

PROYECTO ESTIMULACIÓN TEMPRANA



UNIVERSIDAD
DE BURGOS

RUIZ ORDÓÑEZ, Carmen

SANTOLAYA CALVO, Noa

VAQUERO MORADILLO, Ainhoa

VIDAL REDONDO, Sara

Estimulación temprana

3º T.O. 2019-2020

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	3
1.1. DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD	3
1.2. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	6
2. JUSTIFICACIÓN.....	8
3. DESARROLLO DEL PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA.....	11
3.1. DESCRIPCIÓN DEL CASO	11
3.2. DESARROLLO DE LA LÍNEA BASE DE INTERVENCIÓN	13
3.3. DISEÑO DE UN PROGRAMA	16
CRONOGRAMA	22
ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	23
PLANIFICACIÓN DEL SEGUIMIENTO	25
4. CONCLUSIONES	26
5. LÍNEAS FUTURAS DE INTERVENCIÓN	27
6. BIBLIOGRAFÍA.....	29
7. BIBLIOGRAFÍA DE IMÁGENES.....	30
8. ANEXO 1.....	32

1. INTRODUCCIÓN

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD

La hipoacusia se define como la disminución de la percepción auditiva. Asimismo, dentro de ella se pueden diferenciar cuatro grados: leve, moderada, grave y profunda. En este caso clínico la pérdida es moderada, en la que se aprecia dificultades con la voz normal y existen problemas en la adquisición del lenguaje, ya que el lenguaje aparece de forma natural y espontánea pero con retraso y muchas dificultades fonarticulatorias. En estos casos, necesitan apoyarse en la lectura labial y presentan importantes problemas de comprensión en ambientes ruidosos o en intercambios múltiples (1), (2).

El tipo de hipoacusia a tratar es adquirida, esta es una sordera originada por enfermedades sobrevenidas que afectan a la audición en sujetos que presentan un oído genéticamente perfecto. Según la época en que aparecen pueden ser perinatales, prenatales y postnatales (2).

Las hipoacusias adquiridas perinatales son ocasionadas por disturbios que producen sufrimiento neonatal y por enfermedades que originan encefalopatía.

Según el momento de adquisición, el tipo de sordera se agrupa en prelocutiva o postlocutiva. La sordera prelocutiva es la pérdida auditiva está presente antes de que se haya desarrollado el lenguaje, y la sordera postlocutiva, la pérdida auditiva aparece cuando ya existe lenguaje (3).

Según la localización, la pérdida auditiva puede ser de conducción o de percepción (3):

- de conducción o de transmisión: presentan alteraciones en la transmisión del sonido a través del oído externo y medio. Tienen un pronóstico favorable, con escasas consecuencias sobre el lenguaje, siempre que se realice un abordaje farmacológico, quirúrgico y/o audioprotésico adecuado en tiempo y forma, y

- de percepción o neurosensoriales: son debidas a lesiones en el oído interno o en la vía nerviosa auditiva.

Respeto a la epidemiología de la hipoacusia infantil, se recogen los datos del Instituto Nacional de Estadística (año 2000), en España viven alrededor de un millón de personas afectadas de discapacidad auditiva; de ellas, cien mil padecen sordera profunda. Según datos de la CODEPEH, en España se estima que (2), (3):

- Aparecen 378 nuevos casos de sordera profunda al año, lo que corresponde al uno por mil nacidos.
- 5 de cada 1.000 nacidos (1.890 niños/año) padecen sordera
- Alrededor de dos mil familias, cada año, están afectadas por la presencia de una discapacidad auditiva en uno de sus hijos.
- Más del 90% de los niños sordos nacen en el seno de familias cuyos padres son oyentes.
- El 40% de la población infantil con sordera severa y profunda van a ser candidatos al implante coclear.
- El 80% de las sorderas infantiles permanentes están presentes en el momento de nacer.
- El 60% de las sorderas infantiles tienen origen genético.
- Sólo en el 50% de los recién nacidos con sordera se identifican indicadores de riesgo.

Las implicaciones que puede causar la sordera prelocutiva son en relación al pensamiento, memoria, acceso a la lectura, actitudes de aprendizaje y rendimiento académico y personalidad.

En relación a las implicaciones sobre el pensamiento el niño que presenta una discapacidad auditiva anterior a la adquisición del lenguaje deberá disponer, lo antes posible, de un lenguaje funcional y complejo que le sirva para comunicarse y que, además, contribuya a la estructuración de su pensamiento. Los niños con hipoacusia tienden, en general, a un pensamiento más directamente vinculado a lo que se percibe inmediatamente. Rinden igual que los oyentes cuando se hallan en niveles superficiales de procesamiento de la información, cuando existe referencia suficiente a los elementos físicos concretos, pero se muestran menos eficaces cuando se exige un alto nivel de procesamiento, cuando la tarea exige descubrir conceptos o relaciones, o manejo de material no significativo. Además, en el desarrollo del pensamiento lógico, atraviesan por las mismas etapas que los niños oyentes, pero con un retraso variable dependiendo de la competencia lingüística alcanzada (3).

