de esfínteres deposición y micción no controla. • Traslado: incapaz. • Deambulación: en la valoración general es totalmente dependiente. 	<p>AVD</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alimentación: Es dependiente, necesita ser alimentado por otra persona. • Baño: lavarse – bañarse es dependiente necesita ayuda. • Vestido: vestirse, arreglarse necesita ayuda. • Control de esfínteres deposición y micción no controla. • Traslado: necesita asistencia para salir/entrar en la cama o desplazarse. • Deambulación: en la valoración general es totalmente dependiente. (25) dependiente severa.

9. BIBLIOGRAFÍA

- Aranda, R. (2008). *Atención temprana en Educación Infantil Colección Del taller: Serie "Educación."*. Educación infantil y primaria WK Educación.
- Asamblea Nacional del Ecuador. (2008). Constitución de la República del Ecuador.
- Asociación Española de Rehabilitación Neurocognitiva Perfetti. (2017). *Metodo Perfetti*. Obtenido de http://www.asociacionperfetti.com/que-es-etc-metodo-peqfetti_8.html.
- Ayres, A. J. (1979). *Sensory Integration and the Child, Western Psychological*.
- Buckley, S. B. (2005). *Vivir con el Síndrome de Down*. CEPE.
- Cid-Ruzafa, J., & Damián-Moreno, J. (1997). Valoración De La Discapacidad Física: El Índice De Barthel. *Rev. Esp Salud Pública* .
- Consejo Nacional para la Igualdad . (2014). El Código de la Niñez y la Adolescencia.
- Costa, A. (2011). *On the promise of pharmacotherapies targeted at cognitive and neurodegenerative components of Down syndrome*. *Developmental Neuroscience*.
- Díaz , P. (2015). *Fundacion Iberoamericana Down21*. Obtenido de Atención Temprana - Bases neurobiológicas de la atención temprana: http://www.down21.org/?option=com_content&view=article&id=2262:atencion-temprana-&catid=92:educacion&Itemid=2084&limitstart=9
- Fernández, M., Garcia , R., Peñarrubia, A., Fernandez , C., & Castelló, M. (2014). *Neurología y Síndrome de Down. Desarrollo y atención temprana*.
- Guralnick, M. (2011). *Why early intervention works: A systems perspective*. [Infants and Young Children].
- Kishnani, P., Heller, J., Spiridigliozzi, G., Lott, I., Escobar, L., Richardson, S., & Zhang, R. (2010). *Donepezil for treatment of cognitive dysfunction in children with Down syndrome aged*. *American Journal of Medical Genetics Part A* 10–17.
- Kumin, L. (2012). *Speech & language skills in infants, toddlers & young children with Down syndrome*. Obtenido de website: <http://www.ndss.org/en/Education-Development--Community-Life/Therapies--Development/Speech--Language-Thera>

- Ley Orgánica de Discapacidades . (2012). *Suplemento -- Registro Oficial N° 796*.
Obtenido de http://www.consejodiscapacidades.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/02/ley_organica_discapacidades.pdf
- McGuire, D., Chicoine, B., & Bethesda, M. (2010). *La Guía de Buena Salud para Adolescentes y Adultos con Síndrome de Down*. . (2010). Woodbine House.
- Ministerio Coordinador de Desarrollo Social. (2012). Ley orgánica de salud - Ley 67 Registro Oficial Suplemento 423.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2015). *Aprobación y autorización del Manual de Prevención y Tratamiento de Riesgos de discapacidades* .
Obtenido de https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dsg/migracion/00000060_2011_00000060.PDF
- Moya Rosendo, D. (2012). *La Teoría de la Integración Sensorial*. Obtenido de www.seri.es/index.php/component/.../3-ponencias?...74:integracion-sensorial...ayres
- National Human Genome Research Institute. (2010). *Learning about Down syndrome*. Obtenido de from <http://www.genome.gov/19517824> [top]
- Rodriguez , Arancibia, & Undurraga. (2014). *EEDP. ESCALA DE EVALUACION DEL DESARROLLO PSICOMOTOR DE 0-24 MESES*. Edición: 15ª.
- Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo. (2013). Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017.
- Skallerup, S. (2008). *Los bebés con síndrome de Down: una nueva guía de los padres*. Bethesda, MD: Casa de Woodbine.
- Tapia, L. (1979). *Tapia es fonoaudióloga*. Miembro fundadora del servicio en el año.
- Winders, P. (2012). *Gross motor development and Down syndrome*. Obtenido de website: <http://www.ndss.org/en/Education-Development--Community-Life/Therapies--Development/Physical--Occupational-Therapy/#gross>
External Web Site P
- Wright, D. (2011). *Downs: La historia de una discapacidad*. D. Nueva York, NY: Oxford University Press.

