



**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 DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN UN PACIENTE**  
**CON RETRASO PSICOMOTOR**

**AUTORA:**  
**LOOR ANCHUNDIA DIANA CAROLINA**

**TUTOR:**  
**LCDA. NATACHA MENDOZA MENDOZA.**

**MANTA – MANABÍ – ECUADOR**  
**2017 - 2018**

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

En calidad del Tutor del Análisis de Caso sobre el tema: **“INTERVENCION DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN UN PACIENTE CON RETRASO PSICOMOTOR”**, presentado por **LOOR ANCHUNDIA DIANA CAROLINA**, 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 la revisión y evaluación respectiva por parte del Tribunal de Grado, que el Honorable Consejo Superior Designe.

Manta, Octubre 2017

TUTORA:

.....

Lcda. Natacha Mendoza Mendoza.

## **APROBACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR**

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Análisis de Caso, sobre el tema **“INTERVENCION DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN UN PACIENTE CON RETRASO PSICOMOTOR”** de **LOOR ANCHUNDIA DIANA CAROLINA**, para la Licenciatura en Terapia Ocupacional.

Manta, Octubre 2017

.....

**DR. RIDDER QUINTANA.**

.....

**CALIFICACIÓN**

.....

**LCDO. TYRON MOREIRA LOPÈZ. Mg.**

.....

**CALIFICACIÓN**

.....

**LCDO. DIEGO CUICHAN NÚÑEZ. Mg.**

.....

**CALIFICACIÓN**

.....

**SECRETARIA**

## DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Yo, **LOOR ANCHUNDIA DIANA CAROLINA** portadora de la cédula de identidad N° 131649162-8, declaro que los resultados obtenidos en el Análisis de Caso titulado **“INTERVENCION DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN UN PACIENTE CON RETRASO PSICOMOTOR”** que presento como informe final, previo a la obtención del 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, Octubre 2017

AUTORA

.....

Loor Anchundia Diana Carolina

## **DEDICATORIA**

Con cariño dedico a:

El que me ha dado las fuerzas para continuar cuando he estado a punto de caer, y más que todo porque ha sido el que me ha dado la sabiduría para continuar a pesar de todos los obstáculos, por ello dedico mi trabajo al ser supremo Dios.

A mis Padres, que me dieron la vida, el amor, y el firme propósito de alcanzar una carrera.

A mis hermanas, mi esposo y familiares, por su apoyo incondicional, que con su paciencia y devoción fueron un ente importante para alcanzar mi objetivo ya que siempre han estado ahí presentes, impulsándome a lograr más.

A todas esas personas que de una forma me han ayudado en este gran paso para obtener mi meta.

Loor Anchundia Diana Carolina

## **AGRADECIMIENTO**

Mi gratitud para todas las autoridades, docentes y demás personal de la Escuela de Especialidades en Ciencias de la Salud de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, por las enseñanzas impartidas en la misma y conocimientos que me han otorgado.

A la progenitora de mi paciente por colaborarme en este proceso de titulación para llegar a esta gran meta.

A mi Tutor de Análisis de Caso, Lcda. Natacha Mendoza, por ser guía en este gran proceso de culminación de Carrera.

Y a todas aquellas personas que nos brindaron apertura para realizar las prácticas y así poder obtener conocimientos y experiencias.

Loor Anchundia Diana Carolina

## RESUMEN

El retraso psicomotor es un problema de salud pública que afecta a un gran número de niños en el mundo y que conlleva una dificultad al no poder realizar las actividades dentro de su desarrollo normal y por lo tanto dependencia por parte de un familiar. La presente investigación es un estudio de análisis de un caso con enfoque cualitativo, de campo, de intervención comunitaria y participativa, la cual se desarrolló en la Ciudad de Manta – Ecuador, con la evaluación directa de un paciente de género masculino, de 15 meses de edad, con diagnóstico de retraso psicomotor. Obteniendo un resultado del análisis de caso que determina que el paciente presenta una edad cronológica de 7 meses, es decir, que es dependiente en la mayoría de las actividades básicas de la vida diaria. Frente a esta problemática se plantea una intervención fundamentada de actividades mediante el juego para así poder lograr las actividades básicas de la vida diaria con el fin de mejorar la autonomía y calidad de vida del paciente. El objetivo de este trabajo investigativo es fomentar la autonomía en un paciente con retraso psicomotor mediante la intervención de la terapia ocupacional mejorando las Actividades Básicas de la Vida Diaria a través del juego mediante la aplicación de actividades de coordinación, senso-percepción y manipulación de objetos.

**PALABRAS CLAVE:** Senso-percepción, Autonomía, Actividades Básicas de la Vida Diaria, Retraso Psicomotor, Test de Denver, Dependencia, Estudio de Caso.

## **ABSTRACT**

Psychomotor retardation is a public health problem that affects a large number of children in the world and involves a difficulty in not being able to perform the activities within their normal development and therefore dependence on the part of a relative. The present investigation is a case study with a qualitative, field, community and participatory intervention, which was carried out in the City of Manta - Ecuador, with the direct evaluation of a male patient, 15 months of age, with a diagnosis of psychomotor retardation. Obtaining a result of the case analysis that determines that the patient presents a chronological age of 7 months, that is, that is dependent in most of the basic activities of daily life. Faced with this problem, there is a well-founded intervention of activities through play in order to achieve the basic activities of daily life in order to improve the autonomy and quality of life of the patient. The objective of this research is to promote autonomy in a patient with psychomotor retardation through the intervention of occupational therapy by improving the Basic Activities of Daily Life through play through the application of coordination activities, sensory perception and manipulation of objects.

**KEY WORDS:** Senso-perception, Autonomy, Basic Activities of Daily Life, Psychomotor Delay, Denver Test, Dependence, Case Study

# ÍNDICE

APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR .....	iii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA.....	iv
DEDICATORIA .....	v
AGRADECIMIENTO .....	vi
RESUMEN.....	vii
ABSTRACT.....	viii
ÍNDICE .....	ix
1. JUSTIFICACIÓN .....	1
2. INFORME DEL CASO .....	3
2.1. DEFINICIÓN DEL CASO .....	3
2.1.1. Presentación de caso .....	3
2.1.2. Ámbitos de estudio.....	5
2.1.3. Actores implicados.....	5
2.1.4. Identificación del problema .....	5
2.2. METODOLOGÍA .....	6
2.2.1. Lista de preguntas .....	6
2.2.2. Fuentes de información.....	7
2.2.3. Técnicas para la recolección de la información .....	7
2.2.4. Instrumento .....	7
2.3. DIAGNÓSTICO.....	8
2.3.1. Primeras palabras .....	9
2.3.2. Primeras frases .....	9
2.3.3. Señala parte corporal del cuerpo mencionada.....	9
2.3.4. Firma garabatos.....	9

2.3.5. Arma torre de dos cubos .....	10
2.3.6. Camina hacia atras .....	10
2.3.7. Sube escaleras .....	10
2.3.8. Lanza y juega con la pelota.....	10
2.3.9. Bebe de un vaso .....	10
2.3.10. Imita tareas domesticas .....	10
2.3.11. Usa la cuchara .....	10
2.3.12. Se quita prendas de vestir.....	11
2.3.13. Ayudar en Tareas domésticas simples.....	11
3. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN .....	12
3.1. Denominación de la propuesta.....	12
3.2. Objetivos de la propuesta.....	12
3.2.1. Objetivo general.....	12
3.2.2. Objetivos específicos .....	12
3.3. Fundamentación de la propuesta.....	13
3.4. Planteamiento de la propuesta.....	13
3.4.1. Actividades y tareas .....	13
3.4.2. Evaluación de resultados e impactos.....	14
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	17
ANEXOS.....	19

# 1. JUSTIFICACIÓN

El niño con retraso psicomotor no realiza las actividades correspondientes a su edad cronológica, es por esto que la terapia ocupacional es concebida como una técnica que favorece el aprendizaje de nuevas sensaciones, la relación y la comunicación que el niño va establecer con el mundo que le rodea.

La finalidad es brindar una buena estimulación a través de actividades mediante el juego y que el cerebro analice la información que le ha llegado emitiendo una señal o estímulo a través del cuerpo diciendo algo o moviéndose, sobre todo para mejorar sus capacidades tanto motoras, cognitivas, sociales y lenguaje y que al mismo tiempo se pueda proporcionar información vital para los cuidadores del paciente.