En cuanto a la memoria cabe destacar que el tipo de memoria más alterado es la memoria a corto plazo o memoria de trabajo al carecer de un código acústico y de la información que reportan ciertos aspectos lingüísticos como la fonología, la semántica y la morfosintaxis. Diversos estudios muestran la relación entre lenguaje y memoria en personas sordas y en oyentes. Se comprobó que cuando se trata de memorizar palabras escritas, se almacenan fonemas, aunque lo que se vea sean grafemas (letras), por lo que se llegó a la conclusión de que la memoria a corto plazo se basa en algún tipo de código acústico o, al menos, relacionado con el habla. Más concretamente, en la última década, múltiples investigaciones realizadas sobre la memoria de trabajo han demostrado que la capacidad de memoria depende, en parte, de la capacidad de la persona para repasar subvocalmente, y que existe una estrecha relación entre el repaso y el efecto de similitud fonémica. Se ha constatado con ello la repercusión que tiene la adquisición del sistema fonológico en tareas de memoria. Esta adquisición se realiza de forma natural

en los niños oyentes, antes de los tres primeros años de vida, que, en el caso del niño con hipoacusia, es necesario proporcionarle la estimulación auditiva y la información visual del lenguaje para poder interiorizar el sistema fonológico (3).

Desde el punto de vista de la personalidad, en la edad adulta las personas con hipoacusia llegan a ser adultos socialmente competentes y con independencia personal en relación con el entorno en el que vive. Las personas que no han recibido un tratamiento audioprotésico y logopédico adecuado necesitan mayor esfuerzo para ser autónomos; sin embargo, no siempre se recompensa el esfuerzo que realizan, repercutiendo en su autoestima. Además, el aislamiento comunicativo y la falta de integración en el entorno provoca desajustes sociales y respuestas socialmente inadecuadas (3).

1.2. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

El servicio de estimulación temprana desde el ámbito de terapia ocupacional se corresponde con los centros de atención socio-comunitaria ya que es un centro privado que atiende a niños con necesidades de atención temprana en niños de 0-6 años con pérdida auditiva.

El centro se llama Centro de Audición y Lenguaje (CEAL) hipoacusia, el cual cuenta con diferentes programas como: implante coclear, intervención temprana centrada en la familia, para niñas y niños de 4 a 6 y apoyo a la inclusión escolar y adultos con pérdida auditiva (4).

En este caso, la intervención se va a centrar en el servicio de intervención temprana centrada en la familia. Este programa cuenta con un equipo interdisciplinar que se divide en cuatro subservicios (4):

- 1. Fonoaudiología:** El equipo de trabajo está formado por profesoras con lenguaje de signos, fonoaudiólogas y logopeda en intervención temprana. Se encarga de ejecutar un plan terapéutico individual de dos sesiones a la semana, según las particularidades de cada niño buscando alcanzar el mayor potencial de cada persona en las áreas de comunicación, audición, lenguaje, habla y pensamiento. Se trabaja el entrenamiento auditivo y la estimulación multisensorial para dotar a las personas sordas de estrategias comunicativas que faciliten su autonomía e integración social.
- 2. Psicología:** los profesionales de este servicio tienen como objetivos potenciar las fortalezas y mejorar las debilidades de la personalidad del niño ayudándolo a mantener la motivación en cada etapa de su vida, conocer otras problemáticas que puedan obstaculizar el aprendizaje y buen desarrollo realizando un diagnóstico diferencial de patologías afines, así como orientar e informar a la familia.
- 3. Psicopedagogía:** El equipo del área está conformado por Licenciadas en Psicopedagogía, Profesora en Ciencias de la Educación, Docentes de los niveles Inicial, Primario, Secundario y Universitario, Profesora de Inglés y de Matemáticas. En cuanto a los objetivos de este servicio se encuentran la prevención, evaluación y tratamiento ante la diversidad en el aprendizaje de los niños y jóvenes con diversidad funcional auditiva (DFA) y/o con trastornos en los aprendizajes. También asesoran y colaboran con las familias, profesionales de la educación e instituciones de nivel inicial, primaria y secundaria en todas sus modalidades con el fin de lograr una exitosa inclusión educativa y social.
- 4. Terapia Ocupacional:** los principales objetivos del servicio son prevenir posibles disfunciones en el desempeño diario y desarrollo psicomotor del niño;

promover y aplicar estrategias de tratamiento y rehabilitación para obtener el mayor nivel de funcionamiento, autonomía y bienestar.

