

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS



GUATEMALA., OCTUBRE DE 2010

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

**"TERAPIA OCUPACIONAL EN ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL
ÁREA DE SENSO PERCEPCIÓN PARA PACIENTES CON PARÁLISIS
CEREBRAL (0-3 AÑOS)"**

INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN
PRESENTADO AL HONORABLE CONSEJO DIRECTIVO
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

POR

KRISLA ESTEFFANY SOSA AGUILAR
GRACE ADELA GARCÍA GÓMEZ

PREVIO A OPTAR POR EL TÍTULO DE

TERAPISTAS OCUPACIONALES Y RECREATIVAS

EN EL GRADO ACADÉMICO DE

TÉCNICAS UNIVERSITARIAS

GUATEMALA, OCTUBRE DE 2010

MIEMBROS CONSEJO DIRECTIVO

Doctor César Augusto Lambour Lizama
DIRECTOR INTERINO

Licenciado Héctor Hugo Lima Conde
SECRETARIO INTERINO

Jairo Josué Vallecios Palma
REPRESENTANTE ESTUDIANTIL
ANTE CONSEJO DIRECTIVO

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

**"TERAPIA OCUPACIONAL EN ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL
ÁREA DE SENSOPERCEPCIÓN PARA PACIENTES CON PARÁLISIS
CEREBRAL (0-3 AÑOS)"**

INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN
PRESENTADO AL HONORABLE CONSEJO DIRECTIVO
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

POR

KRISLA ESTEFFANY SOSA AGUILAR
GRACE ADELA GARCÍA GÓMEZ

PREVIO A OPTAR POR EL TÍTULO DE

TERAPISTAS OCUPACIONALES Y RECREATIVAS

EN EL GRADO ACADÉMICO DE

TÉCNICAS UNIVERSITARIAS

GUATEMALA, OCTUBRE DE 2010

MIEMBROS CONSEJO DIRECTIVO

Doctor César Augusto Lambour Lizama
DIRECTOR INTERINO

Licenciado Héctor Hugo Lima Conde
SECRETARIO INTERINO

Jairo Josué Vallecios Palma
REPRESENTANTE ESTUDIANTIL
ANTE CONSEJO DIRECTIVO



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 y 14
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

CC. Control Académico
CIEPs.
Archivo
Reg. 596-2010
DIR. 389-2010

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

15 de octubre de 2010

Estudiantes

Krisla Esteffany Sosa Aguilar
Grace Adela García Gómez
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiantes:

Transcribo a ustedes el ACUERDO DE DIRECCIÓN NOVENTA Y NUEVE GUIÓN DOS MIL DIEZ (99-2010), que literalmente dice:

"NOVENTA Y NUEVE: Se conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación, titulado: **"TERAPIA OCUPACIONAL EN ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL ÁREA DE SENSORPERCEPCIÓN PARA PACIENTES CON PARÁLISIS CEREBRAL (0-3 AÑOS)"**, de la carrera de Terapia Ocupacional y Recreativa, realizado por:

KRISLA ESTEFFANY SOSA AGUILAR
GRACE ADELA GARCÍA GÓMEZ

CARNÉ No. 199912454
CARNÉ No. 200517534

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por la Licenciada Bertha Melanie Girard Luna y revisado por la Licenciada Ninfa Cruz. Con base en lo anterior, se **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los Trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación de Tesis, con fines de graduación profesional."

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"



Doctor César Augusto Landrau Lizama
DIRECTOR INTERINO

Velveth S.



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO - CUM-
9^a Avenida 9-45, zona 11 Edificio A
Tel 24187530 Telefax 24187543
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

CIEP 596-10
REG 030-08
REG 140-09

INFORME FINAL

Guatemala, 06 de Octubre 2010

SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO

Me dirijo a ustedes para informarles que la Licenciada Ninfa Cruz ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN** titulado:

“TERAPIA OCUPACIONAL EN ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL ÁREA DE SENSOPERCEPCIÓN PARA PACIENTES CON PARÁLISIS CEREBRAL (0-3 AÑOS).”

ESTUDIANTE:
Krisla Esteffany Sosa Aguilar
Grace Adela García Gómez

CARNÉ No:
1999-12454
2005-17534

CARRERA: Terapia Ocupacional y Recreativa

El cual fue aprobado por la Coordinación de este Centro el día 05 de Octubre 2010, y se recibieron documentos originales completos 06 de octubre 2010, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes para obtener **ORDEN DE IMPRESIÓN**.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

Licenciada Mayra Friné Luna de Alvarez
COORDINADORA

Centro de Investigaciones en Psicología-CIEPs. “Mayra Gutiérrez”

c.c archivo
Arelis





ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO - CUM-
9ª Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"
Tel. 24187530 Telefax 24187543
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

CIEPs **597-10**
REG: **030-08**
REG. **140-09**

Guatemala, 06 de Octubre 2010

Licenciada Mayra Friné Luna de Álvarez, Coordinadora.
Centro de Investigaciones en Psicología
-CIEPs.- "Mayra Gutiérrez"
Escuela de Ciencias Psicológicas

Licenciada Luna:

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he procedido a la revisión del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN**, titulado:

**"TERAPIA OCUPACIONAL EN ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL
ÁREA DE SENSO PERCEPCIÓN PARA PACIENTES CON PARÁLISIS
CEREBRAL (0-3 AÑOS)."**

ESTUDIANTE:

Krisla Esteffany Sosa Aguilar
Grace Adela García Gómez

CARNE

1999-12454
2005-17534

CARRERA: Terapia Ocupacional y recreativa

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE** el día 12 de Julio 2010 por lo que solicito continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAR A TODOS"

Licenciada Ninfa Cruz
DOCENTE REVISOR



/Arelis.
c.c. Archivo



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 y 14
e-mail: usacpsc@usac.edu.gt

Guatemala,
Febrero 15 del 2010.

Licenciada Mayra Luna de Álvarez
Coordinadora
Departamento de Investigaciones
Psicológicas "Mayra Gutiérrez"
- CIE Ps.-
Escuela de Ciencias Psicológicas
Presente

Licenciada de Álvarez:

Por este medio informo a usted que **ASESORÉ y APROBÉ** el Informe Final de Investigación Titulado: **"TERAPIA OCUPACIONAL EN ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL ÁREA DE SENSOPERCEPCIÓN PARA PACIENTES CON PARÁLISIS CEREBRAL (0-3 AÑOS)"** elaborado por las Estudiantes:

Krisla Esteffany Sosa Aguilar
Grace Adela García Gómez

Carné: 1999-12454
Carné: 2005-17534

Previo a obtener el Título de **TERAPISTA OCUPACIONAL Y RECREATIVA.**

Según mi criterio, este trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones Psicológicas -CIEPs.- por lo cual solicito continuar con los trámites respectivos para su aprobación.

Sin otro particular, me suscribo atentamente.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Licenciada **Bertha Melanie Girard Luna**
ASESORA





ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 485-1910 FAX: 485-1913 y 14
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

CIEPs. 018-10

REG.: 140-09

APROBACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Guatemala, 09 de Febrero 2010.

ESTUDIANTE:
Krisla Esteffany Sosa Aguilar
Grace Adela García Gómez

CARNÉ No.
1999-12454
2005-17534.

Informamos a usted que el **PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**, de la Carrera Terapia Ocupacional y Recreativa titulado:


“TERAPIA OCUPACIONAL EN ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL ÁREA DE SENSOPERCEPCIÓN PARA PACIENTES CON PARÁLISIS CEREBRAL (0-3 AÑOS).”

ASESORADO POR: Licenciada Bertha Melanie Girard Luna

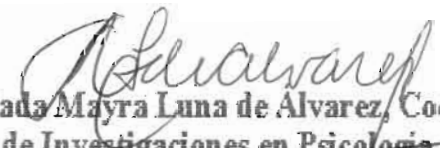
Por considerar que cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología -CIEPs-, ha sido **APROBADO** por la Coordinación de Investigación el día 22 de Septiembre 2009 y se solicita iniciar la fase de Informe Final de Investigación.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑADA A TODOS”


Licenciado Carlos Orantes
DOCENTE REVISOR



Vo.Bo. 
Licenciada Mayra Luna de Alvarez, Coordinadora
Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs. “Mayra Gutiérrez”

/Arelis
CC. Archivo





Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Hospital Infantil de Infectología y Rehabilitación
9a. Avenida 7-01, Zona 11. Teléfonos: 2472-3532 - 2472-2270
infectologiayrehabilitacion231@hotmail.es

Guatemala 21 de Diciembre del 2009

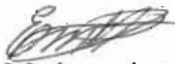
Licenciada Mayra Luna de Álvarez
Coordinadora
Departamento de Investigaciones Psicológicas
"Mayra Gutiérrez"

Licenciada de Álvarez:

Por este medio informo que las estudiantes: Krisla Esteffany Sosa Aguilar con carné 199912454 y Grace Adela García Gómez con carné 200517534, realizaron el trabajo de campo, del proyecto de investigación de la Carrera Técnica de Terapia Ocupacional y Recreativa, titulado: "TERAPIA OCUPACIONAL EN ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL ÁREA DE SENSO PERCEPCIÓN PARA PACIENTES CON PARÁLISIS CEREBRAL (0-3 AÑOS)", durante la fecha del 26 de Octubre al 18 de Diciembre del presente año.

Atentamente,




T.O. Maritza Agosto de Ubéda
Sup. ai Sección de Terapia Ocupacional
Departamento De Medicina Física
Rehabilitación
HIIR



MADRINAS DE GRADUACIÓN

Por Krisla Esteffany Sosa Aguilar

Licda. Bertha Melanie Girard Luna
Licenciada en Psicología
Colegiado Activo No. 673

Por Grace Adela García Gómez

Licda. Mirna Angélica Gómez Navarro
Auditora y Contadora Pública
Colegiado Activo No. 930

ACTO QUE DEDICO

A Dios: Gracias por regalarme la vida y rodearme del amor y la ayuda necesaria para recorrerla, y mas cuando habían obstáculos que parecían enormes y sentía que no podía mas, siempre estas a mi lado.

A mis padres: Gracias por invertir su tiempo y dedicación, por guiarme y alentarme a ser siempre más. Por no poner limites en mi vida y apoyar mis decisiones pasadas, presentes y futuras. Muchas gracias.

A mis hermanos: Por ser mis grandes compañeros, por compartir sus vidas conmigo, por olvidar las diferencias a la vuelta de la esquina y cada día volver a comenzar.

A mi familia: Por estar siempre atenta, por escuchar y dar aliento. Gracias a todos.

A mis compañeras (os) y amigas: Que gracias a Dios han sido muchas amistades que me han acompañado en todo este proceso, en especial a Bea y Cristy por compartir todos los años de la carrera técnica, ser cómplices y soporte en todo momento. Gracias por su amistad incondicional.

Krisla Esteffany Sosa Aguilar

ACTO QUE DEDICO

A Dios: A Dios por darme vida, salud y fuerza en todo momento.

A mis padres: Por ser maravillosos, porque cuando todo parece imposible o inalcanzable, siempre están conmigo dándome fuerza para salir adelante, gracias por su sacrificio y esfuerzo, por su amor y apoyo incondicional, los amo.

A mi hermano: Por tu apoyo y aliento hoy he logrado uno de mis más grandes anhelos. Por tus consejos, tu cariño y motivación.

A mi familia: Por compartir conmigo esta alegría por su cariño y apoyo.

A mis amigas: Por su apoyo y cariño, por los momentos agradables que compartimos juntas, las quiero.

Grace Adela García Gómez

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad de San Carlos de Guatemala: Por ser fuente de inspiración y sabiduría.

A la Escuela de Ciencias Psicológicas: Por ser un centro de estudios que nos forjó como profesionales.

A Carreras Técnicas: Por brindarnos la oportunidad de formar parte de una de las maravillosas carreras que tiene este departamento.

A los catedráticos de la carrera técnica de Terapia Ocupacional y Recreativa: Gracias a la Licda. Bertha Melanie Girard, Licda. Verónica Estrada de Figueroa, Lic. Domingo Romero Reyes y Licda. Blanca Peralta, quienes brindaron una excelente formación en conocimientos y valores, por orientar nuestra formación como estudiante y persona, brindándome las herramientas, las presiones y las recompensas necesarias para llegar a ser una gran profesional, gracias por su dedicación, tiempo y esfuerzo que dan frutos todos los días y hoy es un ejemplo de ello. A todos mil gracias.

A la asesora: Gracias a la Licda. Bertha Melanie Girard Luna, por guiarnos a un buen camino.

A los revisores: a Lic. Carlos Orantes Trocoli y Licda. Ninfa Cruz, por su orientación y apoyo en todo momento.