F Molina-Rueda, (2015) indica: El terapeuta ocupacional es un especialista entrenado para ayudar a las personas a aprender a realizar actividades diarias. Los terapeutas ocupacionales trabajan con personas de todas las edades y con diferentes problemas. Cuando trabajan con niños que tienen dificultades de aprendizaje y de atención los ayudan en diversas áreas. La terapia ocupacional aborda habilidades como:

- Habilidades motoras finas
- Habilidades motoras gruesas
- Habilidades cognitivas (pensar y organizar) que involucran el espacio físico y los objetos

La meta de la terapia ocupacional es ayudar a los niños a que sean más independientes al realizar tareas cotidianas. Ejemplos de las habilidades con las que un TO (terapeuta ocupacional) podría trabajar incluyen: Tareas de cuidado personal, coordinación mano-ojo, habilidades motoras finas planificación y organización, desahogo físico (ayudar a los niños con dificultades de conducta a encontrar mejores maneras de desahogarse que pegarle a alguien cuando se sienten frustrados o enojados), respuestas apropiadas (ayudar a los niños con dificultades del procesamiento sensorial a responder a las sensaciones de un modo más apropiado).

Los niños con retraso psicomotor habitualmente no pueden ser activos por sí mismos, y esto provoca una restricción de sensaciones a nivel motriz, y por tanto una dificultad grave, que de acuerdo a cada sesión vamos ayudar a que el cerebro identifique diferentes estímulos y así lograr un aprendizaje que pueda servir a su futuro.

Cioni G. (2016) expresa que a nivel mundial el retraso psicomotor es una de las consultas más frecuentes en los consultorios de neuropediatría, por fortuna, gracias al cribado neonatal expandido, cada vez es menor la frecuencia de diagnóstico, ya que la intervención temprana posibilita a realizar un tratamiento adecuado. Retraso psicomotor significa que los logros o hitos del desarrollo que los niños deben de adquirir dentro de una determinada edad, no están apareciendo o lo están realizando de manera anómala. Hablamos de retraso psicomotor en niños pequeños, porque para mayores se utiliza la denominación discapacidad intelectual o retraso mental.

Cepal, 2016. A nivel nacional el estudio del desarrollo psicomotor en la población general es fundamental ya que proporciona los elementos necesarios para la aplicación de planes, programas y políticas destinadas a rehabilitar a los niños afectados y reinsertarlos como entes productivos. Si esta prevención primaria se realizara en la población infantil antes de su ingreso a la escuela, se lograrían los objetivos que se desean conseguir principalmente la independencia del niño, lamentablemente los estudios sobre el desarrollo psicomotor en el Ecuador son escasos y los programas de estimulación temprana que se presentan son pocos, debido a que no existe una idea clara a la magnitud del problema.

La Constitución de la República del año 2017, en sus Artículos 11, 47, 48 y 49 garantizan la protección y desarrollo integral de las personas con discapacidad y sus familias; posiciona a la planificación y a las políticas públicas como medios para lograr los objetivos del Buen Vivir. Además, establece como objetivos el propiciar la equidad social y territorial, promover la igualdad en la diversidad, garantizar derechos y concertar principios rectores de la planificación del desarrollo. (Ministerio de Inclusión Económica Social «MIES», 2017)

Este trabajo investigativo se fundamenta en el Plan Nacional para el Buen Vivir 2014-2017, el cual plantea mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad de

acuerdo con el objetivo N°1, que busca auspiciar la igualdad, la cohesión y la integración social y territorial en la diversidad. (MIES, 2017)

Con esta investigación el beneficiario directo es el paciente el cual se ha adaptado a las diferentes actividades básicas mediante actividades de juego, y los beneficiarios indirectos son todas aquellas personas que lo rodean. Este estudio es factible ya que se cuenta con el logro, temples, conocimientos adquiridos y con los medios necesarios; además, se tiene el acceso directo a la progenitora del paciente sujeto del estudio y a su historia clínica, puesto que el lugar de la investigación es el Programa NAR (Niños de alto riesgo) del Hospital general Rodríguez Zambrano de Manta, el cual brinda todas las facilidades para realizar la investigación.

Dada la importancia del estudio y en consideración a las necesidades del problema, se plantea como objetivo general: Fomentar la autonomía en un paciente con retraso psicomotor mediante la intervención de la terapia ocupacional mejorando su desarrollo motor a través de la aplicación de actividades de coordinación, senso-percepción y manipulación de objetos. Para el cumplimiento del objetivo general se sugieren los objetivos específicos: determinar las actividades adecuadas que permitan la autonomía del paciente para su desarrollo normal de acuerdo a los resultados obtenidos en el Test de Denver (Anexo1); aplicar actividades de coordinación para el mejoramiento de la autonomía y calidad de vida del paciente con retraso psicomotor de acuerdo a las necesidades identificadas; emplear actividades de fuerza para aumentar el tono muscular y así poder manipular objetos más pesados e identificar el nivel de independencia del paciente con retraso psicomotor mediante el Test de Denver.

## **2. INFORME DEL CASO**

### **2.1. DEFINICIÓN DEL CASO**

#### **2.1.1. Presentación de caso**

El paciente sujeto del presente análisis de caso pertenece al género masculino, con 15 meses de edad (Véase anexo 2), y en el momento del interrogatorio se encuentra en la sala de terapia ocupacional del programa NAR junto con su progenitora. El lugar habitual es el Barrio “Cielito Lindo” perteneciente a la ciudad de Manta, Provincia de Manabí. Es hijo único. El sistema familiar es estructurado, siendo su familia un apoyo constante en lo que necesita. Su situación socioeconómica es regular.

La madre del paciente relata que el parto fue normal, pero que el niño nació prematuro con 38 semanas de edad, cuando nació no lloro, estuvo internado en el hospital por siete días presentando hipotonía general, por lo que se alimentaba con sonda, la madre del paciente tuvo principios de aborto y le suministraron un antibiótico para ayudarle a que el niño se mantuviera en el vientre. Al mes y medio estuvo internado nuevamente por bronquiolitis en el Hospital Rodríguez Zambrano, los doctores le manifestaron que el paciente tenía problemas del corazón pero lo descartaron por que le realizaron un electrocardiograma, a los cuatro meses la madre observa que se le había formado una hendidura en el cráneo, le enviaron a realizar una ecografía transfontanelar, y le fue diagnosticada una craneosinostosis (Véase Anexo 3, figura 1) asociada al retraso psicomotor en el paciente.

El paciente presenta discapacidad física, con compromiso del área motriz. Con respecto a la motricidad gruesa no posee un buen equilibrio, tiene poco control cefálico, tiene control parcial de los segmentos de los miembros superiores con pérdida de fuerza, mientras que en los miembros inferiores existe poca coordinación, no presenta equilibrio en posición sedente, tampoco se moviliza mediante sus extremidades inferiores, dependiendo de la ayuda de otra persona.

En cuanto a la motricidad fina, existe una grosera manipulación de objetos y coordinación óculo-manual, también presenta dificultad para agarrar los objetos sobre todo los pesados. El nivel sensorial (visión y audición) es normal, en el área cognitiva asimila solamente una orden y piensa durante un largo tiempo antes de ejecutar una acción. El lenguaje es irregular ya que solamente dice dos palabras pero no dos palabras juntas solo señala lo que desea comunicar. En lo referente al área afectiva, no existe recriminación personal, se enoja al no poder realizar las actividades cotidianas normalmente; pero a pesar de esto tiene buenas relaciones sociales. Le cuesta mucho aceptar a las personas antes de interactuar con ellas.

### **2.1.2. Ámbitos de estudio**

En el presente análisis de caso se interviene en el campo de la terapia ocupacional debido a que se trata a un paciente que presenta retraso psicomotor; el cual, se encuentra incluido en los grupos vulnerables de la población, desde el punto de vista médico, psicológico y social. De acuerdo a la información obtenida a través del diagnóstico realizado, las actividades a intervenir en el presente análisis de caso con respecto al desarrollo normal del paciente son las siguientes actividades: primeras tres palabras, primeras frases, señala partes corporales nombradas, firma garabatos, arma torres de dos cubos, camina hacia atrás, sube escaleras, juega y lanza la pelota, bebe de un vaso de agua, imita tareas domésticas, usar una cuchara, se quita prendas de vestir y ayuda en las tareas domésticas todas estas fueron evaluadas a través del Test de Denver.