Todos estos profesionales comparten una mirada positiva e integral del niño con hipoacusia. De esta manera se plantean tratamientos individualizados, respetando las características de cada paciente, potenciando sus fortalezas y planificando objetivos de intervención junto a su familia.

Al mismo tiempo, se pueden establecer reuniones de coordinación con otros profesionales y servicios relacionados como pueden ser (6):

- El servicio de otorrinolaringología del Hospital
- Centro Base
- Centros audioprotésicos
- Centros de salud
- Equipos psicopedagógicos del Ministerio de Educación
- Centros de enseñanza

Se fomenta un equipo de trabajo junto a los padres para lograr los mejores resultados con los niños con pérdida auditiva, que se basa en una relación positiva, de confianza y respeto.

2. JUSTIFICACIÓN

Siguiendo el Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional de la AOTA (7), se encuentran afectadas diferentes áreas de ocupación definidas en el dominio de Terapia Ocupacional, debido a que existen dificultades en varios aspectos y factores del desempeño, por ello, los enfoques que se van a utilizar son promover, prevenir y restaurar las destrezas y patrones de ejecución afectadas, realizando

intervenciones dirigidas hacia un desarrollo del área motora, cognitiva, del lenguaje, y socialización centrándonos en el entorno social y familiar.

Además, debido a que se ofrece una atención individualizada e integral, se utiliza diferentes marcos de referencia como Modelo de la Ocupación Humana, Neurodesarrollo, Integración Sensorial y abordaje temprano centrado en la familia, entre otros (4).

En el presente caso, el área en la que se va a intervenir es la de socialización, ya que esta se encuentra afectada e impide que el resto de las áreas puedan desarrollarse de manera eficaz o normativa. Cabe destacar que todas ellas están interrelacionadas y por tanto la intervención y consiguiente mejora en esta favorecerá el desempeño en las demás.

Esta área incluye la interacción social y la autonomía personal, dos factores imprescindibles del desempeño ocupacional, propio de la profesión de terapia ocupacional.

Acerca del nivel de prevención que se va a tratar, se considera una prevención terciaria debido a que se tratan de acciones dirigidas a paliar situaciones que se identifican como de crisis biopsicosocial ya que la hipoacusia es debida a una encefalopatía de etiología congénita. El objetivo es evitar que esta crisis se agrave y, por lo tanto, impulsar soluciones activando un proceso de reorganización trabajando con el niño, con la familia, y el entorno (5).

Este nivel de intervención pretende dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades que presenta el niño con este trastorno, teniendo en consideración al niño en su globalidad; su diseño, planificación y ejecución además del terapeuta ocupacional

ha de ser por un equipo de profesionales interdisciplinar, comentados en la práctica anterior (5).

Por ello, las funciones del terapeuta ocupacional en su intervención en AT en relación con el caso son (8):

- Evaluar el desarrollo evolutivo del niño, realizando una valoración integral para conocer posibles dificultades sensoriales, motoras, sociales, comunicativas y cognitivas, que influyan en el desempeño ocupacional acorde a su edad.
- Establecer un diagnóstico ocupacional en base a la evaluación realizada y su posterior diseño y planificación de tratamiento.
- Prevenir posibles disfunciones en el desempeño diario y desarrollo psicomotor del niño.
- Promover y entrenar la adquisición de habilidades y destrezas motoras, de procesamiento y de comunicación e interacción del niño a través del juego para lograr el mayor nivel de funcionamiento, autonomía y bienestar.
- Potenciar y entrenar la autonomía e independencia y funcionalidad de los niños en la realización de las tareas de la vida diaria como el desvestido-vestido, aseo-higiene, alimentación, actividades lúdicas y escolares.
- Asesorar la elección de implante coclear y el entrenamiento en su uso.
- Asesorar a la familia y a su entorno (escolar, ocio y de participación social) sobre el manejo ante determinadas circunstancias de los productos de apoyo y adaptaciones necesarias eliminando o minimizando las barreras existentes que dificultan o imposibilitan la autonomía del niño en su contexto.

3. DESARROLLO DEL PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA

3.1. DESCRIPCIÓN DEL CASO

Edad cronológica actual. 2 años 8 meses.

Historia clínica:

- Embarazo normal.
- Encefalopatía de etiología congénita.
- Hipoacusia media por pérdida conductiva de oído.