10.ANEXOS

ANEXO 1

FICHA N° 1

DATOS DE LA HISTORIA CLINICA: ENTREVISTA A LA MADRE

Nombre: -----

Diagnóstico: -----

Fecha de la entrevista: -----

Edad : -----

Antecedentes familiares :

.

Antecedentes personales :

Convulsiones _____

Problemas de tono muscular (esp.)

Problemas respiratorio _____

Intervenciones quirùrgicas _____

Aparatos correctores _____

Problemas de audición _____

Problemas de visión _____

Otros trastornos _____

Tratamientos previos _____

Datos clínicos:

Cambios significativos tras el tratamiento:

Otros.....

OBSERVACIONES:

ANEXO 2

EEDP. ESCALA DE EVALUACION DEL DESARROLLO PSICOMOTOR DE 0-24 MESES

Autor: Rodríguez - Arancibia - Undurraga - Año Edición: 2014

0- 2 AÑOS

		Primera Evaluación			Segunda Evaluación		
		SI	NO	P	SI	NO	P
1 MES							
S	1. Fija la mirada en el rostro del animador						
L	2. Reacciona al sonido de la campanilla						
M	3. Aprieta el dedo índice del examinador						
C	4. Sigue con la vista la argolla (ángulo de 90°)						
M	5. Movimiento de cabeza en posición prona						
2 MESES							
S	6. Mímica en respuesta al rostro del examinador						
LS	7. Vocaliza en respuesta a la sonrisa y conversación del examinador						
CS	8. Reacciona ante el desaparecimiento de la cara del examinador						
M	9. Intenta controlar la cabeza al ser llevado a posición sentada						
L	10. Vocaliza dos sonidos diferentes						
3 MESES							
S	11. Sonríe en respuesta a la sonrisa del examinador						
C	12. Gira la cabeza al sonido de la campanilla						
L							
C	13. Sigue con la vista la argolla (ángulo de 180°)						
M	14. Mantiene la cabeza erguida al ser llevado a posición sentada						
L	15. Vocalización prolongada						
4 MESES							
C	16. La cabeza sigue la cuchara que desaparece						
C	17. Gira la cabeza al sonido de la campanilla						
L							
M	18. En posición prona se levanta a sí mismo						
M	19. Levanta la cabeza y hombros al ser llevado a posición sentada						
LS	20. Ríe a carcajadas						
5 MESES							
LS	21. Vuelve la cabeza hacia quien le habla						
C	22. Palpa el borde de la mesa						
C	23. Intenta prehensión de la argolla						
M	24. Tracciona hasta lograr la posición sentada						
M	25. Se mantiene sentado con leve apoyo						
6 MESES							

M	26. Se mantiene sentado solo, momentáneamente							
C	27. Vuelve la cabeza hacia la cuchara caída							
C	28. Coge la argolla							
C	29. Coge el cubo							
LS	30. Vocaliza cuando se le habla							
M	31. Se mantiene sentado solo por 30 seg. o más							
C	32. Intenta agarrar la pastilla							
L	33. Escucha selectivamente palabras familiares							
S	34. Cooperar en los juegos							
C	35. Coge dos cubos, uno en cada mano							
M	36. Se sienta solo y se mantiene erguido							
M	37. Tracciona hasta lograr la posición de pie							
M	38. Iniciación de pasos sostenido bajo los brazos							
C	39. Coge la pastilla con movimiento de rastrillo							
L	40. Dice da-da o equivalente							
M	41. Logra llegar a posición de pie, apoyado en un mueble							
M	42. Camina sostenido bajo los brazos							
C	43. Coge la pastilla con participación del pulgar							
C	44. Encuentra el cubo bajo el pañal							
LS	45. Reacciona a los requerimientos verbales							
C	46. Coge la pastilla con pulgar e índice							
M	47. Imita gestos simples							
C	48. Coge el tercer cubo dejando uno de los dos primeros							
C	49. Junta cubos en la línea media							
LS	50. Reacciona al "no, no"							
12 meses								
M	51. Camina algunos pasos de la mano							
C	52. Junta las manos en la línea media							
M	53. Se pone de pie solo **							
LS	54. Entrega como respuesta a una orden							
L	55. Dice al menos dos palabras **							
M	56. Camina solo							
C	57. Introduce la pastilla en la botella							
C	58. Espontáneamente garabatea							
C	59. Coge el tercer cubo conservando los dos primeros							
L	60. Dice al menos tres palabras **							
L	61. Muestra sus zapatos							
S								
M	62. Camina varios pasos hacia el lado							
M	63. Camina varios pasos hacia atrás							
C	64. Retira inmediatamente la pastilla de la botella							