### **2.1.3. Actores implicados**

Los actores implicados en el presente trabajo son el paciente sujeto de estudio diagnosticado con retraso psicomotor, la madre del paciente quien brinda información requerida sobre antecedentes y datos de filiación, en conjunto con los terapeutas físico y ocupacional encargados de la rehabilitación del paciente en el programa NAR del Hospital Rafael Rodríguez Zambrano.

#### **2.1.4. Identificación del problema**

El paciente del presente análisis de caso presenta un retraso psicomotor asociado a una craneosinostosis que limita su funcionalidad, (Véase Anexo 3, figura 1), el cual se caracteriza por el cierre precoz de una o más suturas craneales, que produce un crecimiento y desarrollo anormal del cráneo, lo cual impide que el paciente pueda realizar las actividades dentro del desarrollo normal del niño.

Los estudios realizados por el médico fisiatra diagnostican un retardo del desarrollo con una edad cronológica de quince meses y una edad motora de siete meses, en el cual se lo evaluó con el test de apgar cuyo resultado fue 5/8, a los siete meses fue diagnosticada la craneosinostosis motivo por el cual fue intervenido quirúrgicamente a los catorce meses con resultados favorables (Véase Anexo 3, figuras 2, 3, 4, 5, 6, 7).

El paciente fue atendido inicialmente en el Programa NAR del Hospital Rodríguez Zambrano, donde en el informe médico ingresa por una evaluación de psicología (Véase Anexo 3, figura 8), con esta información almacenada se decide realizar el presente análisis de caso en el paciente con retraso psicomotor, el cual presenta discapacidad motora. Dado el mediano funcionamiento motriz del paciente y su grado de discapacidad, que limita en gran parte la autonomía del paciente, depende solamente de su progenitora para cumplir con las actividades correspondientes a su desarrollo normal, en especial manipular objetos para el juego, lo que motiva a desarrollar el estudio de caso, para colaborar con actividades terapéuticas que mejoren su calidad de vida.

## **2.2. METODOLOGÍA**

La presente investigación tiene un enfoque cualitativo, que Blasco y Pérez (2016) definen como el estudio de la realidad en su contexto natural y como sucede, sacando e interpretando fenómenos de acuerdo con las personas implicadas. Utiliza variedad de instrumentos para recoger información como las entrevistas, imágenes, observaciones, historias de vida, en los que se describen las rutinas y las situaciones problemáticas, así como los significados en la vida de los participantes.

El diseño metodológico es de campo, en donde Sabino (2015) incluye al estudio de caso como parte de la investigación de campo definiéndola como cualquier objeto que se considera como una totalidad para ser estudiado intensivamente. Un caso puede ser una familia, una institución, una empresa, uno o pocos individuos. Debido a que un caso representa una unidad relativamente pequeña, este diseño indaga de manera exhaustiva, buscando la máxima profundidad del mismo.

### **2.2.1. Lista de preguntas**

En esta investigación se plantean las siguientes interrogantes:

¿Qué nivel de independencia presenta el paciente con retraso psicomotor sujeto de estudio? ¿Cómo contribuye la terapia ocupacional en la autonomía del paciente diagnosticado con retraso psicomotor? ¿Cuál es el nivel de respuesta del paciente frente a las actividades implementadas en la sala de terapia ocupacional? ¿Cuál es la orientación que se debe brindar a la cuidadora del paciente con retraso psicomotor sobre la manipulación de diversos objetos para fomentar la independencia del mismo?

### **2.2.2. Fuentes de información**

La información obtenida para el presente análisis de caso se obtuvo directamente de la cuidadora del paciente, se obtuvo información adicional de parte del terapeuta ocupacional que labora en el Programa NAR del Hospital Rafael Rodríguez Zambrano, y mediante la observación de la historia clínica personal del paciente. La información sobre el retraso psicomotor y la craneosinostosis y todo lo referente a la parte teórica de este trabajo, fue encontrada en diferentes fuentes sustentadas, fundamentadas y actualizadas mediante búsqueda web de revistas y artículos de autores reconocidos a nivel mundial.

### **2.2.3. Técnicas para la recolección de la información**

Las técnicas de recolección de la información empleada en el presente análisis de caso fueron: el Test de Denver (Véase Aneo 1) y las entrevistas a la cuidadora y terapeuta

ocupacional del paciente realizadas personalmente por la investigadora, se realizó una revisión documental dirigida al expediente clínico.

#### **2.2.4. Instrumento.**

Bajo previo consentimiento firmado por el paciente (Anexo 3, Figura 9), el instrumento que se utilizó para la valoración del desarrollo motor fue el Test de Denver (Anexo 4, figura 1), el cual informa sobre el desarrollo de la psicomotricidad durante los 6 primeros años de vida, además es una herramienta para valorar el estado de evolución del niño en cuatro categorías: motriz fina, motriz gruesa, lenguaje y social, siendo calificadas a través de letras las cuales indican si el paciente realiza la actividad o no. (Véase Anexo 4, figura 2).

### **2.3. DIAGNÓSTICO**

Los hitos del desarrollo son comportamientos o destrezas físicas observadas en lactantes y niños, a medida que crecen y se desarrollan, desde la sonrisa social de los pequeños lactantes a sentarse de forma estable, gatear, caminar, coger cosas con la pinza fina (pulgar e índice) y hablar o reírse a carcajadas se consideran acontecimientos fundamentales en el desarrollo del niño. Estos hitos son diferentes para cada edad (Cárdenas Vera, MG Peralta Bravo, 2017)

El retraso psicomotor significa que los logros del desarrollo que los niños deben adquirir dentro de una determinada edad, no están apareciendo. El desarrollo psicomotor está determinado por las acciones que los niños ejecutan según su lenguaje, motricidad y coordinación. Al nacer, el niño empieza una experiencia de vida y de movimiento sujeta a cambios positivos como lo es el crecimiento y desarrollo de sus funciones psicomotoras.

En el presente estudio de caso se analizan las siguientes variables:

#### **Variable 1. Intervención del Terapeuta Ocupacional:**

O del Rosario- Montejo, F Molina-Rueda (2015) cita: El desarrollo psicomotor se considera un aspecto clave para la adaptación del niño al entorno. El punto de partida del desarrollo psicomotor es el esquema corporal, es decir, la organización de las sensaciones relativas al propio cuerpo en relación con el entorno.

Alrededor de los 2 años de vida, el niño entabla sus primeros procesos de conocimiento y relación con el entorno. Esta etapa es clave en su futuro, si hay privación de estímulos, sea por causa externa o porque el sistema nervioso central (SNC) del niño no esté en condiciones de interpretar esos estímulos, se verá afectado su desarrollo posterior y, en consecuencia, su adaptación al mundo. El desarrollo psicomotor abarca aspectos tales como: el esquema y la imagen corporal, la lateralidad, la coordinación dinámica y visomotora, el equilibrio, la disociación motriz, el control tónico postural y la orientación espacio-temporal.

### **Variable 2. Retraso Psicomotor:**

La noción de retraso psicomotor implica, como diagnóstico provisional, que los logros del desarrollo de un determinado niño durante sus primeros 3 años de vida aparecen con una secuencia lenta para su edad y/o cualitativamente alterada.

A Vericat, AB Orden (2015) describe el retraso psicomotor: Al fenómeno evolutivo de adquisición continua y progresiva de habilidades a lo largo de la infancia. Las habilidades mencionadas comprenden la comunicación, el comportamiento y la motricidad del niño.

En base al Test de Denver aplicado al paciente objeto de estudio y los resultados obtenidos, se analizan a continuación las siguientes categorías:

#### **2.3.1. Dice las primeras tres sílabas.**

El paciente de este análisis de caso no dice ni una sola palabra.

### **2.3.2. Dice sus primeras frases.**

El paciente no puede realizar esta actividad.

### **2.3.3. Señala parte corporal nombrada.**

El paciente aun no reconoce las partes de su cuerpo.

### **2.3.4. Firma garabateos.**

El paciente no realiza un agarre cilíndrico con suficiente fuerza para que logre trazar una línea con un crayón.

### **2.3.5. Arma torre de dos cubos.**

No es capaz de realizar esta actividad, falta coordinación.