Desarrollo actual:

- Área de desarrollo psicomotor.
 - A nivel de *psicomotricidad gruesa*: No se desplaza de forma autónoma, puede dar algunos pasos si se le guía de los antebrazos. Puede permanecer sentado en una silla con ayuda.
 - A nivel de *psicomotricidad fina*: Puede coger objetos con la mano derecha, no se observa que los pase de una mano a otra, ni que coja uno en cada mano. Puede hacer la pinza. No realiza torres. Puede meter y sacar una figura redonda de un tablero de encajamiento y meter la figura cuadrada.
 - Se observa cierta hipotonía muscular e imprecisión motriz.
- Área de desarrollo del lenguaje: Presenta una edad de 10 meses.
 - Comprensión: Responde a la orden de dame acompañada por gestos, comienza la asociación de palabras familiares con los objetos, animales o personas correspondientes. Comprende órdenes muy simples contextualizadas y acompañadas de gestos. Puede responder al no y comprende prohibiciones.

- *Expresión:* Puede decir la palabra “mama” con un sentido funcional. No se observan protoimperativos ni protodeclarativos. No imita sonidos pero si puede imitar algunos gestos.
- *Área de desarrollo cognitivo:* Presenta una edad de desarrollo de 12 meses.
 - Presenta problemas en la adquisición de los prerrequisitos básicos de aprendizaje (tiene contacto ocular espontáneo pero no en todos los momentos, no siempre tiene contacto ocular ante orden el seguimiento de instrucciones está dificultado así como los niveles atencionales).
 - No tiene totalmente adquirida la permanencia de objeto.
 - Respecto del desarrollo del Juego Simbólico está iniciando su desarrollo. son acciones simples y aisladas sobre los objetos.
- *Área de desarrollo de socialización:* Tiene una edad de desarrollo aproximada de 12 meses.
 - *Autonomía personal:*
 - No deambula de forma autónoma.
 - No controla esfínteres.
 - Puede beber en taza.
 - Inicia el ayudar a guardar juguetes si la orden se acompaña de gestos.
 - *Interacción social:* No se observan conductas de interacción iniciadas de forma autónoma ni respecto a los adultos desconocidos ni respecto del grupo de iguales. Respecto al entorno familiar las pautas de interacción parecen ser mejores.

3.2. DESARROLLO DE LA LÍNEA BASE DE INTERVENCIÓN

El programa de estimulación temprana de Terapia Ocupacional se va a centrar en el área de desarrollo de la socialización, en el cual se incluye la autonomía personal e interacción social. Para establecer la línea base de intervención se ha seleccionado los ítems de acuerdo al informe del caso en cuanto a sus habilidades, para ello se ha utilizado una escala de desarrollo como es el registro de la Guía Portage, tabla 1 (9).

La Guía Portage además del área de socialización, cuenta con otras cuatro áreas de desarrollo como son el lenguaje, autoayuda, cognición y desarrollo motriz. Para desarrollar la evaluación inicial se han escogido pautas de algunas de ellas para completar el área de autonomía e interacción social ya que el área de socialización no cumplía con todos los requisitos y ambas áreas están en una interacción conjunta.

Esta herramienta es útil ya que además de evaluar el desarrollo permite la guía para planificar y llevar a cabo la intervención.

Estas plantillas nos permiten elegir las conductas que realiza, y las que no, marcando en una escala tipo Likert la frecuencia, siendo 1= nunca y 4= siempre.

Todo ello, nos indica e introduce dónde se encuentra el niño y qué es lo que hace, es decir, el nivel de desarrollo actual. Para así comprobar el desfase del niño en su desarrollo evolutivo, como se muestra en el gráfica 1 y gráfica 2.

Una vez realizado estos pasos previos se recogerán los periodos de evaluación y seguimiento, y el programa desde una estructura definiendo los criterios de evaluación y los procedimientos cognitivos, así como las actividades para entrar, desarrollar y/o potenciar la adquisición de esa tarea, como se muestra de forma más esquemática en el Anexo 1.

Se intervendrá en aquellas conductas, en cuya evaluación el usuario tenga valores entre 1 y 2 en una escala tipo Likert de 1 a 5 donde indica que nunca efectúa dicha conducta y 5 que la efectúa siempre. Comenzando por aquellos que requieren mayor atención o prioridad, cuya valoración es 1, es decir, no realiza nunca esta tarea.

ÍTEMS	PUNTUACIÓN			
	1	2	3	4
AUTONOMÍA PERSONAL				
Come solo con una cuchara				
Se sienta un orinal infantil durante 5 min				
Indica la necesidad de ir al baño por medio de ademanes o palabras				
Se sienta apoyándose solo				
Se pone de pie apoyándose en algo				
Se pone de pie con un mínimo de apoyo				
Se mantiene de pie solo durante un minuto				
Camina con un mínimo de apoyo				
Da unos cuantos pasos sin apoyo				
INTERACCIÓN SOCIAL				
Observa a una persona que se mueve directamente dentro de su campo visual				
Juega solo durante 10 minutos				
Manipula un juguete o un objeto				
Imita en el juego los movimientos de otro niño				
Extiende un juguete u objeto al adulto y se lo da				
Responde cuando se le llame por su nombre, mirando o extendiendo los brazos para que se coja				
Juega cuando hay otro niño presente				
Juega con dos o tres niños de su edad				
Toma parte con otra persona en juegos que ayudan a desarrollar destreza manual				