Al Hospital Infantil de Infectología y Rehabilitación: en especial al área de Terapia Ocupacional, por creer en nuestro proyecto y permitir llevarlo a cabo.

A usted: Por compartir conmigo este momento.

Grace Adela García Gómez

Krisla Esteffany Sosa Aguilar

ÍNDICE GENERAL

PRÓLOGO

INTRODUCCIÓN

CAPITULO I

MARCO TEÓRICO

1. TERAPIA OCUPACIONAL Y RECREATIVA.....	2
2. TERAPIA OCUPACIONAL PEDIÁTRICA.....	4
3. TERAPIA OCUPACIONAL EN INTERVENCIÓN TEMPRANA.....	5
4. SENSOPERCEPCIÓN.....	7
5. INTEGRACIÓN SENSORIAL.....	8
6. INTEGRACION SENSORIAL EN EL DESARROLLO INFANTIL.....	9
7. DESÓRDENES DE INTEGRACIÓN SENSORIAL.....	10
8. EVALUACIÓN.....	12
9. INTERVENCIÓN.....	13
10.PARÁLISIS CEREBRAL.....	14
11.CAUSAS DE LA PARÁLISIS CEREBRAL.....	15
12.CLASIFICACIÓN DE LA PARÁLISIS CEREBRAL.....	16
13.PRINCIPIOS DE TRATAMIENTO.....	18

CAPITULO II

METODOLOGÍA

2.1 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	20
----------------------------------	----

CAPITULO III

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

3.1 ANÁLISIS CUALITATIVO.....	22
3.2 ANÁLISIS CUANTITATIVO.....	25

CAPITULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 CONCLUSIONES.....	30
4.2 RECOMENDACIONES.....	31

BIBLIOGRAFÍA.....	32
-------------------	----

ANEXOS

RESUMEN

PRÓLOGO

Se considera que se puede realizar un aporte muy valioso al proporcionar estrategias de rehabilitación dirigidas al niño con parálisis cerebral, la estimulación temprana esta dirigida al niño con un desarrollo normal. Como terapeutas ocupacionales nos dimos cuenta que se pueden adaptar las actividades de estimulación al niño con problemas en su desarrollo provocando efectos positivos, a nivel rehabilitativo, físico, cognitivo y social, es por ello el interés en conocer más acerca de la terapia ocupacional en estimulación temprana en el área de sensorio-percepción para pacientes con parálisis cerebral de 0 a 3 años.

Actualmente el término de estimulación temprana ya no se utiliza, ha cambiado por intervención temprana o intervención oportuna, en el presente informe presentamos el término de intervención temprana. Una de las principales motivaciones para realizar el estudio consistió en enseñar a los padres de familia actividades que beneficien el desarrollo sensorio-perceptual del niño con parálisis cerebral, se buscaba motivar a los encargados a realizar las actividades de intervención en casa. La intervención se realizó en el Hospital Infantil de Infectología y Rehabilitación, con el objetivo de proveer a terapeutas ocupacionales y a padres de familia diferentes actividades y técnicas a realizar con el niño para propiciar un ambiente novedoso de acuerdo a sus necesidades sensoriales y exploratorias.

La investigación se realizó a través de talleres dirigidos a los padres de familia, en los cuales se les enseñaba la actividad y al finalizar se les entregaba una guía para que ellos trabajaran en casa, la siguiente semana se evaluaba el trabajo realizado.

En Guatemala, se presentan niños con gran variedad de diagnósticos, que presentan dificultades de integración sensorial, entre ellos niños prematuros, que han sido expuestos a drogas y alcohol durante la gestación, niños con Síndrome de Down, autistas, con parálisis cerebral y muchos más.

Por lo cual la intervención integral en los primeros años de vida es necesaria para proveer efectos positivos y duraderos. Para el restablecimiento y un desarrollo armónico, la intervención temprana genera en el niño: conocimiento, desenvolvimiento y experiencia en todo tipo de estímulos; estas actividades deben practicarse con la

frecuencia que el niño con parálisis cerebral necesite, es importante fomentar actividades que permitan una rehabilitación integral para una maduración sensorial.

La intervención temprana es una técnica que puede aplicarse en dos áreas: sensorial y física (motriz). Las actividades van dirigidas a guiar y explicar a los padres de familia cómo trabajar con sus hijos, a estimular el desarrollo de los sentidos y ejercer una influencia positiva en los niños con parálisis cerebral. La intervención temprana sensorial en niños con parálisis cerebral mejora la calidad de vida. Las familias son muy importantes para el tratamiento y deben involucrarse íntimamente, el apoyo familiar constituye un factor importante para lograr metas a largo plazo. Es significativo que el padre de familia atienda las necesidades sensoriales del niño y le provea de los conocimientos y habilidades indispensables para su desarrollo. Es importante integrar a las familias en el proceso terapéutico del niño, para que estos sean agentes rehabilitativos.

Las estrategias de intervención tienen en cuenta el contexto en el cual se desenvuelve el niño con parálisis cerebral y la adaptación de actividades de fácil acceso a su medio. El terapeuta ocupacional incluye un programa de intervención temprana múltiple, desde el nacimiento hasta los tres años de edad y proporciona al niño experiencias enriquecedoras, para desarrollar al máximo su potencial sensorial. Si un niño no recibe los estímulos necesarios, sufrirá graves retrasos en su desarrollo sensorial y psicomotor.

INTRODUCCIÓN

Guatemala requiere la creación de programas de intervención temprana sensorial, para niños con parálisis cerebral. Uno de los roles del terapeuta ocupacional en el área de estimulación, es proporcionar diferentes actividades que permitan, tanto al terapeuta ocupacional como a la familia, el establecer rutinas que favorezcan el desarrollo sensorial provocando la activación de respuestas en el niño.

La intervención temprana busca aprovechar la capacidad de aprendizaje y adaptabilidad del cerebro en beneficio del niño. Proporcionando una serie de estímulos sensoriales, para lograr que se potencien las funciones cerebrales. El proceso de desarrollo de la integración sensorial comienza en los sentidos básicos. Los sistemas sensoriales nos permiten actuar e interactuar con el medio que nos rodea.

La parálisis cerebral es un grupo de afecciones neuromusculares que provocan disturbios motores originados por una lesión cerebral no progresiva, producida antes, durante o después del parto (factores prenatales, perinatales, y postnatales) (Jiménez; 1999:72). Se altera la función neuromuscular con defectos sensoriales o sin ellos, dificultad de aprendizaje con déficit intelectual, problemas emocionales y a veces problemas del habla. Por lo cual es importante establecer programas de intervención temprana.

El papel que juega la familia o grupo de apoyo, es de vital importancia para estimular el desarrollo sensorial en el niño, con la aplicación de estas actividades se pretende aumentar el conocimiento que el niño tiene de su entorno y de sí mismo; todo ello en un ambiente que propicie, fomente la motivación, alegría y la experimentación a través de los sentidos.

CAPITULO I

MARCO TEÓRICO

1. TERAPIA OCUPACIONAL Y RECREATIVA

La historia de la terapia ocupacional y recreativa se remonta desde los dioses griegos que remediaban los malestares con canciones, poemas y actividades manuales. *Es posible que la terapéutica mediante la ocupación se remonte más allá de las primeras manifestaciones escritas, algunas de las primeras referencias a su utilización aparecen ya en el periodo de la magia (antes del año 660 a.c.). Se dice que Esculapio calmaba los delirios con canciones, relatos y música (MacDonald, E. 1979:6)*

La terapia ocupacional y recreativa es una profesión encaminada a la rehabilitación, enfocada a la intervención primaria (prevención), secundaria (cuando el problema ya se ha dado) y terciaria (enfocada en la rehabilitación), donde se busca la independencia de la persona, ante la discapacidad que presente. La terapia ocupacional se basa en técnicas activas, *como: actividades personales de la vida cotidiana, actividades expresivas y creativas, actividades industriales y vocacionales, actividades intelectuales y docentes, actividades recreativas (Jiménez, 1999:94)*, las cuales buscan que el individuo sea un agente dinámico en su tratamiento, y a través de estas técnicas lograr la máxima independencia en todas las áreas en las que se desenvuelve el ser humano. Es una labor muy humana, cuyo tratamiento va dirigido a ayudar a los individuos a adquirir una actitud positiva hacia sus capacidades, y las posibilidades de recuperación.

El terapeuta ocupacional debe ser una persona creativa, entusiasta, que planifica actividades con fines de tratamiento en las cuales se establecen objetivos específicos para cada área, con instrumentos o aparatos que pueden ser adaptados, según el ambiente. Posee herramientas de evaluación, diagnóstico y tratamiento para favorecer la pronta recuperación del paciente, buscando mejorar la calidad de vida.

Uno de los objetivos propuestos por la terapia ocupacional es el garantizar una atención adecuada de todos los niveles de desarrollo, en las actividades de la vida diaria y a todo lo largo de la vida; la necesidad de actuaciones en favor de la persona.

La terapia ocupacional busca recuperar o desarrollar la competencia del paciente en los siguientes aspectos:

FÍSICOS:

- *Aumento de la fuerza muscular y volumen muscular.*
- *Aumento de la amplitud de los movimientos articulares.*
- *Recuperación de la coordinación.*
- *Favorecer la relajación muscular.*

PSÍQUICOS:

- *Favorecer la atención hacia la actividad propuesta*
- *Disminuir la tensión emocional.*
- *Reducir las tendencias destructivas.*
- *Incrementar la iniciativa del paciente.*
- *Fomentar su autoestima.*
- *Aumentar el nivel de tolerancia.*
- *Fomentar su participación en el área de trabajo.*

SOCIALES:

- *Aumentar la sociabilidad y comunicación el ambiente en el cual se desenvuelven las personas.*
- *Desarrollar la responsabilidad de grupo y cooperación.*
- *Favorecer la afinidad y conexión entre el grupo.*
- *Desarrollar Autoconfianza.*
- *Desarrollar el autocontrol (Jiménez, 1999:8).*

2. TERAPIA OCUPACIONAL PEDIÁTRICA

La terapia ocupacional especializada en pediatría busca un buen desarrollo físico, psicológico, social y familiar en el niño. Desempeña diversas actividades en donde se busca adecuar los juguetes, equipamiento lúdico, aparatos funcionales para beneficio e independencia del niño. Interviene en la realización de actividades de vida diaria y favorece la rehabilitación de los niños.

El terapeuta ocupacional especializado en Pediatría realiza su labor de evaluación y tratamiento en las siguientes áreas:

- 1) *Aspectos de la motricidad global.*
- 2) *Función del miembro superior.*
- 3) *Función sensorial.*
- 4) *Comportamiento en las actividades lúdicas.*
- 5) *Aspectos perceptivos.*
- 6) *Alimentación.*
- 7) *Posicionamiento y actividades de la vida cotidiana.*
- 8) *Apoyo a la familia y a los distintos ambientes del niño (Beaudry, n.f.:s.p.).*

El terapeuta ocupacional trabaja con actividades individuales y grupales, colabora con el padre de familia en la intervención terapéutica del niño, no se enfatiza solo en el desempeño del niño sino que también brinda apoyo a la familia de aprendizaje y apoyo emocional, para poder lograr una rehabilitación integral en el niño.

Al trabajar con niños, el juego es un medio básico y práctico que le llama la atención al niño, favorece la coordinación motora, estimula las reacciones sensoriales y las habilidades perceptuales. Al terapeuta ocupacional le interesa que el niño participe activamente en su rehabilitación, busca favorecer su desarrollo sensorial, físico, cognitivo, y social, actuando como medida preventiva ante futuras lesiones. Por ejemplo el terapeuta ocupacional

puede trabajar: con fracturas, realizando una evaluación del arco de movimiento y fuerza muscular, brindando tratamiento con la utilización de aparatos funcionales lúdicos; asesorando a pacientes discapacitados en su movilidad (silla de ruedas, muletas, etc.) para fomentar su independencia.

3. TERAPIA OCUPACIONAL EN INTERVENCIÓN TEMPRANA

El terapeuta ocupacional trata la pérdida de funcionalidad en los componentes motores (el desarrollo de la movilización lleva un proceso secuencial, empezando por el cuello, aprender a rodar sobre su cuerpo, a permanecer sentado, apoyarse sobre su cuerpo, todo esto lleva un transcurso que muchas veces para el niño con parálisis cerebral se ve dificultado en su desarrollo), cognitivos (etapas en las cuales el niño va desarrollando su inteligencia), sensorceptivos (la recepción de estímulos por medio de sus sentidos y como el niño reacciona a estos) y psicosociales (la relación del niño con su entorno, con su familia) que afectan al individuo en la destreza para realizar actividades de la vida diaria, acompañando a padres de familia, ofreciéndole herramientas que le permitan una intervención oportuna (Trujillo, n.f:n.p.).