C	65. Atrae el cubo con un palo						
21 meses							
L	66. Nombra un objeto de los cuatro presentado						
L	67. Imita tres palabras en el momento del examen						
C	68. Construye una torre con tres cubos						
L	69. Dice al menos seis palabras **						
L	70. Usa palabras para comunicar deseos **						
S							
24 meses							
M	71. Se para en un pie con ayuda						
L	72. Nombra dos objetos de los cuatro presentados						
S	73. Ayuda en tareas simples **						
L	74. Apunta 4 o más partes en el cuerpo de la muñeca						
C	75. Construye una torre con cinco cubos						

ANEXO N° 3

FICHA N°3

Ficha de Evaluación Motriz

Fecha de evaluación: Octubre del 2016

Fuente: Observación de hitos motores alcanzados

Actitud del eje de cuerpo: Alineado () Curvado ()
Seguimiento acular: Coordinación Ojo – Mano Si () No ()
M. Superior: Manos a la línea media Si () No ()
Desplazamiento del centro de gravedad
Lado Derecho Si () No () Lado Izquierdo Si () No ()
Control cefálico: Si () No ()
Volteo De prono a supino () De supino a prono ()
Sedestación: Mantenido () Adquirida () Con apoyo ()
Reptación; Libre () Asistida ()
Cuadrúpeda: Mantenido () Adquirida ()
Bipedestación: Libre () Asistida ()
Paso a bipedestación con agarre ()
Reacciones de defensa y equilibrio: Ausentes () Por madurar () Presentes ()

.....

Marcha: Libre: Libre () Por madurar () Asistida ()
Sube escaleras: Libre () Asistida ()
Deformidades: Cabeza () Tronco () Cifosis ()
Escoliosis () Subluxación () Recurvaturun () Equino ()
Persistencia de reflejos primarios
Reflejo del moro ()
Garra plantar () Garra palmar ()

Anomalías Neuromotrices:

Resumen de hitos alcanzados:

Primera evaluación

Detalle:

ANEXO N° 4

INDICE DE BARTHEL

El Índice de Barthel Javier Cid-Ruzafa y Javier Damián-Moreno

Índice Barthel			
Actividad	Descripción	Puntaje 1 1 era evaluación	Puntaje 2 2 da evaluación
Comer	1. Incapaz	0	0
	2. Necesita ayuda	5	5
	3. Independiente (la comida está al alcance de la mano)	10	10
Trasladarse entre la silla y la cama	1. Incapaz, no se mantiene sentado	0	0
	2. Necesita ayuda importante (1 persona entrenada o 2 personas), puede estar sentado	5	5
	3. Necesita algo de ayuda (física o ayuda verbal)	10	10
	4. Independiente	15	15
Aseo personal	1. Necesita ayuda con el aseo personal	0	0
	2. Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse	5	5
Uso del retrete	1. Dependiente	0	0
	2. Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo	5	5
	3. Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)	10	10
Bañarse o Ducharse	1. Dependiente	0	0
	2. Independiente para bañarse o ducharse	5	5
Desplazarse	1. Inmóvil	0	0
	2. Independiente en silla de ruedas en 50 m	5	5
	3. Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal)	10	10
	4. Independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador	15	15
Subir y bajar escaleras	1. Incapaz	0	0
	2. Necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta	5	5
	3. Independiente para subir y bajar	10	10

Índice Barthel			
Actividad	Descripción	Puntaje 1 1 era evaluación	Puntaje 2 2 da evaluación
Vestirse y desvestirse	1. Dependiente 2. Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda 3. Independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.	0 5 10	0 5 10
Control de heces	1. Incontinente (o necesita que le suministren enema) 2. Accidente excepcional (uno/semana) 3. Continente	0 5 10	0 5 10
Control de orina	1. Incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa 2. Accidente excepcional (máximo uno/24 horas) 3. Continente, durante al menos 7 días	0 5 10	0 5 10

Puntuación orientadora del grado de dependencia:

Puntaje	Clasificación
<20	Dependencia total
20 – 35	Dependencia severa
40 – 55	Dependencia moderada
60 – 95	Dependencia leve
100	Independencia

Puntuación total _____

ANEXO N° 5

EVIDENCIA FOTOGRÁFICAS: AREA MOTRIZ GRUESA



Fotografía 5.1 Posición cuadrúpeda mantenida.
Fuentes: Autora en el desarrollo del trabajo.