Tabla 1. Evaluación inicial

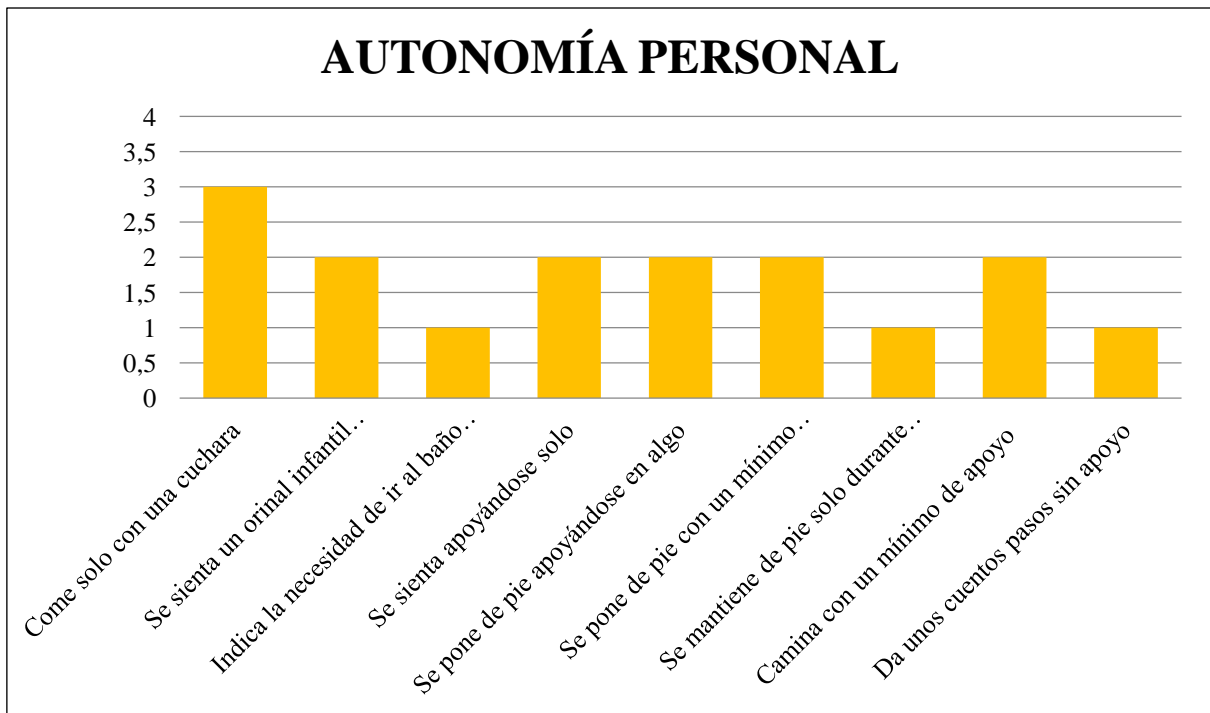


Gráfico 1. Evaluación inicial autonomía personal

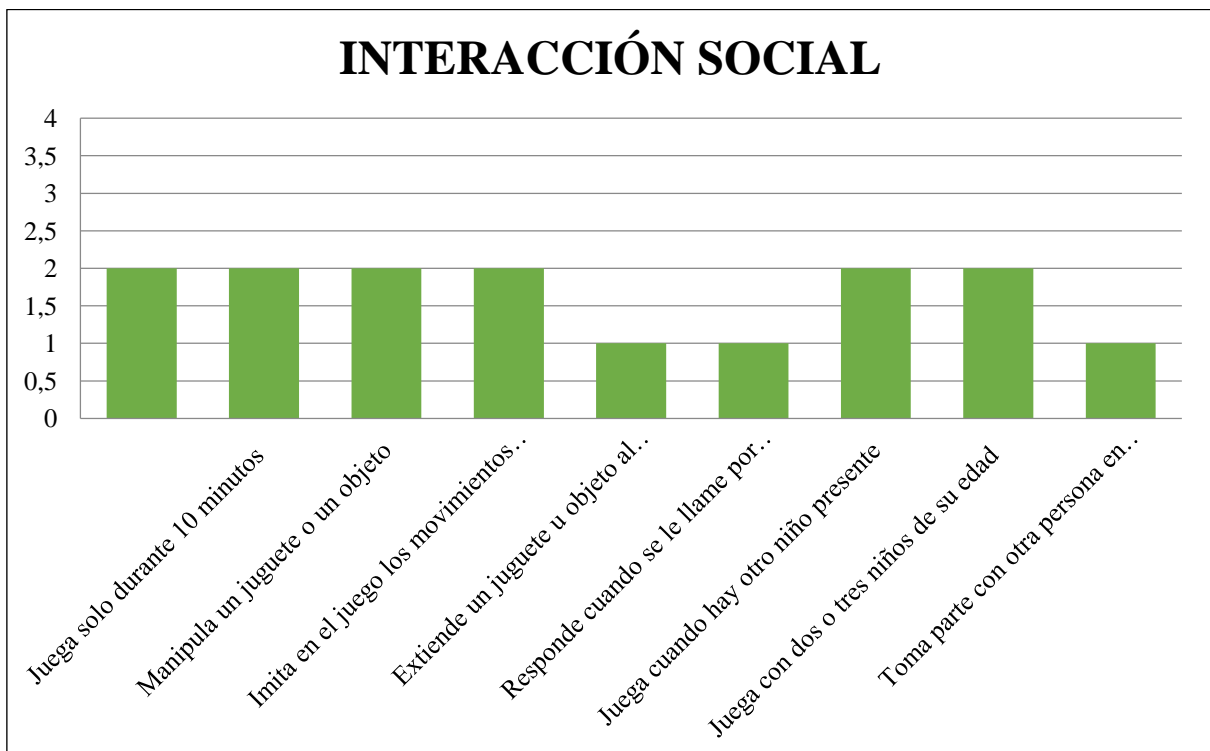


Gráfico 2. Evaluación inicial interacción social

3.3. DISEÑO DE UN PROGRAMA

Los objetivos que se pretenden alcanzar en la intervención con el usuario serán los siguientes:

- Objetivo general: Mejorar el área del desarrollo de socialización, tanto autonomía como interacción social.
- Objetivos específicos:
 - Que el niño indique la necesidad de ir al baño por medio de gestos o palabras
 - Que el niño se mantenga de pie solo durante un minuto
 - Aumentar el número de pasos sin apoyo
 - Que el niño coja un juguete u objeto que le ofrece el adulto
 - Que el niño responda cuando se le llame por su nombre
 - Que el niño participe en juegos con otra persona en juegos

Así pues, los criterios de evaluación con sus respectivas tareas y materiales serán los siguientes:

1. Indica la necesidad de ir al baño por medio de ademanes o palabras

El terapeuta utiliza siempre las mismas palabras y gestos para referirse a ir al baño.

Elogiar cuando el niño avisa. El terapeuta realiza y enseña la expresión que indiquen la necesidad de ir al baño, trabajando los protoimperativos, como puede ser señalar la zona genital.

- Estrategia de entrenamiento: Modelado cognitivo
- Materiales: No es necesario.

2. Se mantiene de pie solo durante un minuto