Por lo cual se puede afirmar que la terapia ocupacional es un componente vital en el área de intervención temprana, cuyo objetivo se centra en la plasticidad del sistema nervioso, así mismo busca que cuanto más temprana sea la intervención dará mejores resultados.

La terapeuta busca a través de una serie de actividades planificadas y estructuradas, la participación activa e iniciativa del niño en el proceso terapéutico y fomenta la participación de la familia y el entorno en el cual el niño se desenvuelve. Por ejemplo el caso de un niño con diagnóstico de parálisis cerebral atáxica, durante una de las sesiones dirigidas a la estimulación visual se trabajo con legos de diferentes colores, la dinámica consistía en formar torres con los legos, el niño presentaba dificultad en el equilibrio y coordinación, era difícil para él formar la torre sin embargo el siempre intentaba formarla aunque se derrumbaran los legos.

La importancia de la terapia ocupacional es eminente, busca desarrollar la activación de respuestas por parte del niño, lograr la mayor independencia, mejorar la calidad de vida, todo ello a través de una serie de actividades que intervengan en el ambiente del niño; presentando estrategias y acciones dirigidas a rehabilitar las limitaciones de la parálisis cerebral, actuando a través de actividades lúdicas y de fácil acceso a las familias.

Y una de esas estrategias es el uso de la estimulación: *Intervención temprana es toda actividad que oportuna y acertadamente enriquece al niño en su desarrollo físico y psíquico. La actividad puede involucrar objetos, y siempre exige la relación entre el niño y el adulto, en una forma de comunicación que puede ser de gestos, de murmullos, de actitudes, de palabras y de todo tipo de expresión (UNICEF, 1980:14).*

La intervención temprana plantea una variedad de acciones que benefician y asisten al desarrollo del ser humano en sus primeros años, presentando diferentes estímulos para provocar respuestas en el niño.

Los estímulos son señales que en el ser humano provocan una reacción, que influye en el ambiente de la persona. Los estímulos pueden ser internos, externos, físicos y afectivos.

En los niños que presentan trastornos en su desarrollo normal, en especial de origen motor o sensitivo, la rehabilitación constituye una forma efectiva de obtener resultados, a los dieciocho primeros meses de vida el niño se desarrolla y aprende mucho del ambiente en el cual se desarrolla, a través de la plasticidad neuronal reconoce y adapta estímulos que le ayudan en su motricidad y sensopercepción. Es importante enseñarle al niño dinámicas y actividades en las cuales intervengan gran variedad de estímulos visuales, auditivos, táctiles, olfatorios y gustativos con el objetivo de actuar tempranamente e impedir patrones anormales que en el futuro dañen la rehabilitación.

La variedad de experiencias sensorio-motrices que se presenten al niño son significativas para el desarrollo de la inteligencia. Los niños con diversidad de trastornos del desarrollo, presentan trastornos perceptuales que dificultan el desarrollo normal de los procesos cognitivos. Todo esto puede evitarse si en etapas tempranas de desarrollo se le proporciona al niño la debida estimulación sensorial que le permita captar los estímulos y utilizarlos funcionalmente en dependencia de sus necesidades.

A partir de los primeros tres años de vida se desarrolla el periodo de maduración más importante llamado mielinización, durante el cual, los primeros movimientos de los niños son totalmente involuntarios, van desapareciendo para dar paso a una actividad voluntaria cada vez más dominante.

4. SENSOPERCEPCIÓN:

Es la capacidad neurovegetativa y vivencial en el proceso de desarrollo cognitivo, del ser humano que le permite mantenerse en interacción constante con le medio, a través de la recepción de estímulos por los canales aferentes, y emitir respuestas por medio de sus canales eferentes, como son los sentidos y su capacidad propioceptiva en general (UNICEF, 1989:59). Durante la realización de actividades de intervención temprana la mamá de una paciente refirió "está más activa, se mueve mucho más la intervención es una forma de despertar los sentidos del niño para facilitarle su desarrollo y fortalecerlo" a través de este comentario se puede evidenciar la importancia de trabajar intervención temprana enfocada específicamente al área de sensopercepción.

A través de la interacción de estímulos y respuestas, logramos establecer los esquemas y experiencias que conducen al aprendizaje sobre el propio cuerpo y sus relaciones en el espacio, tiempo y persona. *La sensopercepción es conciencia de la propia corporeidad, así como simbolismo y conciencia de los objetos exteriores, de todo lo que acontece en el exterior del yo (Sanz, 2007: n.f.).* Las sensaciones que se perciben a través de los sentidos

fomentan conocimiento del medio en el cual se desenvuelve el ser humano. Se establece una interacción constante a través de los sentidos básicos, la vista nos enseña los diferentes colores, por medio de ella podemos disfrutar de la lectura de un libro entre otras actividades, el oído nos proporciona sonidos que nos permiten estar en comunicación constante con nuestro medio a través de diálogos, música, entre otros. El olfato nos permite sentir los diferentes aromas que se producen a nuestro alrededor. El sentido del gusto nos permite disfrutar de los alimentos, sentir el sabor a través de nuestras pupilas gustativas. Y por último pero súper importante el tacto, el cual se encuentra en nuestra piel nos permite sentir, texturas, las características de los objetos como presión, diferenciar temperaturas, sentir el contacto con otra persona a través de caricias y abrazos. En fin nuestros sentidos son muy importantes y nos permiten conocer todo lo que se encuentra a nuestro alrededor, el aprendizaje que obtenemos a través de ellos incrementa nuestra inteligencia y desarrollo humano.

5. INTEGRACIÓN SENSORIAL:

Las habilidades básicas del desarrollo temprano son construir relaciones sólidas y efectivas con otros, y explorar el ambiente físico a través del juego. Es necesario que el terapeuta ocupacional este familiarizado con las etapas de desarrollo para apoyar a padres y a las personas encargadas del niño, mejorar la relación, entre las necesidades sensoriales del niño y su ambiente.

Cuando el proceso se da normalmente, el lactante o niño es capaz de autorregulación, cuando existen incongruencias entre las características del ambiente y las necesidades individuales de cada niño, pueden manifestarse en las cuatro funciones centrales de la autorregulación: (Abelenda, 2007:s.p.).

ALERTA: El niño está atento a posibles estímulos sensoriales.

ATENCIÓN: Proceso conocedor que le permite al niño centrarse ante determinados estímulos. Por ejemplo en actividades de intervención temprana visual, el niño se muestra atento ante diferentes luces de colores.

AFECTO: El amor y cariño que el niño siente de la persona que lo cuida favorece a la intervención temprana sensorial.

ACCIÓN. La gestión que el niño realiza ante las actividades presentadas que puede ser de movimientos o reacciones como una sonrisa entre otras.

Existen dos aspectos en el proceso de integración sensorial. Estos son modulación sensorial, que está relacionada con los tres primeros pasos del proceso e implica la habilidad del sistema nervioso de manejar la reacción a una sensación, y praxis.

La cual implica la habilidad de usar la información sensorial para formular un objetivo, planear, y llevar a cabo una serie de acciones en el contexto de una actividad, ambiente novedoso (Abelenda, 2007:s.p.).

6. INTEGRACIÓN SENSORIAL EN EL DESARROLLO INFANTIL

La teoría de Ayres (1972) se basa tanto en principios de neurobiología como en su práctica como terapeuta ocupacional, su definición de integración sensorial fue la *organización de las sensaciones para el uso de la ocupación humana* (en Mosby, 2001: 330).

La función de nuestro cerebro es el pilar de la conducta humana, es quien dirige la mayoría de las actividades de nuestro cuerpo, podemos decir que si este no funciona al cien por ciento imposibilitan una participación exitosa en las actividades de la vida diaria.

Una de las funciones del cerebro consiste, en tomar información sensorial que nos es llegada del exterior y producir una respuesta adaptativa y en el caso de una malformación, es adecuado estimular esta función. Sin una adecuada entrada de sensaciones, en el cerebro se genera información en forma distorsionada y altera la entrada de estimulación sensorial. Si no existe una adecuada estimulación sensorial, provoca un desarrollo crítico en el cerebro, anormalidades en él y problemas de conducta.

Ayres (1972) *consideraba que era necesario proporcionar al niño con problemas de integración sensorial una dieta de estímulos sensoriales constantemente del ambiente, alimentando al niño de una variedad de estímulos en el curso de la vida* (en Mosby, 2001: 331). Es preciso presentarle al niño un ambiente lleno de actividades que estimulen los diferentes sentidos, a través de un proceso lúdico y de enseñanza activa en las diferentes rutinas de la vida diaria.

La sobre-estimulación puede causar estrés y es perjudicial en el desarrollo del cerebro; para mejores efectos el niño debe organizar activamente y usar la entrada de estímulos sensoriales para realizar acciones sobre el ambiente en el cual se desarrolla (Mosby, 2001: 331). Si los padres del niño con parálisis cerebral le presentan demasiados estímulos al niño, la intervención temprana no llega a ser tan beneficiosa como se esperaría, por lo cual debe haber un equilibrio en los estímulos que se presentan al niño.

Según Ayres (1972) *Cuando un niño realiza una respuesta adaptativa alcanza las metas propuestas para su rehabilitación, conociendo el desafío presentado por el ambiente, resultado de la plasticidad neuronal* (en Mosby, 2001: 331) Durante la evaluación realizada a los padres de familia de los niños/as con parálisis cerebral la madre de un paciente refirió "ya no llora mucho y está más activo, es importante estar con el niño aprendiendo los dos a la vez, enseñarle como es su ambiente", la interacción entre madre e hijo en un ambiente rico en experiencias sensoriales favorece su desarrollo.

7. DESÓRDENES DE LA INTEGRACIÓN SENSORIAL

Los resultados de búsqueda y combinaciones de la experiencia de trabajos clínicos y escolares, han generado diferentes formas de conceptualizar los desórdenes de la integración sensorial. El termino "desorden integrativo sensorial" no se refiere a un tipo particular de problema, si no a un heterogéneo grupo de problemas que considera los reflejos agudos primarios subcorticales, la disfunción neural incluye el sistema multisensorial.

Este desorden afecta la conducta humana en diferentes formas, por lo que regularmente son difíciles de interpretar a menos que sea una persona especializada en integración sensorial (Mosby, 2001:349). Los problemas de integración sensorial influyen en la recepción adecuada de estímulos y por supuesto en la conducta que adopta la persona ante determinada situación, hay una disfunción en nuestro cerebro que no permite captar las sensaciones que percibimos a través de nuestros sentidos adecuadamente.

Algunos tipos de desórdenes de integración sensorial incluyen confusiones en la organización de la información. Se puede observar en los niños más grandes con problemas en el aprendizaje, ejemplo cuando confunden la "b" con la "d" y cuando confunden palabras con sonidos semejantes como jabón y jamón. *Algunos niños con problemas perceptuales no tiene dificultades en la modulación sensorial, sin embargo los problemas de modulación regularmente coexisten con problemas perceptuales (Mosby, 2001:349).*

Se presentan problemas para dar una respuesta por parte del niño ante las sensaciones táctiles que se le presentan, pueden hacerse evidentes problemas de aprendizaje, desarrollo o comportamiento, por ejemplo la dificultad para diferenciar lo frío y caliente, puede llevar al niño a situaciones de riesgo, la presencia ante un objeto que este a temperaturas muy altas sin que provoque reacción el niño. *Una percepción táctil pobre, es uno de los desordenes de integración sensorial más conocidos, niños con este desorden tienen dificultades interpretando estímulos táctiles de una forma precisa y eficiente, por ejemplo ellos tienen dificultad para localizar precisamente, percibir y entender la forma y naturaleza de los objetos, dificultad para manipular objetos que se encuentran fuera de la vista (Mosby, 2001:350).*

En los niños con parálisis cerebral se debe fomentar el potencial de aprendizaje psicomotor a través de actividades temporoespaciales. *Otro tipo de problema perceptual incluye la propiocepción, la sensación que viene del propio organismo, relativas a la posición espacial y los movimientos*

musculares que se originan en percepciones sensoriales, activados por estos estímulos, los niños que no reciben suficiente información sobre la posición de su cuerpo, seguramente sus movimientos parecerán distraídos, torpes e incómodos (Mosby, 2001:353). Se presenta una dificultad por el equilibrio y la realización de actividades que requieran precisión.

La percepción visual es un factor importante para la actuar en el ambiente en el cual nos desenvolvemos y la realización de muchas actividades motoras adecuadas, realizar una distinción entre la figura fondo de un objeto que observemos, percepción espacial, orientación, profundidad, etc.