### **2.3.6. Camina hacia atrás.**

No es capaz de controlar su marcha ya que pierde el equilibrio fácilmente.

### **2.3.7. Sube escaleras.**

No es capaz de realizar esta actividad solo, dependencia de otra persona.

### **2.3.8. Lanza la pelota y juega con ella.**

El paciente no realiza esta actividad.

### **2.3.9. Bebe de un vaso.**

El paciente no puede sostener un vaso sin embargo con ambas manos intenta sostener su biberón.

### **2.3.10. Imita tareas domésticas.**

Esta actividad no la realiza el paciente con retraso psicomotor.

### **2.3.11. Usa la cuchara.**

El paciente no puede sostener la chuchara solo, necesita ayuda para alimentarse.

### **2.3.12. Se quita prendas de vestir.**

El paciente con retraso psicomotor no realiza esta actividad.

### **2.3.13. Ayuda en tareas domésticas.**

El paciente aun no ayuda con esta actividad en su hogar.

### **3. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN**

#### **3.1. Denominación de la propuesta**

Plan de intervención de Terapia Ocupacional en un paciente con retraso psicomotor basado en las actividades terapéuticas mediante el juego para favorecer el desarrollo de las actividades motoras, sociales y de lenguaje.

#### **3.2. Objetivos de la propuesta**

##### **3.2.1. Objetivo general**

- Fomentar la autonomía en las ocupaciones de un paciente con retraso psicomotor mediante la intervención de la terapia ocupacional mejorando su desarrollo motor a través de la aplicación de actividades de coordinación, senso-percepción y manipulación de objetos.

##### **3.2.2. Objetivos específicos**

- Determinar las actividades adecuadas que permitan la autonomía del paciente para su desarrollo normal de acuerdo a los resultados obtenidos en el Test de Denver.
- Aplicar actividades de coordinación para el mejoramiento de la autonomía y calidad de vida del paciente con retraso psicomotor de acuerdo a las necesidades identificadas.
- Emplear actividades de fuerza para aumentar el tono muscular y así poder manipular objetos más pesados.
- Identificar el nivel de independencia del paciente con retraso psicomotor mediante el Test de Denver.

## 2.3. Fundamentación de la propuesta

La propuesta se desarrolló en el Hospital Rafael Rodríguez Zambrano ubicado en la ciudad de Manta, durante los meses de junio a septiembre del 2017. La estrategia que se utilizó para fundamentarla consistió en el diagnóstico del grado de desarrollo del paciente para medir su desarrollo a través del Test de Denver, para luego intervenir con actividades basadas en la coordinación, manipulación y deambulación para llegar al objetivo general planteado.

Esta propuesta es de tipo de intervención comunitaria participativa, debido a que las actividades a realizarse fueron asumidas directamente por la autora de este trabajo.

El desarrollo de la propuesta está enfocada a resolver en gran medida las necesidades identificadas en el diagnóstico de campo, relacionadas con el desarrollo motor y en las que se encontró un nivel de dependencia total o parcial.

## 2.4. Planteamiento de la propuesta

### 2.4.1. Actividades y tareas

Tabla I. Actividades vinculadas y tareas a desarrollar

Objetivos	Actividad vinculada	Tareas a desarrollar
Determinar las actividades adecuadas que permitan la autonomía del paciente para su desarrollo normal de acuerdo a los resultados obtenidos en el Test de Denver.	<ul style="list-style-type: none"><li>a) Adaptar un espacio dentro del hogar para que el paciente pueda deambular sin peligro alguno.</li><li>b) Permitir que el paciente explore todos y cada uno de los objetos que se encuentran en su entorno.</li><li>c) Aplicar diferentes tipos de agarre para poder manipular los utensilios de alimentación. (Anexo 5, figura 2)</li></ul>	Recomendar a la madre del paciente a que le permita explorar libremente los juguetes y diferentes áreas del hogar, tomando en cuenta las debidas precauciones de cuidado.

Mejorar la marcha para la deambulaci3n.	<p><b>a)</b> Mantener al paciente dentro de una tina sensorial para que pueda mantener el equilibrio. (Anexo 5, Figura 3)</p>	Aconsejar a la madre del paciente que le ayude al principio hasta que 3l logre tener una marcha coordinada y un buen equilibrio.
Emplear actividades de fuerza para aumentar el tono muscular y as3 poder manipular objetos m3s pesados.	<p><b>a)</b> Incrementar la fuerza en miembros superiores colocando alrededor del paciente objeto con un peso tolerable. (Anexo 5, Figura 4)</p> <p><b>b)</b> Mejorar la coordinaci3n a trav3s de ensartar objetos pesados dentro de alg3n frasco.</p>	Adquirir adem3s mediante estas actividades la coordinaci3n espacio tiempo.
Actividades de coordinaci3n para el mejoramiento de la autonom3a y calidad de vida del paciente con retraso psicomotor de acuerdo a las necesidades identificadas.	<p><b>a)</b> Trabajar en actividades que permitan la coordinaci3n viso-motora. (Anexo 5, figura 4, 5, 6)</p> <p><b>b)</b> Adaptar alfombras antideslizantes, para que el paciente se pueda mantener estable.</p>	Orientar a la madre del paciente que le ayude en la estabilizaci3n para fomentar la bipedestaci3n, para que pueda mantener un equilibrio correcto para que pueda realizar a futuro una marcha normal.

---

**Fuente: An3lisis de Caso del paciente con Retraso Psicomotor.**

**Elaborado por: Autora del An3lisis de Caso.**

## 2.4.2. Evaluación de resultados e impactos

Tabla II. Valoración del paciente mediante el Índice de Barthel.

<b>TEST DE DENVER</b>	<b>GRADO</b>	
	<b>PRE-VALORACIÓN</b>	<b>POST-VALORACIÓN</b>
<b>Dice las primeras palabras.</b>	Falta desarrollarla	Ya dice más de tres palabras
<b>Dice la primeras frases</b>	Falta desarrollarla	Dice frases como mama dame pan
<b>Señala parte corporal nombrada</b>	No realiza la tarea	Señala las partes de su cuerpo aunque no todas completamente.
<b>Firma garabatos</b>	No realiza la tarea	Realiza sus primeros garabatos pero le falta más coordinación.
<b>Arma torre de dos cubos</b>	No realiza la tarea	El paciente arma torres de más de dos cubos.
<b>Camina hacia atrás</b>	No realiza la tarea	Ya camina retrocediendo pero aún le falta equilibrio.
<b>Lanza la pelota y juega con ella</b>	Falta desarrollarla	Si lanza la pelota y juega pero con dificultad
<b>Bebe de un vaso</b>	No realiza la tarea	Si bebe solo

<b>Imita tareas domesticas</b>	No realiza la tarea	Intenta imitar tareas pero más se enfoca en guardar cosas
<b>Usa la cuchara</b>	No realiza la tarea	Si utiliza la cuchara porque ya come solo
<b>Se quita prendas de vestir</b>	No realiza la tarea	Si se quita prendas de vestir
<b>Ayuda en las tareas domésticas simples</b>	No realiza la tarea	Solamente ayuda a guardar objetos que estén en el piso

**Fuente: Análisis de Caso del paciente con Retraso Psicomotor.**

**Elaborado por: Autora del Análisis de Caso**

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Cabrerizo R. Estudio y evaluación del seguimiento y atención temprana de niños valorados por retraso psicomotor [tesis doc-toral]. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 2016.

Ecuador. Ministerio de Inclusión Económica y Social (2017). *Servicios MIES para personas con discapacidad*. Recuperado de <http://www.inclusion.gob.ec/servicios-mies-para-personas-con-discapacidad/#search>

Ecuador. Ministerio de Inclusión Económica y Social. Subsecretaría de Discapacidades (2017). *Modelo de gestión para la atención inclusiva de personas con discapacidad*. Recuperado de <http://www.inclusion.gob.ec/wpcontent/uploads/downloads/2013/11/Modelo-de-Atenci%C3%B3n-Inclusiva-para-personas-con-discapacidad.pdf>

Ecuador. Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (2017). *Objetivo 2. Auspiciar la igualdad, la cohesión, la inclusión y la equidad social y territorial, en la diversidad*. Recuperado de <http://www.buenvivir.gob.ec/objetivo-2.-auspiciar-la-igualdad-la-cohesion-la-inclusion-y-la-equidad-social-y-territorial-en-la-diversidad>

Ecuador. Tribunal Constitucional de la República del Ecuador (25 de septiembre, 2017). *Ley Orgánica de Discapacidades*. Recuperado de [http://www.consejodiscapacidades.gob.ec/wpcontent/uploads/downloads/2014/02/ley\\_organica\\_discapacidades.pdf](http://www.consejodiscapacidades.gob.ec/wpcontent/uploads/downloads/2014/02/ley_organica_discapacidades.pdf)

Gross E. Equinoterapia: la rehabilitación por medio del caballo. México DF: Trillas; 2017.