El terapeuta pone al niño de pie y este apoya las manos en una cocina de juguete. Gradualmente se va eliminando el apoyo, ofreciéndole juguetes para que suelte sus manos y mantenga su atención en los diferentes juguetes como una taza, comida de juguete, etc. Considerando tener un objeto en cada mano para ayudar al mantenimiento del equilibrio. Para potenciar el tiempo en bipedestación apoyar al niño la espalda contra la pared.

- Estrategia de entrenamiento: Moldeado cognitivo
- Materiales: Cocina de juguete de 72x40x109 cm además de comida y utensilios de cocina de juguete de colores llamativos, diferentes texturas y material blando



Imagen 1. Cocina de madera



Imagen 2. Utensilios cocina de juguete



Imagen 3. Comida de juguete

3. Da unos cuantos pasos sin apoyo

El terapeuta se pone delante del niño sosteniendo ambas manos e inicia suavemente el paso hacia delante, soltándole poco a poco.

Colocar dos sillas enfrentadas a unos 2 pasos de distancia, en cada una de ellas habrá un objeto de interés del niño y dejar que el niño vaya hacia ellas para progresivamente llevar la silla hacia atrás aumentando la distancia.

Poner al niño encima de una alfombra interactiva de animales y pedirle o indicarle que vaya a un animal concreto que se encuentra a unos pocos pasos.

- Estrategia de entrenamiento: Moldeado cognitivo
- Materiales: Peluches y alfombra interactiva de animales: vaca, oveja, cerdo... y dos sillas pequeñas de madera



Imagen 4. Alfombra interactiva de animales



Imagen 5. Vaca de peluche

4. Extiende un juguete u objeto al adulto y se lo da

El terapeuta coloca un objeto en la mano del niño y le indica que lo quiere diciéndole “dámelo” y acompañándolo de un gesto, extendiendo la mano hacia el niño.