Los problemas de integración sensorial tienen mucha relación en cuanto a la dificultad o el problema que se evidencia en los niños con parálisis cerebral debido a que se les dificulta el responder y reaccionar a los estímulos de su ambiente. Debido a la parálisis cerebral el sistema sensorial puede estar afectado o quizás esta saturado de información que no es muy importante, y que no contribuye a su desarrollo. El reconocimiento sensorial que se hace de las sensaciones externas tiene varias funciones y una ellas es el de protección, hay niños que no registran la sensación ante el dolor, no se dan cuenta que ciertas acciones pueden causarle daño.

8. EVALUACIÓN

La evaluación de dificultades de integración sensorial en lactantes y niños de corta edad, debe incluir la observación del niño en una variedad de ambientes y acontecimientos. La interacción entre el niño y su ambiente, es la base, *distintos ambientes pueden ofrecer diferentes niveles de congruencia con las necesidades del niño impactando su habilidad de procesar información sensorial y de producir una respuesta adaptativa* (Abelenda, 2007:s.p.)

Debe entrevistarse a los cuidadores del niño y consultarlos sobre la dieta sensorial del niño, es decir, el tipo de estímulos sensoriales que el niño encuentra en su vida diaria así como su intensidad y duración.

Al considerar los resultados de la evaluación de integración sensorial es importante recordar que no todas las diferencias individuales en procesamiento sensorial tienen consecuencias funcionales (Abelenda, 2007:s.p.) En muchos casos informan de estilos y preferencias que deben ser considerados para proveer al niño con un ambiente facilitador del aprendizaje y las interacciones sociales.

9. INTERVENCIÓN

Pone énfasis en los siguientes aspectos:

9.1 LA EDUCACIÓN FAMILIAR

Explicar y ayudar a la familia a identificar la necesidad de la estimulación temprana, y como ésta contribuye a una rehabilitación efectiva (Abelenda, 2007:s.p.). Proporcionando a los padres, una serie de técnicas y guías para favorecer la intervención temprana, con el objetivo de mejorar la comunicación entre padres e hijos, modificando el ambiente del niño, por ejemplo en nuestra investigación se presentó el caso de una niña con diagnóstico de parálisis cerebral hemipléjica, era interesante observar que además de integrar a los padres de familia en la dinámica rehabilitativa el hermano mayor de nueve años por iniciativa propia fomentaba mayor número de actividades a través de un juego creativo e interesante para la niña.

9.2 PROPORCIONAR VARIACIÓN DE LOS ESTÍMULOS QUE SE PRESENTAN AL NIÑO:

Para lograr una mayor congruencia entre los recursos sensoriales del niño y las demandas ambientales (Abelenda, 2007:s.p.). Lo cual implica mucho la creatividad del padre de familia o encargado del niño con parálisis cerebral dentro de las experiencias presentadas en nuestra investigación los padres para trabajar el área de estimulación táctil realizaban diferentes texturas con frijoles, arroz, telas de diferentes tipos y las colocaban en cuadernos y así sucesivamente iban creando diversidad de actividades para sus hijos.

9.3 INTERVENCIÓN DIRECTA.

Las características más salientes de la intervención directa en integración sensorial incluyen la provisión de un ambiente rico en experiencias sensoriales (Abelenda, 2007:s.p.). Regular la cantidad y la intensidad de estímulos visuales, táctiles, auditivos que el ambiente ofrece de acuerdo con las necesidades individuales de cada niño, facilitando un ambiente novedoso en rutinas sensoriales, en el cual el niño es un participante activo. El terapeuta sigue la motivación individual del niño mientras favorece la experiencia y la exploración.

10. PARÁLISIS CEREBRAL

Trastorno de la función motora producido por una lesión o defecto cerebral no progresivo y permanente, presente en el nacimiento o que acaece poco después del mismo (Diccionario Mosby, 1994: 969). Durante la formación del sistema nervioso central se pueden presentar anomalías, que provoquen daño al cerebro, en las etapas en la cuales el niño se está formando, al momento del parto o posteriormente, el déficit que se presenta a nivel neurológico, puede presentar múltiples consecuencias entre las que podemos mencionar trastornos psicológicos, motores, sensoriales, del lenguaje, conductuales etc.

Por lo cual la formación de estos síndromes trae graves consecuencias para el desarrollo normal o esperado de un bebé. La parálisis cerebral es una alteración del mecanismo normal de desarrollo por daño en el cerebro, la cual una vez dañada no se recupera, comprende un grupo muy diverso de patologías y causas. Actualmente Guatemala se encuentra en una situación socioeconómica difícil, por lo cual el incremento de este tipo de lesiones en el cerebro, es muy alto, entre la población de mujeres que no tienen un cuidado prenatal adecuado, así como la falta de hospitales para una atención adecuada en el momento del parto.

11. CAUSAS DE LA PARÁLISIS CEREBRAL

CAUSAS	CARACTERÍSTICAS
CAUSAS PRENATALES	1- "Anoxia prenatal. (Circulares al cuello, patologías placentarias o del cordón). 2- Hemorragia cerebral prenatal. 3- Infección prenatal. (Toxoplasmosis, rubéola, etc.). 4- Factor Rh (incompatibilidad madre-feto). 5- Exposición a radiaciones. 6- Ingestión de drogas o tóxicos durante el embarazo. 7- Desnutrición materna (anemia). 8- Amenaza de aborto. 9- Tomar medicamentos contraindicados. 10- Madre demasiado joven o madura.
CAUSAS PERI- NATALES	1- Niño prematuro 2- Bajo peso al nacer. 3- Hipoxia perinatal. 4- Trauma físico directo durante el parto. 5- Mal uso y aplicación de instrumentos (fórceps). 6- Placenta previa o desprendimiento. 7- Parto prolongado y/o difícil. 8- Presentación pelviana con retención de cabeza. 9- Asfixia por circulares al cuello (anoxia). 10- Cianosis al nacer.
CAUSAS POSTNATALES	1- Traumatismos craneales. 2- Infecciones (meningitis, meningoencefalitis, etc.). 3- Intoxicaciones (plomo, arsénico). 4- Accidentes vasculares. 5- Epilepsia, fiebres altas con convulsiones. 6- Accidentes por descargas eléctricas 7- Encefalopatía por anoxia*

* Werner David *NIÑO CAMPESINO DESHABILITADO: UNA GUÍA PARA PROMOTORES DE SALUD TRABAJADORES DE REHABILITACIÓN FAMILIAR.*
 Editorial Hesperian USA 1990

12. CLASIFICACIÓN DE LA PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL

12.1 Por su distribución anatómica

12.2 Por las alteraciones neurológicas predominantes.

12.1 POR SUS DISTRIBUCIÓN ANATÓMICA

12.1.1 DIPLEJÍA:

Afecta todo el cuerpo con influencia de los miembros inferiores sobre los superiores, es una parálisis espástica, más o menos proporcionada a las partes afectadas.

12.1.2 CUADRIPLEJÍA:

Es una parálisis de los cuatro miembros. El control de cabeza y tronco es malo y suelen haber trastornos del lenguaje y de la coordinación ocular.

12.1.3 PARAPLEJÍA:

Parálisis de los dos miembros por lo general los inferiores son espásticas y casi siempre resultan ser diplejías.

12.1.4 HEMIPLEJÍA:

Parálisis de un miembro inferior y uno superior del mismo hemicuerpo.

12.1.5 MONOPLEJÍA:

Parálisis de un solo miembro.

12.2 POR LAS ALTERACIONES NEUROLÓGICAS PREDOMINANTES:

12.2.1 ESPÁSTICA:

Por lo regular un niño con parálisis cerebral espástica no puede relajar los músculos tiende a tener músculos rígidos, lo cual dificulta en su movilidad. Cuando hay afectación de la corteza motora, principalmente vía piramidal.

Su principal característica es la hipertonía, que puede ser tanto espasticidad como rigidez. Como si el músculo permaneciera firme, reacio al movimiento, a un estiramiento pasivo o toda la extensión del movimiento

12.2.2 ATETÓSICA:

Estos son movimientos lentos y torcidos o repentinos y rápidos de los pies, manos o músculos de la cara trastorno caracterizado por movimientos continuos involuntarios bastante lentos y extravagantes, incontrolables, impredecibles y reptantes, principalmente de dedos y manos.

12.2.3 RÍGIDA:

El tono muscular se encuentra tenso. Los niños pueden presentar un movimiento lento y resistente. Resistencia entre los músculos agonísta y los antagonistas

12.2.4 ATÁXICA:

Deterioro o anomalía de la coordinación muscular, los niños tienen por lo regular un problema de equilibrio, incoordinación del movimiento.

12.2.5 TEMBLOROSA:

Se caracteriza por movimientos que se encuentran fuera de la voluntad del niño, incontrolables con un ritmo regular.

12.2.6 HIPOTÓNICA:

Tono muscular reducido durante los primeros meses de vida.

12.2.7 COREO ATETÓSICA:

Existen contracciones musculares por ciclos, involuntarias e irregulares de todo el cuerpo, hay problemas del lenguaje articulado y de la deglución.

12.2.8 MIXTA:

Dos o más tipos de las anteriores (Jiménez Luís, 1999:74-76).

13. PRINCIPIOS DE TRATAMIENTO

En el proceso de rehabilitación se debe tener en cuenta los principios básicos de la rehabilitación.

- 1- Prevenir la deprivación sensorial.
- 2- Promover la participación activa y brindar una atención sensible y afectuosa.
- 3- Animar a que se comprenda la utilidad del tratamiento.
- 4- Favorecer la motivación.
- 5- *Seguir la ley del desarrollo céfalo-caudal (Jiménez Luís, 1999:77).*

PROPOSICIÓN DE INVESTIGACIÓN

A mayor información de intervención temprana sensorial a padres de familia o encargados del niño con parálisis cerebral mayor participación del adulto en la rehabilitación de su hijo.

CONCEPTO

Información a padres de familia: La información es un fenómeno que proporciona significado o sentido a las cosas, e indica mediante códigos y conjuntos de datos, los modelos del pensamiento humano. La información por tanto, procesa y genera el conocimiento humano

Indicadores

- ✓ Información
- ✓ Establecimiento de técnicas de fácil acceso en el hogar
- ✓ Ventajas de la estimulación temprana.
- ✓ Participación activa

CONCEPTO

La estimulación temprana sensorial: Es el proceso mediante el cual podemos organizar información a través de todos los sentidos y utilizarlos para aprender y actuar, abarca el registro del estímulo, la orientación y atención al mismo, su interpretación, la organización de una respuesta, y su ejecución.

Indicadores:

- ✓ integración sensorial
- ✓ estimulación visual
- ✓ estimulación auditiva
- ✓ estimulación táctil
- ✓ estimulación del olfato
- ✓ modulación sensorial : registro del estímulo, la orientación y atención al mismo, su interpretación, la organización de una respuesta
- ✓ La interacción entre el niño y su ambiente

CAPITULO II METODOLOGÍA

2.1 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS O PROCEDIMIENTOS

La muestra fue de 20 padres de familia que asistieron a terapia ocupacional en el hospital infantil de infectología y rehabilitación la cual se tomó de la población de padres de familia, cuyos hijos tiene un diagnóstico de parálisis cerebral entre la edades de 0 a 3 años de ambos géneros que asisten en horarios de 7:30 a 12:30 siendo aproximadamente una población de 50 niños de distinta condición socioeconómica. La muestra fue voluntaria para la investigación.

2.2 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Los instrumentos que se utilizaron en la investigación fueron:

2.2.1 CUESTIONARIO: Instrumento de preguntas cerradas, tuvo como objetivo recolectar información sobre el conocimiento que los padres de familia tienen sobre los temas de parálisis cerebral, terapia ocupacional e intervención temprana.

2.2.2 OBSERVACIÓN: Instrumento que permitió registrar la conducta manifiesta bajo los ítems participa, pone voluntad, pregunta, da su opinión, es creativo muestra interés, optimista, siente curiosidad, durante la realización del los talleres y en las guías asignadas para trabajar en casa.

2.2.3 ENTREVISTA ABIERTA: Instrumento que se aplicó al finalizar los talleres, para evaluar el conocimiento de los padres de familia respecto a las diferentes actividades de intervención temprana.

2.2.4 PAUTA DE EVALUACIÓN: Instrumento que tuvo como objetivo evaluar las observaciones realizadas por los padres de familia, al realizar las diferentes actividades de intervención temprana sobre si el niño reacciona o no reacciona ante un estímulo.

2.3 TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO:

Una vez adoptada la muestra se aplicó el cuestionario a los padres de familia en donde se indagó los conocimientos que poseían sobre terapia ocupacional, parálisis cerebral e intervención temprana. Durante los talleres se realizó una observación de la conducta presentada por los padres de familia o encargados al trabajar con sus hijos. Al finalizar el programa de los talleres se realizó una pauta de evaluación dirigida los padres de familia o encargados sobre las reacciones del niño con parálisis cerebral ante los estímulos presentados por cada sentido. Posteriormente se realizó una entrevista a los padres de familia enfocada en la intervención temprana.