Hagen, E. M. (2015). Acute complications of spinal cord injuries. *World Journal of Orthopedics*, 6(1), 17-23. doi: <http://dx.doi.org/10.5312/wjo.v6.i1.17>

- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. d. (2016). Metodología de la investigación. En *Los enfoques cuantitativo y cualitativo de la investigación científica* (Sexta ed., pp. 2-21). México D. F.: McGraw-Hill Interamericana Editores. Recuperado de <http://gateofbooks.com/metodologia-de-la-investigacion-sampieri-6ta-edicion-pdf/>
- Iceta A, Yoldi ME. Desarrollo psicomotor del niño y su valoración en atención primaria. *An Sis San Navarra*. 2016;25:35—43.
- Ionatamishvili NI, Tsverava DM, Loria MS, Avaliani LA. Advantages of ride therapy in different forms of infantile cerebral palsy. *Zh Nevrol Psikhiatr Im S Korsakova*. 2015;103:25—7.
- Lessick M, Shinaver R, Post K, Riveras J, Lemon B. Therapeutic Horseback Riding. *Nurs Womens Health*. 2016;8:46—53.
- Silva-Borges MB, Werneck MJ, da-Silva ML, Gandolfi L, Pratesi R. Therapeutic effects of a horse riding simulator in children with cerebral palsy. *Arq Neuro-Psiquiatr (S Paulo)*. 2016;69:799—804.
- Tauffkirchen E. Hippotherapy: A supplementary treatment for motion disturbance caused by cerebral palsy. *Pediatr Padol*. 2015;13:405—11.
- Whalen CN, Case-Smith J. Therapeutic effects of horseback riding therapy on gross motor function in children with cerebral palsy: A systematic review. *Phys Occup Ther Pediatr*. 2016;32:229—42.

# ANEXOS

# Anexo # 1. Test de Denver

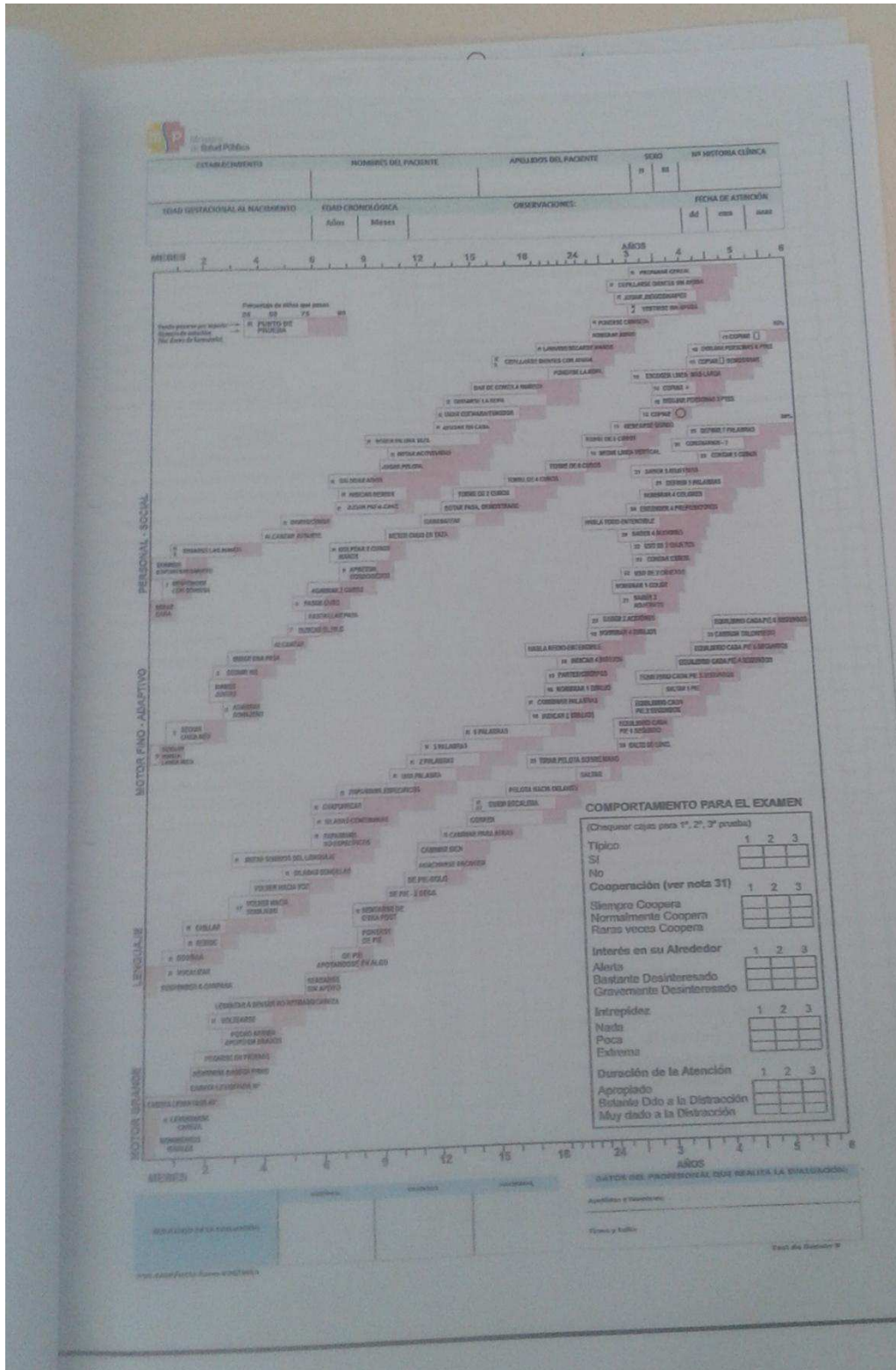


Figura 2. Test de Denver realizada al paciente de retraso psicomotor por la pediatra del Programa Nar del Hospital Rafael Rodríguez Zambrano.

## Anexo # 2. Documentos Personales.



Figura 1. Cédula de identidad del paciente con retraso psicomotor.



Figura 2. Cédula de identidad del paciente con retraso psicomotor.

**Anexo # 3. Certificado de Craneosinostosis.**

Ministerio de Salud Pública  
Hospital del Niño "Dr. Francisco de Icaza Bustamante"

Guayaquil, 9 de Dic de 2016 N° 0008639

CERTIFICADO MEDICO  CONSTANCIA

EMERGENCIA  CONSULTA EXTERNA  HOSPITALIZACIÓN

A PETICIÓN DE \_\_\_\_\_ SE HACE CONSTAR  
QUE EL MENOR Jean piere Perez Siles CON H.C.U. 1352206732  
ES ATENDIDO (A), EN ESTE HOSPITAL EN EL SERVICIO DE Neurocirugía  
DIAGNOSTICO: Craneosinostosis

OBSERVACIONES: Ingreso 28-Dic-16 Egreso 9-Dic-16

ATENTAMENTE  
Reg. S. 0008639  
FCO. DE YCAZA  
HOSPITAL DEL NIÑO  
MEDICINA  
Dr. [Firma]  
FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

Figura 1. Informe en el que se diagnostica la craneosinostosis

ESTABLECIMIENTO CONSULTADO: FISIATRÍA NOMBRE: Juan María Pérez Silva APELLIDO: SILVA SEXO (M/F): M EDAD: 10 años N° HISTORIA CLÍNICA: 301696

**6 CUADRO CLÍNICO DE INTERCONSULTA**  
 Niño de 1 año en periodo con antecedente pre-  
 peri y postnatal positivo nacido producto de  
 un parto eutócico pretérmino de 35 semanas  
 hasta al nacer. Pesar 1,5 kg. Distres respiratorio  
 peso 2400gr, que a los 7 meses le fue  
 diagnosticado una craneosinostosis que fue  
 operado a los 14 meses con craneotomía post-  
 quirúrgica favorable. Hay con rotación del  
 desarrollo psicomotor del (solicitó terapia física).