Fotografía 5.2 Posición cuadrúpeda mantenida, fortalecimiento de cintura pélvica.

Fuentes: Autora en el desarrollo del trabajo.



Fotografía 5.3 Estimulación del gateo y reptación.

Fuentes: Autora en el desarrollo del trabajo.



Fotografía 5.4 Gateo
Reptación (con apoyo en miembros inferiores).
Fuentes: Autora en el desarrollo del trabajo.



Fotografía 5.5 Estimulación de la maduración de las reacciones
de defensa.
Fuentes: Autora en el desarrollo del trabajo.



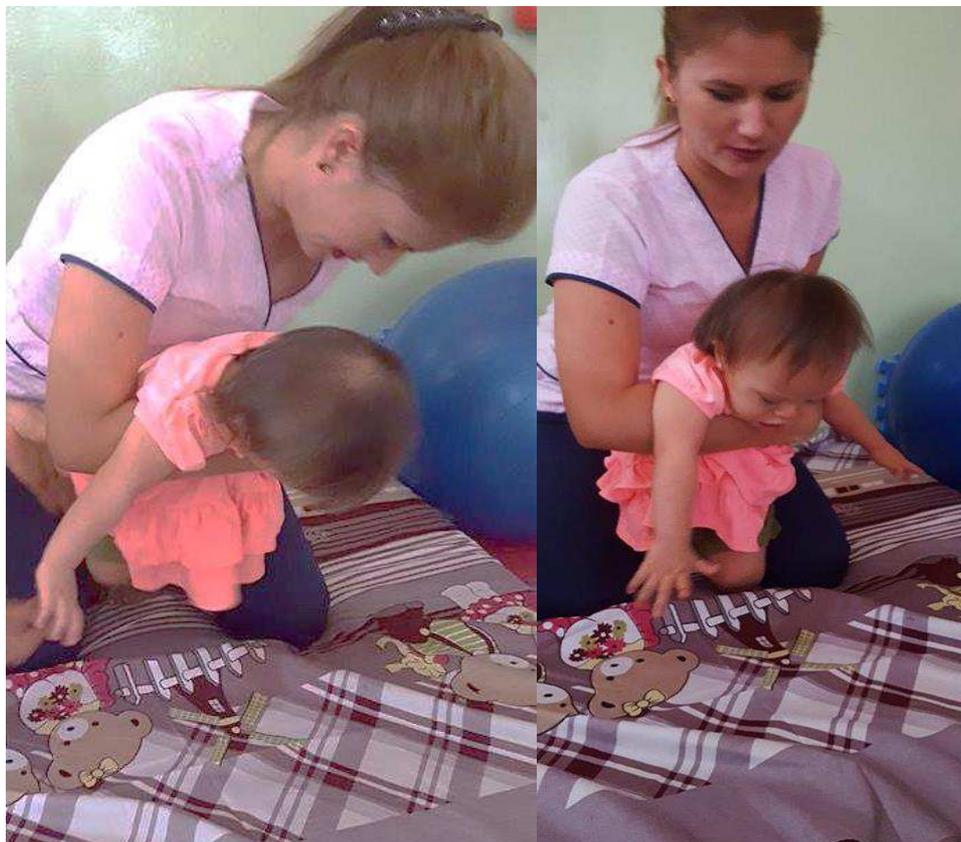
Fotografía 5. 6 Fortalecimiento de tronco.
Fuentes: Autora en el desarrollo del trabajo.



Fotografía 5.7 Estimulación de la maduración de las reacciones de defensa.
Fuentes: Autora en el desarrollo del trabajo.



Fotografía 5.8 Desequilibrio posturales en sentido lateral
Con ayuda pélvica, en pelota Bobath y rodillo.
Fuentes: Autora en el desarrollo del trabajo.