2.4 TÉCNICA DE ANÁLISIS

El análisis fue de tipo cualitativo, participativo, la recolección de información se realizó través de cuestionario, observación directa y entrevista abierta.

CAPITULO III

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

3.1 ANÁLISIS CUALITATIVO

La terapia ocupacional es un proceso rehabilitativo en los niños con parálisis cerebral en edad temprana, la rutina de actividades sensoriales crea interacción constante entre el niño y su medio. La intervención temprana tiene efectos positivos a largo plazo y es necesario aprovechar la situación desde que son pequeños, porque ellos aprenden más. La intervención temprana es adecuada para interpretar y ordenar información en los niños con parálisis cerebral, ellos integran esas sensaciones y producen respuestas adaptativas a su entorno, la intervención temprana da aprendizaje, el niño adquiere habilidades sensoriales y se muestra activo.

De acuerdo con el trabajo de campo, a través de la aplicación del cuestionario dirigido a padres de familia se encontró que para los padres es difícil de entender el diagnóstico de sus hijos y las implicaciones que este tiene en el desarrollo del mismo. Durante este proceso influye mucho la iniciativa que los padres tienen para informarse sobre el diagnóstico y la participación activa de este en la vida de su hijo, los padres se dan cuenta de que hay algo que no está bien en el desarrollo de sus hijos. En muchas ocasiones el padre no conoce actividades de intervención temprana, lo cual implica que se muestra pasivo incrementando el aumento de los síntomas característicos de la parálisis cerebral, posturas inadecuadas y problemas en el área de desarrollo del niño, etc.

La disposición de los padres para trabajar con su hijo, evidencia mucho la actitud con la cual este toma o enfrenta el proceso en que se ve inmerso, puede presentarse rechazo, la pérdida de ilusiones hacia el desarrollo esperado en el niño. La comunicación entre madre e hijo a través de un proceso lúdico fomenta experiencias constructivas llenas de aprendizaje. Cuando el terapeuta motiva a la familia a establecer relaciones solidas y afectivas con el niño se beneficia el desarrollo del niño, para muchas personas esto es difícil de comprender y en algunos lugares se relega al niño y no se da la parte afectiva tan necesaria para el desarrollo. Por lo regular los padres de familia que asisten no conocen actividades para trabajar estimulación sensorial, únicamente ejercicios de fisioterapia, enfocados en actividades motoras, no dando importancia a las sensaciones en el proceso cognitivo, con actividades tan cotidianas que no imaginan los padres de familia el beneficio que conllevan en el desarrollo del niño.

En Guatemala hace falta mayor comunicación de este tipo de actividades quizá rutinarias pero de alto contenido propositivo y de aprendizaje porque se conoce el mundo a través de los sentidos. Hacer partícipe a la familia debe constituir para el terapeuta ocupacional una regla básica en la medida que haya una mayor información se alcanzan los objetivos terapéuticos propuestos para el niño. Cuando el padre de familia no comprende la importancia de realizar estas actividades que no son solo juego porque cuando no se comprende no hay conciencia de que a través de una simple caricia o dedicar tiempo a jugar con sus hijos fomenta conexiones neuronales en el cerebro del niño, por lo que es importante concientizar el efecto rehabilitativo de actividades que se consideran simples pero que en niño encierran un proceso neuronal complejo.

La parálisis cerebral constituye para los padres de familia un reto, la aceptación del diagnóstico, llegar a una fase de aceptación es doloroso pero es significativo porque el padre se da cuenta de la importancia de realizar un proceso rehabilitativo centrado en acciones propositivas a favor de su hijo. Con el programa de intervención temprana se fomenta que los padres o encargados aprendan junto a su niño. Cuando se incluye al padre de familia en las actividades de estimulación sensorial éste se motiva a sí mismo y se ve en la realización de actividad más activo y propositivo.

El juego es un medio en el cual se apoyan los padres de familia y junto a su creatividad fomentan crean y renuevan la utilización de diversidad de actividades para el aprendizaje. Al realizar el trabajo de campo se evidencio la falta de información hacia estas familias, que ellas conozcan, comprendan mucho más sobre lo que es la terapia ocupacional, el programa de estimulación temprana, y lo que pueden llegar a hacer; es mucho más confortante para los padres conocer todo lo que conlleva el tratamiento con su hijo y que ellos son parte del mismo.

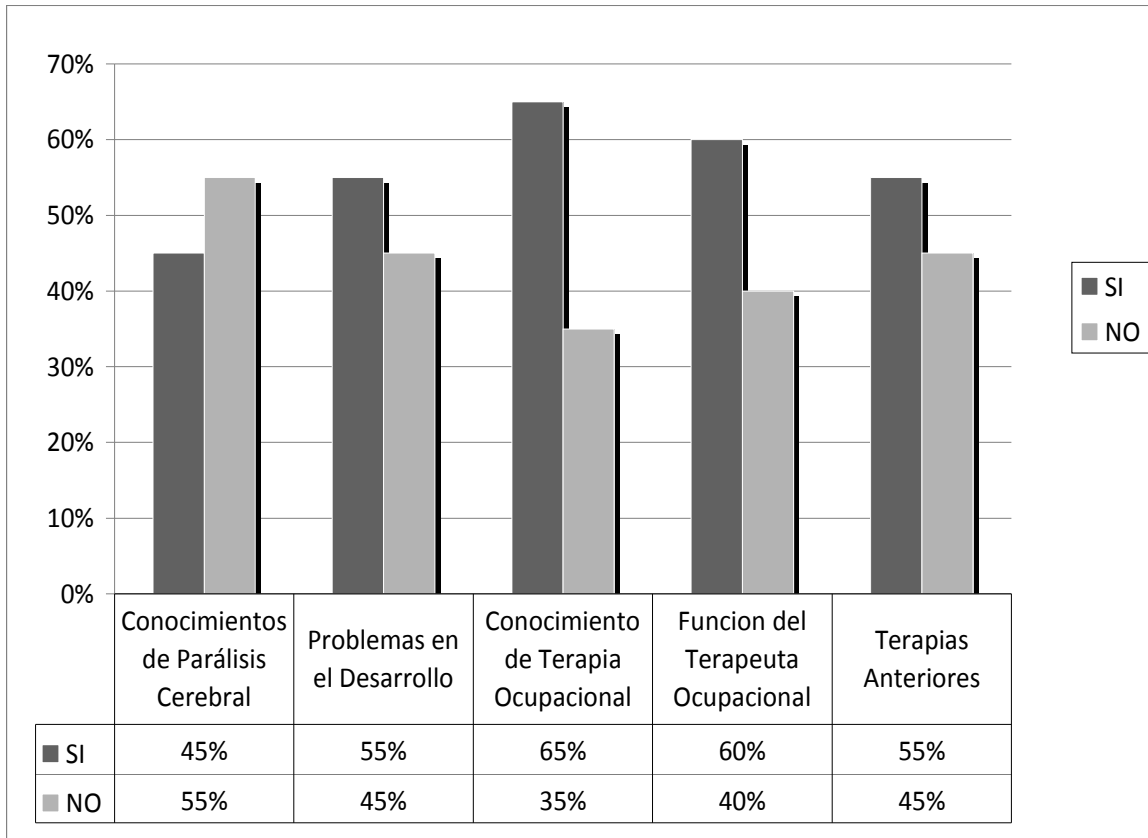
El hecho de que los padres pongan en práctica todas las actividades que pueden hacer con su hijo les da mucha más confianza con él/ella y de crearles cierta independencia, porque ellos pueden ver poco a poco un avance, al mismo tiempo los padres se vuelven más creativos poniendo mucho interés en realizar diversas actividades que los unan como familia y a la vez están haciendo actividades terapéuticas, sin tener que aislarlos, sin tener que gastar en objetos que ellos mismos pueden hacer.

Cuando se trabaja intervención temprana en grupo con las madres de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral se fortalecen sentimientos de comprensión y empatía, se sienten apoyadas de escuchar los diferentes comentarios y experiencias de otras madres y esto les motiva a seguir aprendiendo además de fomentar la expresión de sentimientos y emociones.

3.2 ANÁLISIS CUANTITATIVO

GRÁFICA NO. 1

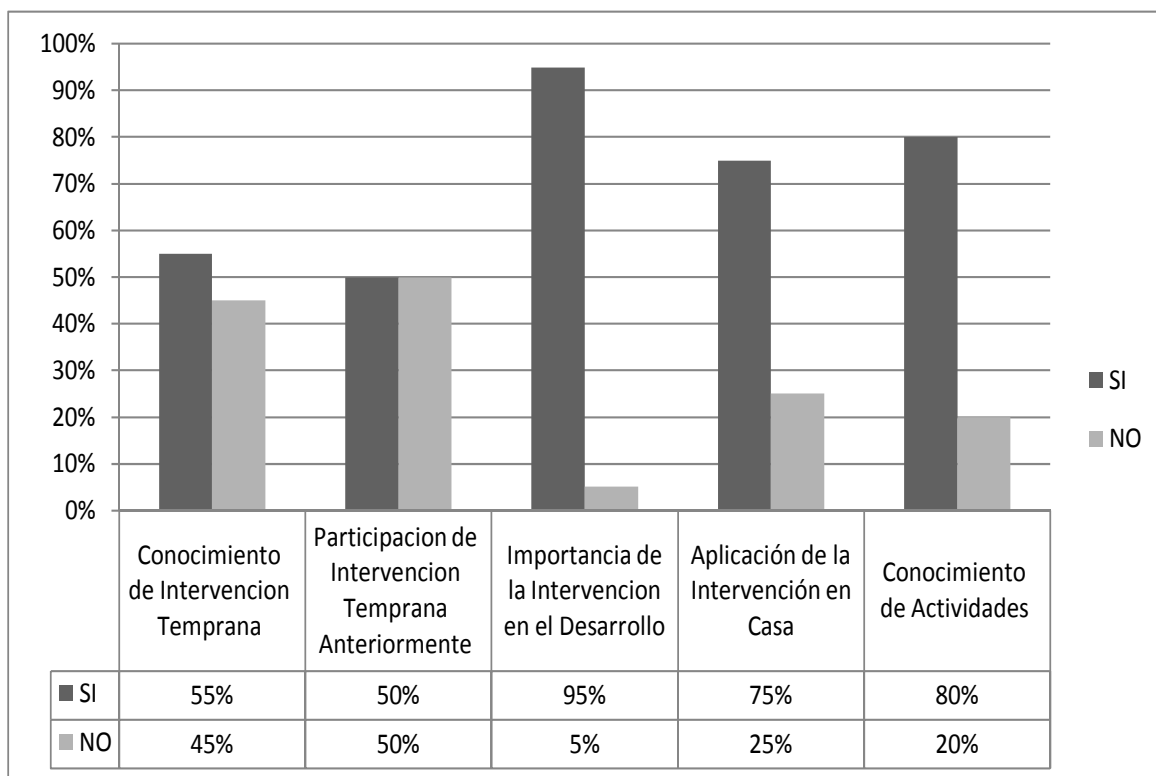
CUESTIONARIO APLICADO A PADRES DE FAMILIA



Interpretación: La presente gráfica nos muestra los resultados obtenidos en el cuestionario dirigido a los padres de familia, el **55%** de los padres de familia no tiene conocimientos de parálisis cerebral, el **45%** no conoce como la parálisis cerebral ha afectado el desarrollo de su hijo, el **35%** no sabe que es terapia ocupacional y recreativa, así mismo el **40%** no conoce cual es la función de un terapeuta ocupacional, además el **45%** de los padres manifiesta no haber asistido a otras terapias con anterioridad.