*Recom. Kinesoterapia sobre*

**7 RESUMEN DEL CRITERIO CLÍNICO**  
 - Motricidad (destruida) por no sostenta solo.  
 - Agona gruesa → no línea media.  
 - Cefaleo de nacimiento: 10 meses.

**8 DIAGNOSTICO**

	PRE-PRESUNTIVO DEF-DEFINITIVO	CIE	PRE DEF	CIE	PRE DEF
1	Retardo desarrollo				4
2					5
3					6

**9 PLAN DE DIAGNOSTICO PROPUESTO**  
 Edad cronológica: 15 mes  
 Edad mental: 7 mes.

**10 PLAN DE TRATAMIENTO PROPUESTO**

① Kinesioterapia  
 - ejercicios fortalecedores totales. (cuello-tronco y  
 miembros inferiores)  
 - (ejercicios) facilitadores para locomoción - Roldo  
 Gateo.  
 - Descargas laterales de peso en pelota boba etc.  
 - Desarrollar reflejos de protección.  
 - Estimular lenguaje receptivo.  
 - Estimulación viso-auricular y auditiva.

② T-Ocupa: Actividades de conducción

Dr. Raúl Romero, Romero  
 MEDICO - FISIATRA  
 Reg. 00128-14-13873

FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_ NOMBRE DEL PROFESIONAL: \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_ NUMERO DE HOJA: \_\_\_\_\_

SNS-MSP / HCU-form.007 / 2008 INTERCONSULTA - INFORME

Figura 2. Informe del médico fisiatra que diagnostica el retraso psicomotor.

INSTITUCION DEL SISTEMA		UNIDAD OPERATIVA		COD. UO		COD. LOCALIZACION			NUMERO DE ARCHIVO	
MSP Ministerio de Salud Pública		HOSPITAL RODRIGUEZ ZAMBRANO		2-16		PARROQUIA 02	CANTON 08	PROVINCIA 13	301696	
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		EDAD	SEXO (M-F)	OP-HCU
Perez		Silva		RN		RN		6 años	M	

**1 RESUMEN DEL CUADRO CLINICO**

Se recibe y se valora a RN de 35 ss por capullo que nace por parto distócico por asistencia clínica; presencia de costra codo, nace con choro, se realiza ASCE y PA-35 con FE < 100 latidos por minuto se administra O<sub>2</sub> a presión positiva con ambas mejillas la FE 700bpm; llanto irregular y pausas de a pulmón Apnea 1/10 a los pocos minutos de vida realiza dificultad respiratoria con RR = 60x'. Downes 4/10 se coloca en incubadora de transporte con O<sub>2</sub>ig; al examen físico: fontanelas normales, deleo normal; tórax: simétrico con presencia de retracciones subcostales marcadas; mermillo ventral disminuido, cefalotes hundido bilateral RCP: sin soplos, ruidos.

**2 RESUMEN DE EVOLUCIÓN Y COMPLICACIONES**

02/días: Resueto con oxígeno por RCP a 4 litros x'; sonda orogástrica, por presencia de dificultad respiratoria

03/días: RN eunóico, sin signos de dificultad respiratoria por lo que se suspende oxígeno

04/días: BPC: 17 ug/dl; ingresado en folla de butaaca en zona de emergencia se aplica fisioterapia con poleas de ocelos + genital

05/días: Se retira sonda orogástrica, ausencia de mermación por succión

06/días: Se suspende fisioterapia BPC: 12.4 ug/dl.

**3 HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS**

Biométrico hemático 02/días

Hematos: 5.60	TGO: 39.60 U/L
Hemoglobina: 19.2	TGP: 13.00 U/L
Hematocrito: 53.4	
Plaquetas: 249	
Globulinas blancas: 8.90	
Neutrófilos: 28	
Linfocitos: 57.3	
Monocitos: 11.5	
Eosinófilos: 6.9	
Basófilos: 1.3	
CS: A positivo	
Glucosa: 54 ug/dl.	
VDRL: NO reactivo	

Figura 3. Epicrisis del Hospital Rafael Rodríguez Zambrano página 1.

ESTABLECIMIENTO: 1127 APELLIDO: A

#### 4 RESUMEN DE TRATAMIENTO Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS

→ Tratamiento: Nutrición para mantener temperatura

- Asesinato neonatal
- Oxígeno por RCP a 4 litros
- Sonda orogástrica
- PPT Neotón 10% en HD
- Amoxicilina 125 mg/ml
- Gentamicina 40 mg/ml
- Examen de laboratorio
- Hemocultivo
- Fisioterapia con profesión ocular y genital
- Vacunación Neonatal

07/10/15 Alto Perleto

#### 5 DIAGNÓSTICOS INGRESO

	PRE-PRESUNTIVO DEF-DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF
1	Asfixia Moderada	P211		X
2	Prematuro 35 SG	P073		X
3	Dificultad Resp. Aguda	P220		X
4	Afectado 100 mg/dl	P001		X
5				
6				

#### 6 DIAGNÓSTICOS EGRESO

	PRE-PRESUNTIVO DEF-DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF
1	Asfixia Moderada	P211		X
2	Prematuro 35 SG	P073		X
3	Dificultad Resp. Aguda	P220		X
4	Afectado 100 mg/dl	P001		X
5				
6				

#### 7 CONDICIONES DE EGRESO Y PRONOSTICO

Alta egreso en condiciones clínicas estables, sin espasmos por más de 2 días, hematócrito mayor a 30%, regular temperatura, cordón succiona con diligencia, ruidos, activo-reactivo.

#### 8 MÉDICOS TRATANTES

NOMBRES	ESPECIALIDAD	CÓDIGO	PERIODO DE RESPONSABILIDAD
1. Dra. Corralis			
2. Dr. Briones	Pediatría Neonatología		1 Día
3. Dr. Rentería	Pediatría		3 Días
4.	Neonatólogo		1 Día

#### 9 EGRESO

ALTA DEFINITIVA	<input checked="" type="checkbox"/>	ASINTOMÁTICO	DISCAPACIDAD MODERADA	RETIRO AUTORIZADO	DEFUNCIÓN MENOS DE 48 HORAS	DÍAS DE ESTADA
ALTA TRANSITORIA	<input type="checkbox"/>	DISCAPACIDAD LEVE	DISCAPACIDAD GRAVE	RETIRO NO AUTORIZADO	DEFUNCIÓN MAS DE 48 HORAS	DÍAS DE INCAPACIDAD


FECHA: 07/10/15 HORA: CODIGO: SNS-MSP / HCU-form.006 / 2008

NOMBRE DEL PROFESIONAL: Dr. Victor Briones CODIGO: 119 FIRMA: [Firma] NUMERO DE HOJA: EPICRISIS (2)

Dr. Victor Briones  
MÉDICO PEDIATRA  
Libro VI Folio 158 N°. 471  
R.M. 436

Figura 4. Epicrisis del Hospital Rafael Rodríguez Zambrano página 2.

Dr F YANZ  
30 JUNIO 16 10AM.

INSTITUCION DEL SISTEMA		UNIDAD OPERATIVA		COD. UO	COD. LOCALIZACION			NUMERO DE ARCHIVO	
 Ministerio de Salud Pública		HOSPITAL RODRIGUEZ ZAMBRANO		1416	PARROQUIA 02	CANTON 08	PROVINCIA 13	301696	
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	EDAD	SEXO (M-F)	N° HOJA	CÉDULA DE CIUDADANIA HCU		
Perez	Silva	José	Piñero	8	M		1352206732		

**1 CARACTERISTICAS DE LA SOLICITUD Y MOTIVO**

ESTABLECIMIENTO DE DESTINO	SERVICIO CONSULTADO	SERVICIO QUE SOLICITA	SALA	CAMA
NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> URGENTE <input type="checkbox"/>	Neurología	Endo Ped		
MEDICO INTERCONSULTADO	DESCRIPCION DEL MOTIVO			
	Crenosinosis			

**2 CUADRO CLINICO ACTUAL**

Paciente con antecedentes de Leuqmatizomielia  
Fenotipo Peculiar con Obesidad y posible  
Crenosinosis por su desart.