Puede utilizar un juguete música que al dárselo al terapeuta le muestra el sonido e iluminación que produce el juguete, de vez en cuando se devuelve al niño el juguete para que se dé cuenta de que un juguete se puede compartir.

- Estrategia de entrenamiento: Moldeado cognitivo
- Materiales: Juguete interactivo blandito que al apretarlo produzca sonido y luz



Imagen 6. Osito interactivo con luz y sonido

5. Responde cuando se le llame por su nombre, mirando o extendiendo los brazos para que se coja

Decir el nombre del niño frecuentemente y siempre antes de darle cualquier indicación.

Colocar al niño frente al espejo y tocarle, señalarle y decir su nombre; posteriormente el terapeuta se señala y dice su nombre.

Decir el nombre del niño a la vez que se hace sonar un juguete para que preste atención y se dirija al objeto; poco a poco se va a disminuir el sonido para finalmente se diga el nombre del niño sin necesidad de utilizar el juguete.

Usar títeres que hablen al niño y repitan su nombre con frecuencia.

Iluminar al niño al mismo tiempo que se dice el nombre para que así reaccione a la luz a la vez que escucha el nombre, eliminamos gradualmente la linterna a medida que el niño es capaz de responder a su nombre sin la ayuda de la luz.

- Estrategia de entrenamiento: Guía externa manifiesta: moldeado
- Materiales: Espejo, coche de policía con sonido de sirena, títeres y linterna con diferentes formas y colores.



Imagen 7. Títere y teatro



Imagen 8. Coche policía con sirena



Imagen 9. Linterna interactiva



Imagen 10. Espejo

6. Toma parte con otra persona en juegos que ayudan a desarrollar destreza manual

El terapeuta empuja juguetes y anima a que el niño le imite.

Tirar de un juguete con cuerda poniendo está en la mano del niño y ambos caminen tirando de ella.

El terapeuta tira un cochecito por una rampa de juguete celebrando gestualmente cuando este llega abajo y que posteriormente el niño repita la actividad colocando el coche el mismo en la rampa.

- Estrategia de entrenamiento: Modelado cognitivo
- Materiales: Rampa de juguete, cochecitos, pelotas, peluches y conejito para tirar con cuerda.



Imagen 11. Juguete con cuerda



Imagen 12. Coches de juguete

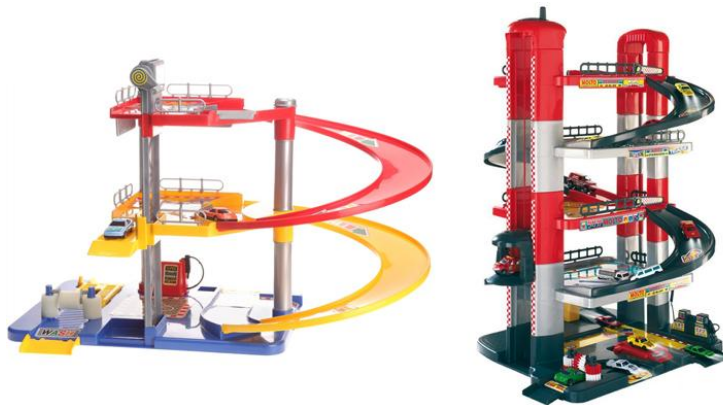


Imagen 13. Rampa de juguete

CRONOGRAMA

SEMANA	L	M	X	J	V
1°		Autonomía personal: Indica la necesidad de ir al baño por medio de ademanes o palabras		Interacción social: Extiende un juguete u objeto al adulto y se lo da	Repaso de sesiones semanal
2°		Autonomía personal: Indica la necesidad de ir al baño por medio de ademanes o palabras		Interacción social: Extiende un juguete u objeto al adulto y se lo da	Repaso de sesiones semanal
3°		Autonomía personal: Se mantiene de pie solo durante un minuto		Interacción social: Responde cuando se le llame por su nombre, mirando o extendiendo los brazos para que se coja	Repaso de sesiones semanal
4°		Autonomía personal: Se mantiene de pie solo durante un minuto		Interacción social: Responde cuando se le llame por su nombre, mirando o extendiendo los brazos para que se coja	Repaso de sesiones semanal
5°		Autonomía personal: Da unos cuantos pasos sin apoyo		Interacción social: Toma parte con otra persona en juegos que ayudan a desarrollar destreza manual	Repaso de sesiones semanal
6°		Autonomía personal: Da unos cuantos pasos sin apoyo		Interacción social: Toma parte con otra persona en juegos que ayudan a desarrollar destreza manual	Repaso de sesiones semanal
7°		Autonomía personal: Indica la necesidad de ir al baño por medio de ademanes o palabras		Interacción social: Extiende un juguete u objeto al adulto y se lo da	Repaso de sesiones semanal
8°		Autonomía personal: Indica la necesidad de ir al baño por medio de ademanes o palabras		Interacción social: Extiende un juguete u objeto al adulto y se lo da	Repaso de sesiones semanal
9°		Autonomía personal: Se mantiene de pie solo durante un minuto		Interacción social: Responde cuando se le llame por su nombre, mirando o extendiendo los brazos para que se coja	Repaso de sesiones semanal
10°		Autonomía personal: Se mantiene de pie solo durante un minuto		Interacción social: Responde cuando se le llame por su nombre	Repaso de sesiones semanal