GRÁFICA NO. 2

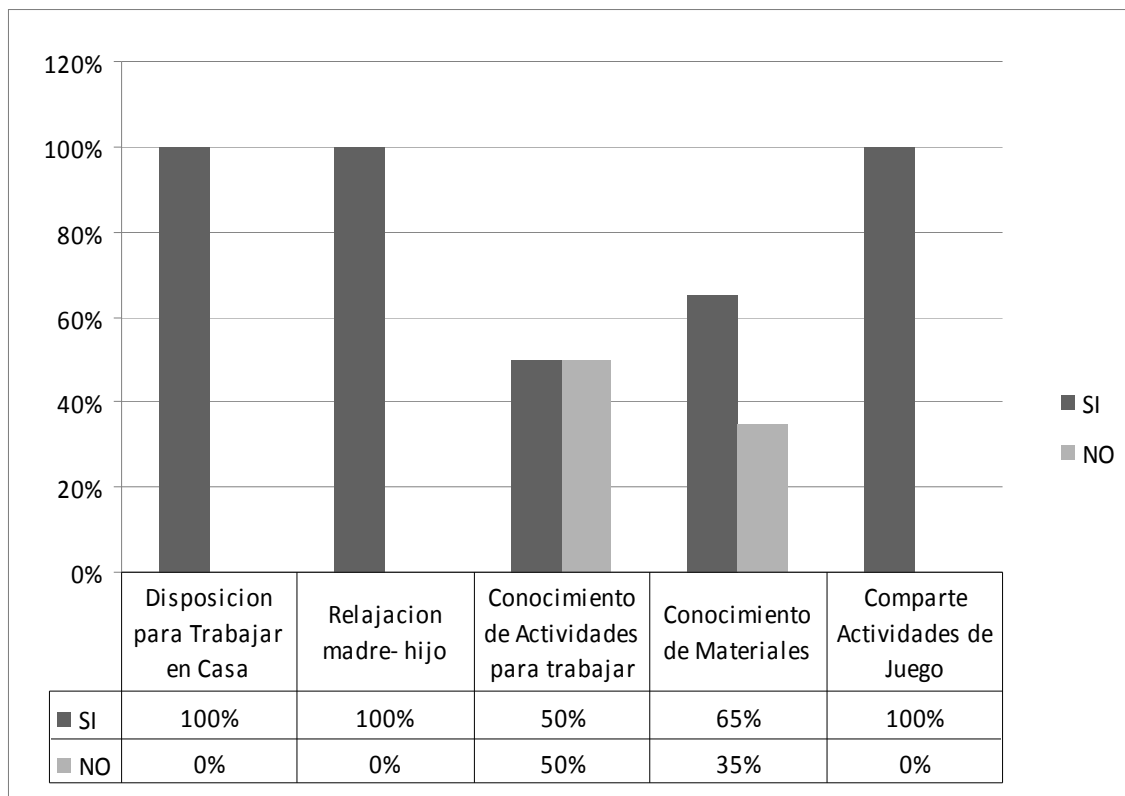
CUESTIONARIO APLICADO A PADRES DE FAMILIA



Interpretación: La presente gráfica nos muestra los resultados obtenidos en el cuestionario dirigido a los padres de familia, el **45%** de los padres de familia no tiene conocimientos de intervención temprana, el **50%** de los niños con parálisis cerebral no ha recibido intervención temprana con anterioridad, el **5%** opina que la intervención no es importante para el desarrollo y rehabilitación de su hijo, así mismo el **25%** no proporciona rutinas de intervención temprana en su casa, además el **20%** de los padres no conoce actividades para trabajar con su hijo y fomentar su desarrollo.

GRÁFICA NO. 3

CUESTIONARIO APLICADO A PADRES DE FAMILIA



Interpretación: La presente gráfica nos muestra los resultados obtenidos en el cuestionario dirigido a los padres de familia, el **100%** de los padres de familia se encuentran en la disposición de trabajar actividades de intervención temprana en casa, el **100%** opina que la intervención temprana favorece la relación con su hijo, el **50%** conoce actividades fomentar el desarrollo de su hijo, así mismo el **65%** conoce materiales para trabajar estimulación sensorial y el **100%** comparte actividades de juego con su hijo.

CUESTIONARIO

TABLA No. 1

ITEM	INTERPRETACIÓN
Conocimientos de parálisis cerebral	45% conoce el diagnóstico de su hijo, por inquietud de ellos mismos de preguntar e investigar e informarse en que consiste la parálisis cerebral.
Problemas en el desarrollo	55% de los padres de familia que asisten a terapia ocupacional, manifestaron que han observado dificultades en el desarrollo de su hijo.
Conocimiento de terapia ocupacional	65% de la población manifestaron saber que es terapia ocupacional y recreativa, que es una técnica enfocada en la rehabilitación de sus hijos que beneficia su desarrollo.
Función del terapeuta ocupacional	60% de la población expresó que consiste en la realización de actividades, evaluación y tratamiento.
Terapias anteriores	55% de la población manifestó asistir con anterioridad a otros centros como el hospital Roosevelt.
Conocimiento de intervención temprana	55% expresó que la intervención es trabajar con el niño en diferentes actividades para que se movilicen más, enseñarle actividades para que aprenda de su medio.
Participación de intervención temprana anteriormente	50% de la población manifestó que además del área de terapia ocupacional, fisioterapia trabaja intervención temprana aunque más enfocada en movilización.
Importancia de la intervención en el desarrollo y rehabilitación.	95% de la población manifestó que es importante y favorece su rehabilitación que han observado cambios significativos en sus hijos.
Aplicación de la intervención en casa	75% de la población expresó que trabajan las actividades que se le indican en terapia ocupacional y a la vez ellos utilizan su iniciativa para realizar diversas actividades con el mismo objetivo.
Conocimiento de actividades	80% de la población refirió que tanto en el área de terapia ocupacional y de fisioterapia les enseñan actividades para trabajar

para estimular el desarrollo	en casa y de esa forma estimular su desarrollo y rehabilitación.
Disposición para trabajar en casa	El 100% de la población manifestó interés, disposición, tiempo y dedicación para poner en práctica las actividades que se realizaron en los talleres y de igual forma trabajar y adoptar las actividades en su hogar.
Relación madre-hijo	100% expresó que se establece una mejor relación entre el padre de familia y el niño con parálisis cerebral favoreciendo la comunicación, a través del juego con experiencias constructivas, llenas de aprendizaje, la intervención temprana le permite establecer una relación sólida, afectiva e incluir a la familia en este proceso.
Conocimiento de actividades para trabajar estimulación sensorial.	El 50% expresó conocer actividades que les han enseñado en el departamento de terapia ocupacional.
Conocimiento de materiales	65% de la población expresaron conocer materiales como telas de diferentes texturas, masa, juguetes musicales, semillas, pelotas, peluches, etc. Para proporcionar un ambiente lleno de aprendizaje sensorial.
Comparte actividades de juego	100% de la población expresó que además de las actividades de intervención participan en otras actividades incluyendo a toda la familia, lo cual constituyo un punto importante para expresarle y explicarle a los padres la importancia de trabajar la intervención temprana de forma que sea llamativa y de interés para el niño, de esta forma se trabaja un proceso rehabilitativo enfocado al niño que favorece su desarrollo.

Fuente: Cuestionario Aplicado a Padres de Familia.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 CONCLUSIONES

- En los primeros años de vida, se debe brindar al niño con parálisis cerebral un ambiente lleno de aprendizaje que fomente su desarrollo.
- La parálisis cerebral es una alteración del mecanismo normal de desarrollo por daño en el cerebro, la cual una vez dañada no se recupera, comprende un grupo muy diverso de patologías y causas.
- En los problemas de integración sensorial los niños con parálisis cerebral presentan dificultad al responder y reaccionar a los estímulos de su ambiente.
- La intervención temprana a través del juego favorece la coordinación motriz, estimula las reacciones sensoriales y las habilidades perceptuales en los niños con parálisis cerebral.
- La participación activa de los padres de familia o encargados es importante en la intervención temprana para mejorar la calidad de vida del niño y de su familia.

4.2 RECOMENDACIONES

- Dar prevención a través de la educación a los padres de familia sobre la importancia de los cuidados prenatales.
- Identificar un diagnóstico temprano y la intervención oportuna en los tres primeros años de vida.
- Dar continuidad y promoción a la realización de talleres de intervención sensorio-perceptual a padres de familia o encargados que asisten al área de terapia ocupacional.
- Incluir a los padres en la rehabilitación de sus hijos complementando el trabajo de los talleres con guías de estimulación sensorial para realizar en casa.
- Fomentar la comunicación entre el terapeuta ocupacional y los padres de familia en beneficio del desarrollo del niño.

BIBLIOGRAFÍA

Armin Lowe. 1987 *ESTIMULACIÓN TEMPRANA DEL BEBE SORDO*
Editorial Panamericana Argentina

Bolaños Girón María Hayde, 1999, *ESTIMULACIÓN TEMPRANA DIRIGIDA A MADRE DE NIÑO PREMATURO INTERNO EN EL PROGRAMA DE CANGURO QUE SE ATIENDE EN EL HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA DEL IGGS* (Tesis de Educación Especial) Guatemala USAC

E. Papalia Diane et al. 2005, *PSICOLOGIA DEL DESARROLLO*, Editorial Mc Graw Hill México

Finnie Nancie R. 1983, *ATENCIÓN EN EL HOGAR DEL NIÑO CON PARÁLISIS CEREBRAL* Prensa Medica Mexicana; México

Hopkins Helen L. 1998, *TERAPIA OCUPACIONAL*, Editorial Médica Panamericana, Madrid

Jiménez Luís Rodolfo, 1999, *TERAPIA OCUPACIONAL Y RECREATIVA*
Guatemala, Taller de reproducción Escuela de Ciencia Psicológicas

Macdonald, E.M 1979, *TERAPIA OCUPACIONAL EN REHABILITACIÓN*
España, Salvat Editores

Matas Susana et al. 1997, *ESTIMULACIÓN TEMPRANA DE 0-36 MESES FAVORECIENDO EL DESARROLLO* Editorial Lumen – Hvmánitas Argentina

Mosby, 2001, *OCCUPATIONAL THERAPY FOR CHILDREN*, 4th. edition,
Editorial St. Louis, Missouri

Océano 1994, *DICCIONARIO DE MEDICINA MOSBY*, Editorial océano, España

UNICEF, 1989 *CURRÍCULO DE ESTIMULACIÓN PRECOZ*
Editorial Piedra Santa, Guatemala

UNICEF, 1980, *MI NIÑO DE 0-6 AÑOS*, Editorial Piedra Santa, Guatemala

Werner David, 1990, *NIÑO CAMPESINO DESHABILITADO: Una Guía Para Promotores De Salud Trabajadores De Rehabilitación Familiar*. Editorial Hesperian, USA

BIBLIOGRAFÍA DE INTERNET

Abelenda Judith, 2004 *EL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA EN EL ESTADO DE ILLINOIS Y LAS CONTRIBUCIONES DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL*

- *PARTE II* Consultado el 26 octubre del 2008 disponible en:

http://www.terapiaocupacional.com/articulos/Atencion_temprana_terapia_ocupacional_Judith_Abelenda-2.shtml

Beaudry, Isabelle, nf *QUÉ ES LA TERAPIA OCUPACIONAL* Consultado el 22 marzo del 2009 disponible en:

<http://www.ibeaudry.com/index.php?pag=seccion&seccion=4>

Sanz María

PSICOPATOLOGÍA DE LA SENSOPERCEPCIÓN. APUNTES DE PSIQUIATRÍA APUNTES DE MEDICINA, 2007

Consultado el 4 Abril del 2010 disponible en:

<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/632/1/Psicopatologia-de-la-sensopercepcion-Apuntos-de-Psiquiatria-Apuntos-de-Medicina.html>

Trujillo Urbina Andrea Escuela Colombiana de Rehabilitación, n.f.

TERAPIA OCUPACIONAL Consultado el 17 Agosto del 2009 disponible en:

<http://www.e.cr.edu.co/unlimitpages.asp?id=15>

ANEXOS



Universidad de San Carlos de Guatemala
Centro Universitario Metropolitano (CUM)
Escuela de Ciencias Psicológicas
Terapia Ocupacional y Recreativa

**PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN SENSOPERCEPTUAL DIRIGIDO A PADRES
DE FAMILIA**

CUESTIONARIO

Nombre de paciente: _____ Sexo: M _____ F _____

Diagnostico: _____

Fecha: _____

Fecha de Nacimiento _____

Edad: _____ Expediente: _____

Nombre del Padre, Madre o Encargado _____

Ocupación _____ Sexo M _____ F _____

1. ¿Sabe qué es Parálisis Cerebral?

Si _____ NO _____

2. ¿Conoce cómo la parálisis cerebral afecta el desarrollo de su hijo?

Si _____ NO _____

3. ¿Sabe qué es Terapia Ocupacional y Recreativa?

Si _____ NO _____

4. ¿Conoce cuál es la función de un terapeuta Ocupacional?

Si _____ NO _____

5. ¿Ha recibido su hijo Terapia Ocupacional?

Si _____ NO _____

6. ¿Sabe qué es intervención temprana?

Si _____ NO _____

7. ¿Ha recibido su hijo intervención temprana anteriormente?

Si _____ NO _____

8. ¿Cree que la intervención es importante para el desarrollo y rehabilitación de su hijo?

Si _____ NO _____

9. ¿Proporciona usted en casa rutinas de intervención temprana para su hijo?

Si _____ NO _____

10. ¿Conoce actividades que puede trabajar con su hijo para estimular su desarrollo?

Si _____ NO _____

11. ¿Se encuentra usted en la disposición de trabajar estimulación sensorial en su casa?