**3 RESULTADOS DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS**

Requiere Realización TAC con Reconstrucción  
De 3D

**4 DIAGNOSTICO**

	PRE-PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE DEF	CIE	PRE DEF
1	(Crenosinosis)	Q75.0X			
2					
3					

**5 PLANES TERAPEUTICOS Y EDUCACIONALES REALIZADOS**

Dr Juan Parraga Sanclemente  
ENDOCRINOLOGO PEDIATRA  
L 1 "F" F. 3177 No 9259

FECHA	HORA	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CODIGO	FIRMA	NUMERO DE HOJA
14/06/16	14 HSO	Dr Juan Parraga	E1130		

INTERCONSULTA - SOLICITUD

Figura 5. Interconsulta-solicitud del Hospital Rafael Rodríguez Zambrano.



INSTITUCION DEL SISTEMA		UNIDAD OPERATIVA	COD. UO	COD. LOCALIZACION			NUMERO DE ARCHIVO
MSP Ministerio de Salud Publica		HOSPITAL RODRIGUEZ ZAMBRANO		MUNICIPIO	CANTON	ESPECIALIDAD	301696
APellidos	Apellido Materno	Primer Nombre	Segundo Nombre	Edad	Sexo	CEDULA DE CIUDADANIA HCU	
Perez	Silva	Jean	Piñe			135 220A32	

1 EVOLUCION		2 PRESCRIPCIONES
Fecha (dd/mm/aa)	HORA	NOTAS DE EVOLUCION
02/06/17		<p>Pat con Dx            hipogonadismo            de origen            gonaadotropica            secundaria            requiere colocacion            de test modificado            se realizo en urg. el            1ro. diciembre del            2016</p> <p>Trazo JAC Dr.            y Postquirurgico</p> <p>Dr. Juan C. Porras Sanclemente            ENDOCRINOLOGO PEDIATRA            Libro: 001 Folio: 010 No. 04</p>
14/06/17		<p>emad: 1a su.            Dx: Inyección ampolla            Senos disueltos en ambos            1 extrudido loco.            2 uros. de calzon</p> <p>Dr. Shirley Espinal R            ESPECIALISTA EN PEDIATRIA            R. 14-18638            C.I. 1308987070</p>
		<p>①. Hipuracina 3 uros            1/1 de</p> <p>②. Diclórico 200 mg 1 uro            5ml 90h por uro            oral x 10 dias</p> <p>Dr. Eyz            ESPECIALISTA EN PEDIATRIA            Reg. 71740-14            C.I. 1308987070</p>

**EVOLUCION Y PRESCRIPCIONES**

SNS-MSP / HCU-form.005 / 2008

Figura 7. Evoluciones y prescripciones del Hospital Rafael Rodríguez Zambrano página 2





**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE TERAPIA OCUPACIONAL**

**AUTORIZACIÓN**

**Yo, ERWIN DAVID SUAREZ ZAMBRANO**

Autorizo a la Srta. **KARLA MAYERLY SÁNCHEZ BAILÓN**, estudiante de la carrera de Terapia Ocupacional de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, la utilización de mis datos e imágenes de tratamiento como defensa y requerimiento del estudio de caso clínico para la obtención del Título Profesional, sin ningún tipo de cargo legal.

David Suarez

Sr. Erwin David Suarez Zambrano

CI: 131210648-5

Figura 9. Hoja de consentimiento de la madre del paciente para realizar el estudio de caso.

Anexo # 4.

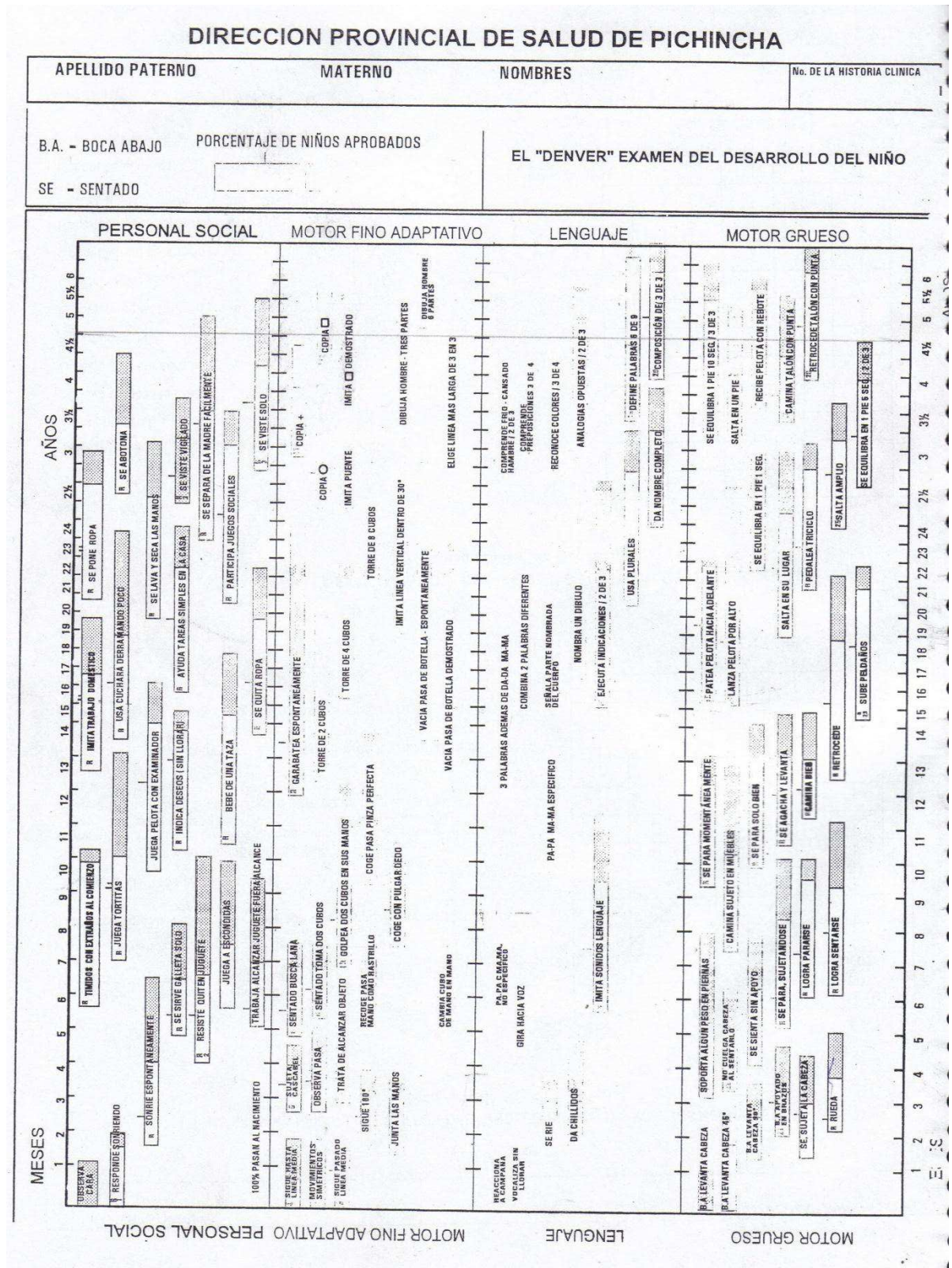


Figura 1. Test de Denver completo

**Descripción:**

El Test de Denver, es un Test evolutivo, es decir que todas las conductas a evaluar están de acuerdo a la edad cronológica del niño, cumple una función preventiva remedial, o sea, evalúa para prevenir futuros riesgos en el desarrollo psicomotor. Considera cuatro áreas (lenguaje, social, motriz fina y gruesa)

Tabla III.Figura 2 Test de Denver (aplicado a los 15 meses de edad)

Área	Actividades	Puntaje	Grado	Área	Actividades	Puntaje	Grado
LENGUAJE	Primeras 3 silabas (3 palabras además de papá y mamá).	P	Realizo la tarea	SOCIAL	Usa la cuchara	P	Realizo la tarea
		F	No realizo la tarea			F	No realizo la tarea
		NO	Falta desarrollarla			NO	Falta desarrollarla
		R	No colaboro			R	No colaboro
	Primeras frases.	P	Realizo la tarea		Se quita prendas de vestir	P	Realizo la tarea
		F	No realizo la tarea			F	No realizo la tarea
		NO	Falta desarrollarla			NO	Falta desarrollarla
		R	No colaboro			R	No colaboro
	Señala parte corporal nombrada	P	Realizo la tarea		Ayuda en las tareas domésticas simples	P	Realizo la tarea
		F	No realizo la tarea			F	No realizo la tarea
		NO	Falta desarrollarla			NO	Falta desarrollarla
		R	No colaboro			R	No colaboro
MOTRIZ FINO	Firma garabatos	P	Realizo la tarea	Bebe de un vaso de agua	P	Realizo la tarea	
		F	No realizo la tarea		F	No realizo la tarea	
		NO	Falta desarrollarla		NO	Falta desarrollarla	
		R	No colaboro		R	No colaboro	