Fotografía 5.9 Estimulación de la maduración de las reacciones de defensa
Fuentes: Autora en el desarrollo del trabajo.



Fotografía 5.10 Reacciones de enderezamiento y equilibrio (Balón de Bobath).

Fuentes: Autora en el desarrollo del trabajo.



Fotografía 5.11 Adquisición de equilibrio.

Fuentes: Autora en el desarrollo del trabajo.



Fotografía 5.12 Fortalecimiento de la cintura pélvica, estímulo en el paso de la posición de rodilla a bipedestación.

Fuentes: Autora en el desarrollo del trabajo.



Fotografía 5.13 Reacciones de enderezamiento y equilibrio (Balón de Bobath).

Fuentes: Autora en el desarrollo del trabajo.



Fotografía 5.14 Estimulación de la posición bípeda.
Fuentes: Autora en el desarrollo del trabajo.



Fotografía 5.15 Adquisición de Reacciones de enderezamiento y equilibrio, posición bípeda mantenida o con ayuda.
Fuentes: Autora en el desarrollo del trabajo.



Fotografía 5.16 Estimulo de la Sedestación, mantenida.
Fuentes: Autora en el desarrollo del trabajo.



Fotografía 5.17 Estimulo de la Sedestación, mantenida.
Fuentes: Autora en el desarrollo del trabajo.

ANEXO N° 6
EVIDENCIA FOTOGRÁFICAS: MOTRICIDAD FINA



Fotografía 6.1. Agarre – Gancho.
Fuentes: Autora en el desarrollo del trabajo.



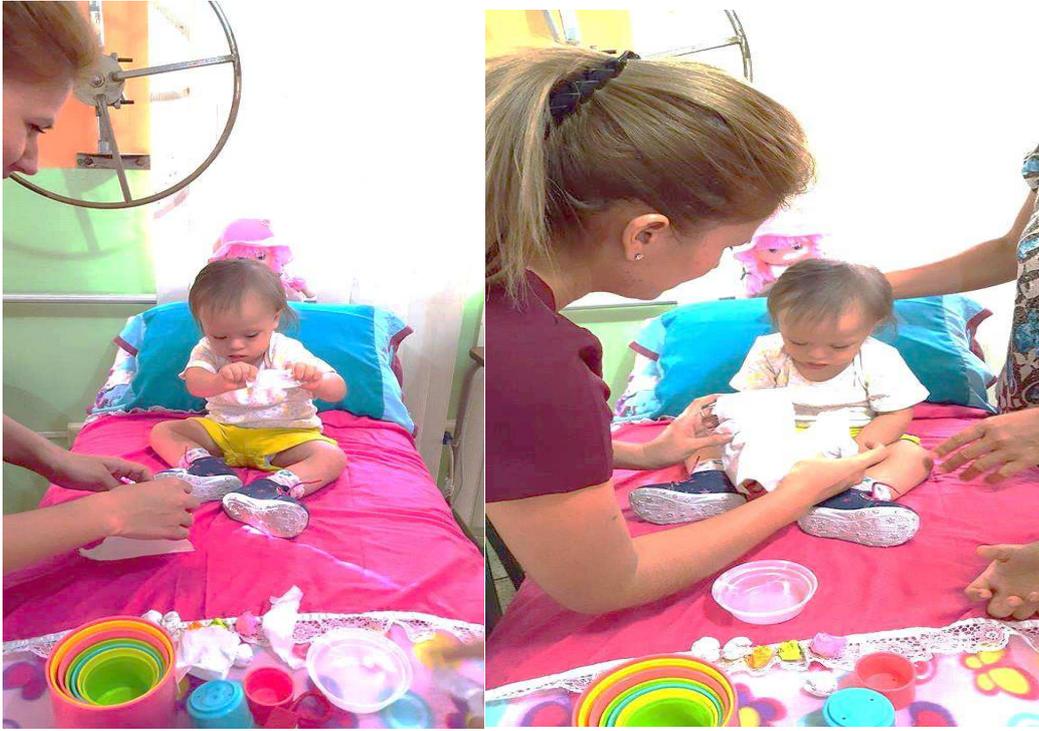
Fotografía 6.2. Estimulación de la mano en la línea media.
Fuentes: Autora en el desarrollo del trabajo.



Fotografía 6.3. Coordinación – viso manual.
Fuentes: Autora en el desarrollo del trabajo.