Si _____ NO _____

12. ¿Cree usted que la intervención temprana favorece en mantener una relación constante con su hijo?

Si _____ NO _____

13. ¿Conoce actividades que puede trabajar con su hijo para estimular su desarrollo?

Si _____ NO _____

14. ¿Conoce materiales con los cuales puede trabajar estimulación temprana sensorial?

Si _____ NO _____

15. ¿Comparte actividades de juego con el niño?

Si _____ NO _____



ESTIMULACIÓN SENSORIAL
Escala de Observación

INSTRUCCIONES: a continuación se presentan una serie de ítems, los cuales debe responder con una (X) según la respuesta presentada por el padre de familia.

Nombre del padre de familia _____ **Expediente:** _____

Fecha:

Fecha:

Semana	3					4				
	Asesoría olfativa					Asesoría Gusto				
Ítem	Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre	Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	siempre
Es participativo										
Pone voluntad										
Pregunta cuando no entiende										
Da su Opinión										
Es creativo										
Muestra Interés por la actividad										
Es optimista										
Siente curiosidad										

OBSERVACIONES:

Universidad de San Carlos de Guatemala
 Escuela de Ciencias Psicológicas
 Terapia Ocupacional y Recreativa



**ESTIMULACIÓN SENSORIAL
 Escala de Observación**

INSTRUCCIONES: a continuación se presentan una serie de ítems, los cuales debe responder con una (X) según la respuesta presentada por el padre de familia en la entrevista y la asesoría.

Nombre del padre de familia _____ Fecha: _____ Expediente: _____

Semana	5				
	Asesoría Visual				
Ítem	Nunca	Casi Nunca	A Veces	Casi Siempre	Siempre
Es participativo					
Pone voluntad					
Pregunta cuando no entiende					
Da su Opinión					
Es creativo					
Muestra Interés por la actividad					
Es optimista					
Siente curiosidad					

OBSERVACIONES:



EVALUACIÓN INTERVENCIÓN SENSORIAL

Instrucciones: A continuación se presentan una serie de ítems, los cuales debe responder con una (X) según la respuesta presentada ante el estímulo. **R** (reacciona) **NR** (no reacciona).

Nombre paciente _____ **Fecha:** _____ **Expediente:** _____

ÁREA VISUAL		
Ítem	R	NR
Parpadea ante la luz		
Gira la cabeza y ojos buscando la voz de la persona		
Mira los objetos del ambiente		
Mira las expresiones de la caras de una persona		
Sigue objeto o personas con movimientos visuales coordinados		
Busca el objeto		
Manipula objetos o materiales		
Ejercitas el concepto de figura fondo		
Observa diferentes colores <input checked="" type="checkbox"/>		
Coordinación viso manual		
Identifica láminas de diferentes colores y formas.		
ÁREA TÁCTIL		
Ítem	R	NR
Discrimina por el tacto alimentos de diferentes consistencias: líquido blando (semisólido) duro (sólido)		
Reacciona a las sensaciones contrarias el frío, el calor, la suavidad, la rugosidad.		
Reacciona a las siguientes texturas blandura, aspereza, viscosidad, resbaloso, dureza, lisura, corrugado, suavidad, frío, calor.		

ÁREA AUDITIVA		
Ítem	R	NR
Corresponde a la voz humana		
Identifica sonidos corporales		
Identifica sonidos de animales		
Diferencia ausencia y presencia de sonido		
Reproduce esquemas auditivos		
Identifica ritmos lentos y rápidos		
Reacciona ante la música		
ÁREA GUSTATIVA Y OLFATIVA		
Ítem	R	NR
Reconoce la leche materna <input checked="" type="checkbox"/>		
Discrimina sabores agradables y desagradables		
Identifica alimentos con sabores dulces y salados		
Identifica diferentes olores.		



**PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA
DIRIGIDO A PADRES DE FAMILIA
EVALUACIÓN**



1. Tiempo que dedica para realizar las actividades sobre la estimulación o intervención temprana?

2. ¿Qué conductas observó en el niño/a?

3. ¿En que posición colocó al niño y en que lugar realizó la estimulación o intervención temprana?

4. ¿Qué materiales hechos en casa utilizó en la actividad de estimulación o intervención temprana?

5. Explique con sus propias palabras que es la estimulación o intervención temprana?

6. ¿Qué dificultad encontró para realizar las actividades de estimulación o intervención temprana?

¿Qué es estimulación Temprana ?

La estimulación temprana considera múltiples acciones que favorecen al desarrollo del ser humano en sus primeros años, entre los que tenemos principalmente la provisión de diferentes estímulos que impresionan a los diversos receptores. Una significativa área de la estimulación está en el hecho de trabajar alrededor de los sentidos de la visión, audición y tacto. Si bien es cierto que estos receptores son importantísimos en el desarrollo integral, tampoco deja de serlo la estimulación propioceptiva.



PARALISIS CEREBRAL

Si un niño tiene Parálisis Cerebral, esto significa que parte de su cerebro o bien no funciona correctamente o no se ha desarrollado con normalidad.



TIPOS DE PARALISIS CEREBRAL

Espasticidad (Espásticos): aumento exagerado del tono muscular (hipertonía), por lo que hay movimientos exagerados y poco coordinados

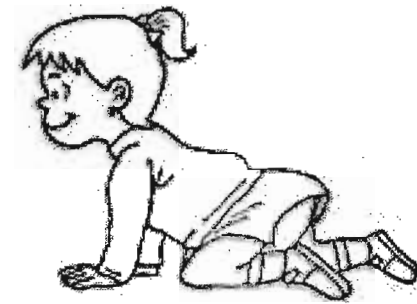
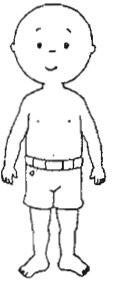
Atetosis (Atetósicos): se pasa de hipertonía a hipotonía, por lo que hay movimientos incoordinados, lentos, no controlables. Estos movimientos afectan a las manos, los pies, los brazos o las piernas y en algunos casos los músculos de la cara y la lengua, lo

que provoca hacer muecas o babear

Ataxia: sentido defectuoso de la marcha y descoordinación motora tanto

fina como gruesa. Es una forma rara en la que las personas afectadas caminan inestablemente, poniendo los pies muy separados uno del otro

Mixto: es lo más frecuente, manifiestan diferentes características de los anteriores tipos. La combinación más frecuente es la de espasticidad y movimientos atetoides.



TERAPIA OCUPACIONAL

Terapia Ocupacional

En el área de pediatría trabajamos con niños cuyas condiciones afectan su capacidad para participar en actividades diarias que van desde gatear, caminar, jugar, comer, bañarse o vestirse. El terapeuta ocupacional aborda los déficit en los componentes motores, cognitivos, sensoperceptivos y psicosociales que afectan el desempeño funcional de un individuo en las áreas de autovalimiento, productividad y esparcimiento.

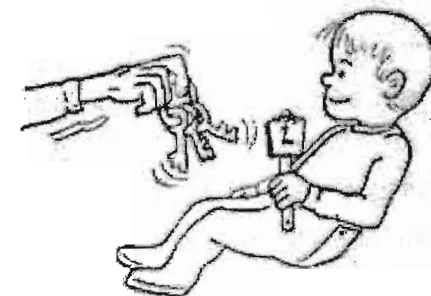
Las metas del tratamiento se dirigen a ayudar a los individuos a lograr una actitud positiva hacia sus capacidades y modificar gradualmente su habilidad disminuida con vistas a una mayor independencia en sus actividades.



TERPIA OCUPACIONAL Y RECREATIVA
HOSPITAL INFANTIL DE INFECTOLOGIA Y
REHABILITACION
ESTIMULACION SENSORPERCEPTUAL

AÑO 2009

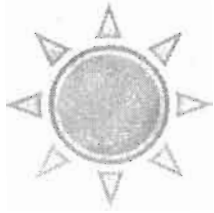
ESTIMULACION TEMPRANA EN EL AREA DE TERAPIA OCUPACIONAL



UNIVERSIDAD DE SAN
CARLOS DE GUATEMALA

ESCUELA DE CIENCIAS
PSICOLOGICAS

TERAPIA OCUPACIONAL



La terapia ocupacional es el uso terapéutico en las actividades de autocuidado, trabajo y juego para aumentar la independencia, mejorar el desarrollo y prevenir la discapacidad.

Las metas del tratamiento se dirigen a ayudar a los individuos a lograr una actitud positiva hacia sus capacidades y modificar gradualmente su habilidad disminuida con vistas a una mayor independencia en sus actividades.



El programa de Terapia Ocupacional realza las habilidades necesarias para que los individuos alcancen la mayor independencia en sus actividades de la vida diaria.

La meta fundamental de la terapia ocupacional es promover independencia en todas las áreas de la vida.

TERAPIA OCUPACIONAL PEDIÁTRICA

El niño interactúa con su medio a través del juego, el terapeuta ocupacional utiliza el juego como medio terapéutico, buscando la participación activa del niño, orientado en rehabilitar áreas en la cuales se ha visto afectado el niño.

El terapeuta ocupacional debe conocer las propiedades de los juguetes y cómo adaptarlos apropiadamente, buscando un equilibrio en las actividades de vida diaria así como también terapéuticas.

TERAPIA OCUPACIONAL Y
RECREATIVA
HOSPITAL INFANTIL DE
INFECTOLOGIA Y
REHABILITACIÓN
AÑO 2009

TERAPIA OCUPACIONAL Y RECREATIVA

T.O



HOSPITAL
INFANTIL DE
INFECTOLOGIA Y
REHABILITACIÓN

*Universidad de San
Carlos de Guatemala*
ESCUELA DE CIENCIAS
PSICOLÓGICAS

ESTIMULACIÓN VISUAL

OBJETIVOS

Brindar un ambiente, lleno de actividades novedosas y de fácil acceso al padre de familia o encargado del cuidado del niño con parálisis cerebral, fomentando la participación activa del niño, presentado estímulos visuales y buscando de esta forma una respuesta ante la variación de estímulos presentados.



INSTRUCCIONES

Puedes colocarte en un posición cómoda en tu casa tomar una manta o colchoneta, puedes colocar a tu bebé entre tus piernas, e ir realizando las actividades. Asegúrate de tener los materiales que necesitas al alcance de tu mano.



INTERVENCIÓN TEMPRANA



ESTIMULACIÓN VISUAL

Es importante realizar actividades de intervención temprana en casa, a continuación te presentamos actividades que puedes realizar con tu bebé, los objetivos planteados para las actividades, y los materiales que necesitas. ¡anímate! A realizar estas actividades que serán de beneficio en un futuro para tu bebé.



ESTIMULACIÓN VISUAL

ACTIVIDADES

1. Tapamos los ojos con una manta sobre la cabeza y cuando lo destapemos le decimos "Mira, vemos el color...". Vamos cambiando el color de luz y tapando y destapando. También se pueden realizar títeres de colores, también se puede introducir una linterna en vasos de plástico de colores diferentes.

2. se puede cubrir una linterna con una tela al alcance de su mano y le pedimos que retire la tela para encontrar la luz.

3. Presentarle una luz, cuando el bebé fije la mirada en ella, apagarla. Después presentarle otra luz bastante cerca de la primera y comprobar si gira la cabeza hacia esa nueva luz.

4. Mover cerca de él una pelota de colores vivos, o títeres de dedos de colores brillantes, hacer que siga su trayectoria. Es importante animar al bebé a que anime con la mirada.



5. Utilizar un títere para que aparezca y desaparezca, puede utilizarse un cuento para adaptarlo. Procurar que el títere se mueva y él la busque con la mirada.



6. Mostrarle un objeto sonoro, decirle que cuando lo mire, lo haremos sonar. Al principio lo colocamos al lado izquierdo, que es más sencillo para él y luego al lado derecho, que le cuesta un poco más.

7. Esconderemos un objeto. Después de mostrárselo y hacerlo sonar, le decimos "busca el objeto", cuando dirija la mirada hacia donde lo hemos escondido se lo mostraremos de nuevo y lo haremos sonar de nuevo. Reforzamiento verbal.

8. Elegimos objetos que le llamen la atención. Después se los mostramos y le dejamos que los manipule y los haga sonar. Después se le colocan en distintos lugares al alcance de su vista. Nombrar cada objeto y esperar a que él mire el objeto nombrado. Si lo mira lo hacemos sonar y lo reforzamos verbalmente.

9. Colocar el espejo frente al bebé., poner pintura de dedos, gorros sobre la cara, la cabeza,... y provocar una respuesta en él.

10. Colocar fotos o tarjetas de colores o con figuras que llevan animales, personas, y debemos estimular a el bebé que fije la mirada hacia ellas podemos acompañar las tarjetas acompañando con los sonidos de las tarjetas, por ejemplo de un gato, un perro etc.