MOTOR GROSERO	Lanza la pelota	P	Realizo la tarea	MOTRIZ FINO	Construye torre de dos cubos.	P	Realizo la tarea	
		F	No realizo la tarea			F	No realizo la tarea	
		NO	Falta desarrollarla			NO	Falta desarrollarla	
		R	No colaboro			R	No colaboro	
	Camina hacia atrás.	P	Realizo la tarea	SOCIAL	Juega a la pelota	P	Realizo la tarea	
		F	No realizo la tarea			F	No realizo la tarea	
		NO	Falta desarrollarla			NO	Falta desarrollarla	
		R	No colaboro			R	No colaboro	
	Sube escaleras	P	Realizo la tarea	SOCIAL	Imita tareas domesticas	P	Realizo la tarea	
		F	No realizo la tarea			F	No realizo la tarea	
		NO	Falta desarrollarla			NO	Falta desarrollarla	
		R	No colaboro			R	No colaboro	
	<b>OBSERVACIÓN:</b> El paciente se encuentra en una dependencia severa de acuerdo al resultado de la valoración.							

- Estratificación:**

PUNTUACION	DEPENDENCIA
P (paso)	Realizo la tarea
F (fallo)	No realiza la tarea
NO ( nueva oportunidad)	El niño no realiza la tarea, pero aún tiene tiempo para desarrollarla.
R (rehusó)	No colaboro con la tarea

**Anexo # 5.**

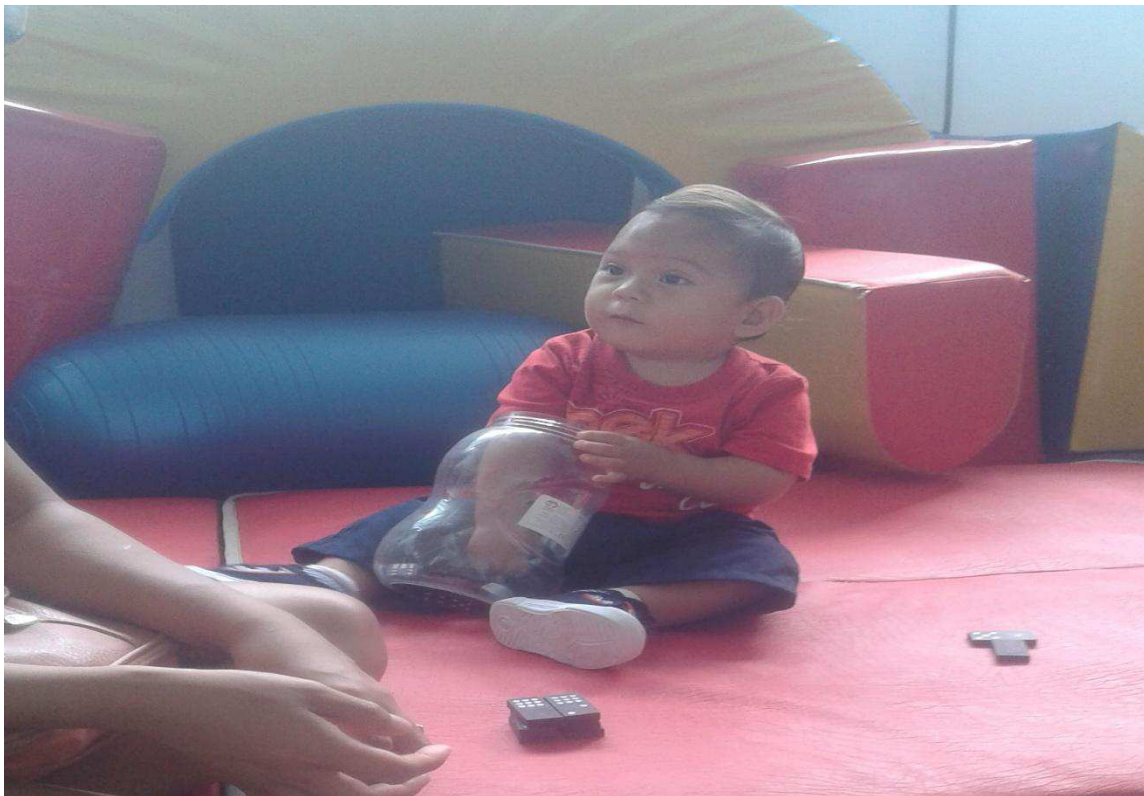


Figura 1. Ejercicio de ensartar fichas dentro de un envase para fomentar la pinza.

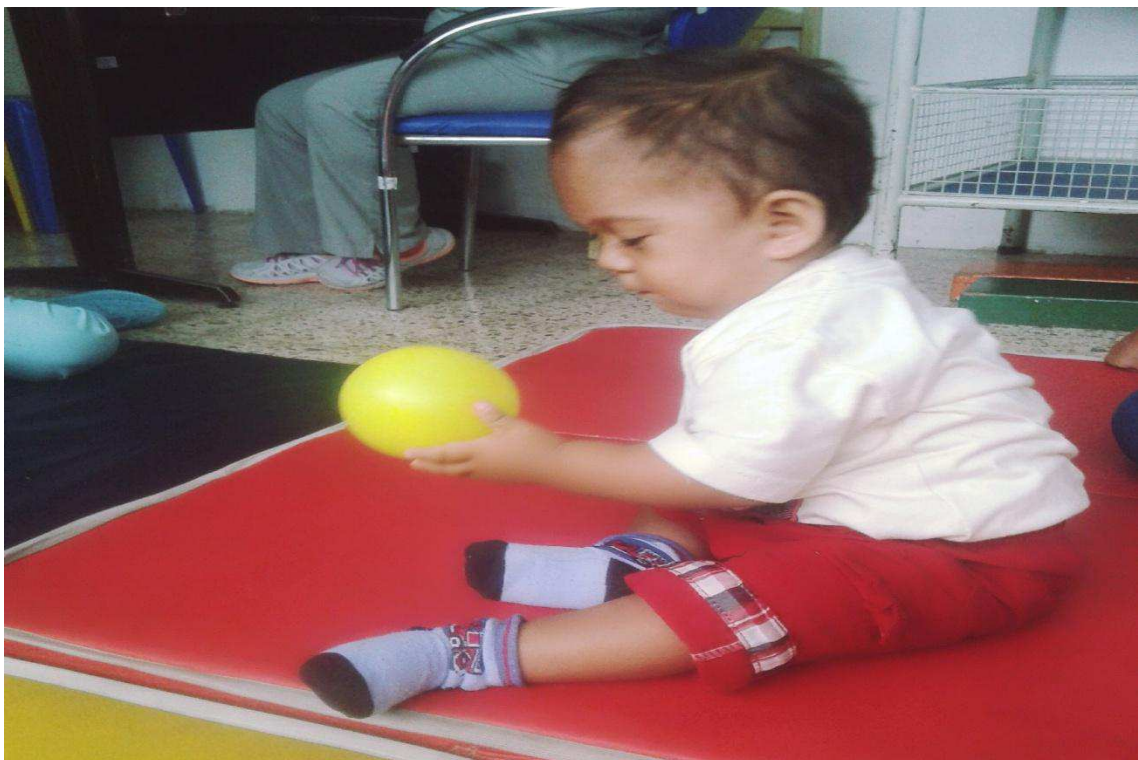


Figura 2. Actividad de agarre esférico.



Figura 3. Actividad para mejorar la cdestacion, equilibrio y descarga de peso.



Figura 4. Ejercicio de coordinacion viso-manual, disociacion bimanual, orientacion espacial para mejorar el tono musclar en los segmentos de los miembros superiores.



Figura 5. Paciente con retraso psicomotor en posición bipeda.



Figura 6. Actividad de encaje y coordinación.