Fotografía 6.4. Estimulo en la adquisición de la Pinza fina.
Fuentes: Autora en el desarrollo del trabajo.



Fotografía 6.5. Estimulo motriz fino- rasgado.
Fuentes: Autora en el desarrollo del trabajo.

ANEXO N° 7

EVIDENCIA FOTOGRÁFICAS: INTEGRACIÓN SENSITIVA



Fotografía 7.1. Actividades sensitivas.
(Intervención Auditiva – estímulos sonoros –fonemas).
Fuentes: Autora en el desarrollo del trabajo.



Fotografía 7.2. Libro de texturas - Integración Sensorial.
Fuentes: Autora en el desarrollo del trabajo.

ANEXO N° 8

EVIDENCIA FOTOGRÁFICAS: ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA



Fotografía 8.1. Actividades de la vida diaria (básicas)
Alimentación (con ayuda)..

Fuentes: Autora en el desarrollo del trabajo.



Fotografía 8.2. Actividades de la vida diaria (básicas)
Alimentación con ayuda verbal.

Fuentes: Autora en el desarrollo del trabajo.



Fotografía 8.3.Actividades de la vida diaria (básicas)
Aseo (reconocer para qué sirve el cepillo de dientes).
Fuentes: Autora en el desarrollo del trabajo.



Fotografía 8.4.Actividades de la vida diaria (básicas)
Aseo (reconocer para qué sirve el peine de cabellos).
Fuentes: Autora en el desarrollo del trabajo.



Fotografía 8.5. Actividades de la vida diaria (básicas).
Vestimenta (quitarse los zapatos).
Aseo (lavarse las manos).

Fuentes: Autora en el desarrollo del trabajo.



Fotografía 8.6 Actividades de la vida diaria (básicas)
Vestimenta (ayudar a quitarse el vestido).

Fuentes: Autora en el desarrollo del trabajo.

ANEXO N° 6

DOCUMENTACIÓN



CERTIFICADO MEDICO

 Ministerio de Salud Pública Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud Dirección Nacional de Discapacidades - DND

CERTIFICADO MEDICO ESPECIALISTA/TRATANTE

Anexo No. 107

Portoviejo, 09 de junio de 2016

CERTIFICADO MEDICO

Certifico haber realizado la Evaluación **Médica** a la niña, MORA ARTEAGA JESSICA SARAY con Cédula de Identidad No 1352138059 quien presenta un diagnóstico de SINDROME DE DOWN, TRASTORNO ESPECIFICO DEL DESARROLLO DE LA FUNCIÓN MOTRIZ (Q909 – F82).

Se empezó tratamiento el 7 de enero de 2016, de tipo atención especializada con Neurología, Fisiatría, Pediatría, Psicología, Nutrición, Estimulación Temprana, Terapia Física Y Terapia Ocupacional.

Como consecuencia de esta condición de salud el (la) paciente presenta una secuela permanente.

Es todo cuanto puedo certificar para los fines consiguientes.


Dr. JUAN CARLOS GARCÍA CRESPO
Nº IDENT.: E 438605
MÉDICO FÍSICA Y REHABILITACION



Dr. Juan Carlos García Crespo
Médico Fisiatra
CRIE # 3
PROVINCIA DE MANABI

Nota:

Para Certificados de Otorrinolaringología, favor incluir Audiometrías actualizadas; Síndrome de Meniere indicar # de crisis al año y duración de cada una de ellas. Para certificados de Oftalmología, favor incluir examen de agudeza visual con corrección y sin corrección. Neurología especificar en epilepsia # de convulsiones mensuales. Cardiología capacidad funcional NYH

Portoviejo

CONCENTIMIENTO



Universidad Laica "Eloy Alfaro" de Manabí



CONSENTIMIENTO

Yo **Arteaga Moreira Santa Dicensia C.C. 131060685-8** por este medio hago constar que acepto participar el estudio de caso "Intervencion temprana, en paciente con **Sindrome de Down**". A cargo de **Tipan Mendoza Lisbeth Katherine C.C. 131284715-3** . He recibido y comprendido la informacion que se me ha brindado , así mismo doy mi consentimiento para participar de ella , y ofrecer toda la informacion de **Mora Arteaga Jessica Saray C.C.1352138059** que sea solicitada.

Lo certifican.


.....
Arteaga Moreira Santa Dicensia
C.C. 131060685-8
Firma del Participante


.....
Firma del Responsable