11. Hacer reflejar las manos del niño sobre una cartulina negra, jugar con los dedos para que los vea reflejados y los siga con la mirada. Esperar su reacción. Contrastar sus manos contra un fondo negro (por ejemplo) pintarle las manos de color rojo o utilizar guante rojo y hacer que las mueva sobre la cartulina.

13. Establecemos contacto visual con el niño hablándole cantándole, soplando. Después nos escondemos y le decimos que nos busque. Cuando el niño mire el lugar donde estamos nosotros salimos y continuamos la actividad.



INSTRUCCIONES

Puedes colocarte en un posición cómoda en tu casa tomar una manta o colchoneta, puedes colocar a tu bebé entre tus piernas, e ir realizando las actividades.

Asegúrate de tener los materiales que necesitas al alcance de tu mano. La estimulación olfativa la puedes realizar con acciones fáciles como el cocinar una sopa y presentar el aroma de la sopa a tu bebé y así sucesivamente con otro tipo de comida.



PROYECTO DE INVESTIGACIÓN HOSPITAL INFANTIL DE INFECTOLOGÍA Y REHABILITACIÓN

TERAPIA
OCUPACIONAL

ESTIMULACIÓN OLFATIVA

OBJETIVO

Proveer distintas sensaciones olfativas y observar las respuestas de agrado ó desagrado en el niño/a.



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA

ESCUELA DE CIENCIAS
PSICOLÓGICAS

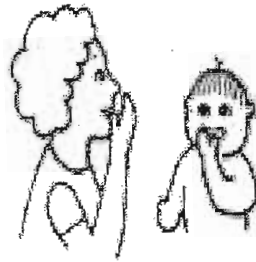
Estimulación

Olfativa

1. Se le presentarán distintos olores de lociones o perfumes, con olores diferentes para que muestre algún tipo de reacción.
2. Se coloca en el área de trabajo diversas fragancias o aromas que le llamen la atención al niño.
3. Fomentar la interacción del niño con su mamá, la madre se puede colocar diversas fragancias y abrazar a su hijo besarlo.



4. Brindar al niño a múltiples experiencias distintas utilizando objetos cotidianos como la colonia, crema de manos, el desodorante, lociones, polvos de talco, pasta de dientes, spray, crema o loción para después del afeitado, etc.



5. Exponer al niño a los olores de distintas frutas y verduras como limón, naranjas a, manzana, plátano, cebollas,, remolacha, etc.

6. De al niño la oportunidad de experimentar distintos aromas de flores como las rosas, girasoles, claveles, etc.
7. Cuando se bañe al niño, utilizar gel de baño con aroma.
8. Al lavar al niño, utilice jabones olorosos.
9. Encienda velas aromáticas.



18. Tejidos con pelusa para mantas.
19. Ponga peso en distintas partes del cuerpo.
20. Juegue con velcro. Juegue con bufandas sedosas, guantes de lana.

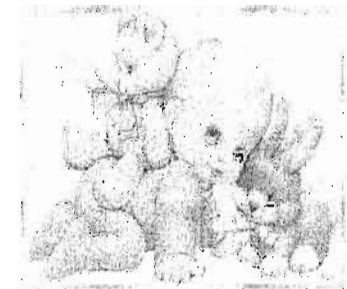


Proyecto de Investigación
Universidad de San Carlos de Guatemala
Terapia Ocupacional y Recreativa



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE
GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO
METROPOLITANO (CUM)
ESCUELA DE CIENCIAS
PSICOLOGICAS
TERAPIA OCUPACIONAL Y
RECREATIVA

INTERVENCIÓN
SENSOPERCEPTUAL
"TACTO"

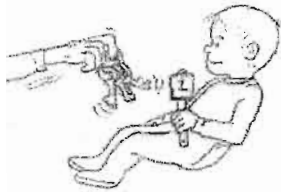


HOSPITAL INFANTIL DE
INFECTOLOGIA Y REHABILITACIÓN
(HIIR)

Guatemala, 2009

INTERVENCIÓN TERAPEUTICA DIRIGIDO A NIÑOS CON PARÁLISIS CEREBRAL

ESTIMULACIÓN TACTIL



OBJETIVOS

- Despertar distintas sensaciones en partes del cuerpo tales como: la cara, las manos, los brazos y las piernas, principalmente.
- Experimentar sensaciones contrarias como por ejemplo el frío, el calor, la suavidad, la rugosidad.
- Focalizar la importancia del tacto como fuente de exploración de distintos objetos.

ACTIVIDADES A REALIZAR

1. Llevar la mano del bebé para que sienta, a través del tacto, distintos tejidos como la tela de saco, el algodón, la seda, la lana, trapo del polvo, la pana,.. Esperar sus reacciones y acompañarlas con la voz.
2. Utilizamos crema de manos, aceite para niños,... y le untamos las manos con ello. Ayudarle para que se las acaricie y se extienda la crema por todos los dedos recorriéndoselos.
3. Mantener extendidas las manos después de una fase de relajación e ir soplándole uno a uno los dedos, esperando sus respuestas.
4. Utilizaremos el agua para que el bebé introduzca sus manos y ayudarle a relajarse de ese modo, recorriendo también dedo a dedo sus manos.
5. El niño palpará con la misma mano dos superficies muy distintas seguidas como el cristal y el agua caliente, el agua fría y el agua caliente, madera, metal y esperar su reacción.
6. Acariciamos distintas partes del cuerpo: brazos, manos, dedos, cara

con calcetines, guantes, esponjas algodón, plumas, lana.

7. Juegos con agua, Juegos con plasticina, Juegos con masa, con arena, con macarrones, arroz cereales, legumbres, frijol, linaza gelatina de cabello, duroport juguetes vibrantes.
8. Envuelva al niño con tejidos de distintas texturas.
9. Utilice un secador.
10. Utilice un abanico.
11. Exponga al niño a corrientes de aire.
12. Coloque al niño en distintos tipos de suelo.
13. Juegue en agua templada jabonosa.
14. Pintura de dedos con natillas, puré.
15. Juegue con cremas de afeitar de distintos olores.
16. Juegue con harina, azúcar, sal.
17. Use cepillos de ropa, cepillos de uñas borla de polvos. Utilice lija, plástico esponjas.

INTERVENCIÓN TEMPRANA

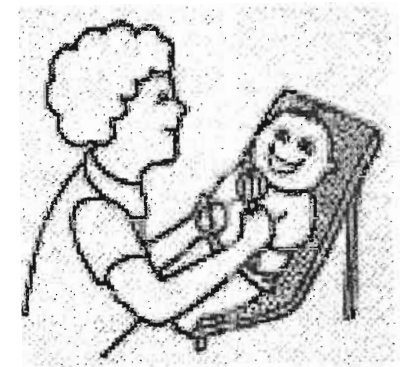
Es importante que estimules a tu hijo a realizar las actividades con materiales que tienes en casa y de fácil acceso. Para conseguir una mayor atención y concentración ante los sonidos y las percepciones sensoriales asociadas.



TERAPIA OCUPACIONAL Y
RECREATIVA
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
HOSPITAL DE INFECTOLOGIA Y
REHABILITACIÓN
AÑO 2009

INTERVENCIÓN TEMPRANA

Estimulación Auditiva



Terapia Ocupacional

*Universidad de San
Carlos de Guatemala*

Estimulación Auditiva



ACTIVIDADES

1. El padre de familia debe colocarse en frente del niño y realizar diversos sonidos con su cuerpo, con las manos, aplaudir, chasquidos, realizar diversos sonidos con la boca, fomentando la reacción del niño.
2. Utilizar distintos elementos como globos, botellas o cajas llenas de piedrecitas, bolsitas sonoras, muñecos, instrumentos y juguetes musicales, etc en lugares diferentes de la casa, haciéndolos sonar alternativamente para que el niño gire la cabeza hacia el objeto sonoro.

3. Con ayuda de canciones infantiles para que el bebe reconozca la música, cantarlas muy cerca de él, fomentando la interacción con su mamá.



4. Utilizar el cartón del rollo de papel higiénico como altavoz. Animar la participación del padre de familia para que este realice sonidos de animales con el rollo.

5. Alentar que el padre de familia provea sonidos, con instrumentos de música, que tenga en su hogar, ya sea flautas, armónicas, guitarras, pandeteras etc.

6. Incrementar la comunicación, que el padre de familia aumente su relación con el niño que le hable, que le cante, que le cuente una historia o un cuento.



7. Se puede realizar una pulsera de cascabeles y colocarla en la muñeca o en los tobillos del bebé e estimularle a moverse.

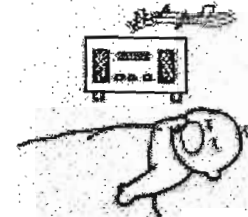
8. Aplaudir y motivar al niño imitar la acción y el sonido.

9. Introduzca cajas de música.

10. Introduzca materiales que hagan ruido. Por ejemplo doblar o estrujar papel de celofán, papel de envolver, periódicos, etc.

11. Juegue con despertadores.

12. Utilice sonajeros.





Proyecto de Investigación
Universidad de San Carlos de Guatemala
Terapia Ocupacional y Recreativa



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE
GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO
METROPOLITANO (CUM)
ESCUELA DE CIENCIAS
PSICOLOGICAS
TERAPIA OCUPACIONAL Y
RECREATIVA

INTERVENCIÓN
SENSOPERCEPTUAL
“GUSTO”



HOSPITAL INFANTIL DE
INFECTOLOGIA Y REHABILITACIÓN
(HIIR)

Guatemala, 2009

INTERVENCIÓN TERAPEUTICA DIRIGIDO A NIÑOS CON PARÁLISIS CEREBRAL

ESTIMULACIÓN GUSTATIVA

OBJETIVOS

- Experimentar diferentes sabores y texturas para que muestre sus preferencias.

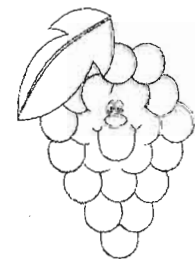
ACTIVIDADES A REALIZAR:

1. Se le presentan diferentes sabores (limón, melocotón, leche con chocolate,..) y texturas (yogures, dulces.) con ayuda de cuentagotas, chupetes o vasos adaptados.
2. Proporcionar mordedores de diferentes sabores para que los muerda o chupe.
3. Presentar al niño sabores suaves: azúcar, miel, purés de manzana, fresa, dulces etc.



4. Exponga al niño a sabores agrios como el limón, lima, naranja en nata líquida, yogurt, etc.
5. Muestre al niño a sabores ácidos: té, café.

6. Presente al niño a sabores salados: sal, sopas, verdura cocida.
7. Dar al niño dulces de distintos sabores.
8. Comprar distintas pastas de dientes. Probarlas con el niño.
9. De al niño distinto tipo de licuados de piña, papaya, melón, zanahoria etc.



RESUMEN

La terapia ocupacional a través de la intervención temprana busca aprovechar la capacidad de aprendizaje y adaptabilidad del cerebro en beneficio del niño. La parálisis cerebral es un grupo de afecciones neuromusculares que provocan disturbios motores originados por una lesión cerebral no progresiva, producida antes, durante o después del parto. Se altera la función neuromuscular con defectos sensoriales, dificultad de aprendizaje con déficit intelectual, problemas emocionales y a veces problemas del habla. La teoría de Ayres, se basa tanto en principios de neurobiología como en su práctica como terapeuta ocupacional, su definición de integración sensorial fue la organización de las sensaciones para el uso de la ocupación humana.

Al trabajar con niños, el juego es un medio práctico y elemental que les llama la atención, favorece la coordinación motriz, estimula las reacciones sensoriales así como también las habilidades perceptuales. La Intervención Temprana es toda actividad que oportuna y acertadamente enriquece al niño en su desarrollo físico y psíquico, si esta enfocada en el área sensorial favorece la capacidad neurovegetativa y vivencial en el proceso del desarrollo cognitivo del ser humano, le permite mantenerse en interacción constante con el medio. El papel que juega la familia o grupo de apoyo, es de vital importancia para estimular el desarrollo sensorial del niño, con la aplicación de estas actividades se pretende aumentar el conocimiento que el niño tiene de su entorno y de sí mismo; todo ello en un ambiente que propicie, fomente la motivación, alegría y la experimentación a través de los sentidos.

La intervención pone énfasis en aspectos como: la educación familiar; explicar y ayudar a la familia, proporcionar técnicas y guías; mejorar la comunicación entre padres e hijos, y por último regular la cantidad e intensidad de estímulos que el ambiente ofrece de acuerdo con las necesidades individuales de cada niño, facilitando un ambiente novedoso en experiencias sensoriales, en el cual el niño es un activo participante. El terapeuta sigue la motivación intrínseca del niño mientras favorece la experiencia y la exploración.