11°		Autonomía personal: Da unos cuantos pasos sin apoyo		Interacción social: Toma parte con otra persona en juegos que ayudan a desarrollar destreza manual	Repaso de sesiones semanal
12°		Autonomía personal: Da unos cuantos pasos sin apoyo		Interacción social: Toma parte con otra persona en juegos que ayudan a desarrollar destreza manual	Repaso de sesiones semanal

Tabla 2. Cronograma de la intervención

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Tras la realización de la intervención en Atención Temprana en el área de socialización, se observa un progreso notable aumentando la puntuación en los ítems evaluados mediante la Guía Portage.

Tabla 3. Evaluación final

ÍTEMS	PUNTUACIÓN			
	1	2	3	4
AUTONOMÍA PERSONAL				
Come solo con una cuchara				
Se sienta un orinal infantil durante 5 min				
Indica la necesidad de ir al baño por medio de ademanes o palabras				
Se sienta apoyándose solo				
Se pone de pie apoyándose en algo				
Se pone de pie con un mínimo de apoyo				
Se mantiene de pie solo durante un minuto				
Camina con un mínimo de apoyo				
Da unos cuantos pasos sin apoyo				
INTERACCIÓN SOCIAL				
Observa a una persona que se mueve directamente dentro de su campo visual				
Juega solo durante 10 minutos				
Manipula un juguete o un objeto				
Imita en el juego los movimientos de otro niño				
Extiende un juguete u objeto al adulto y se lo da				
Responde cuando se le llame por su nombre, mirando o extendiendo los brazos para que se coja				
Juega cuando hay otro niño presente				
Juega con dos o tres niños de su edad				
Toma parte con otra persona en juegos que ayudan a desarrollar destreza manual				

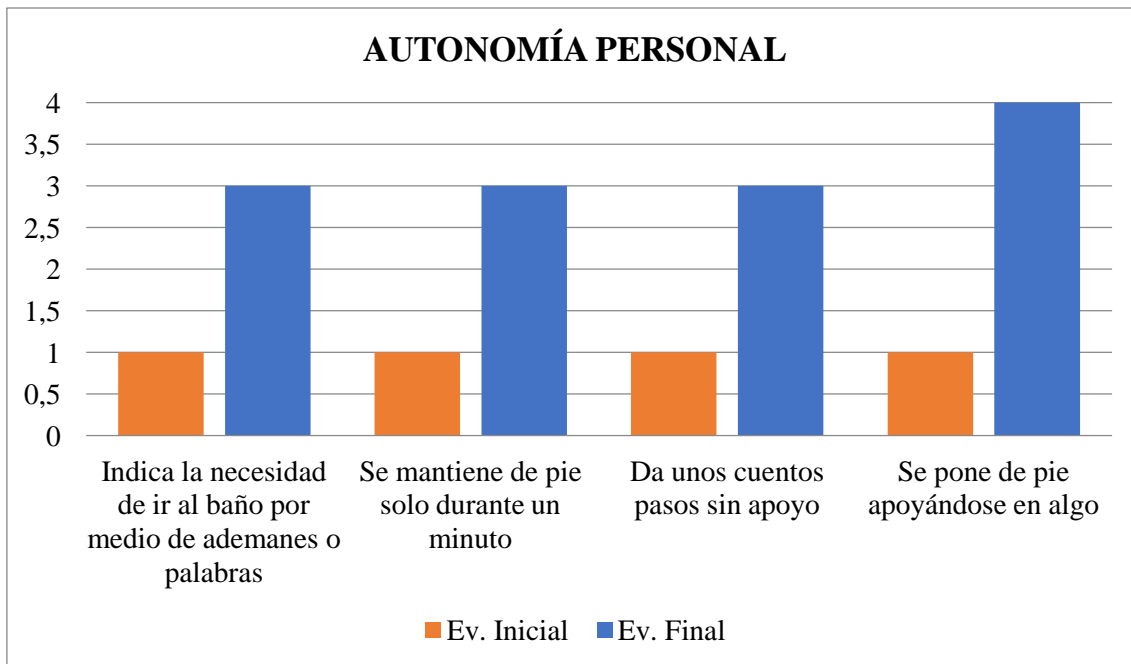


Gráfico 3. Evaluación final autonomía personal

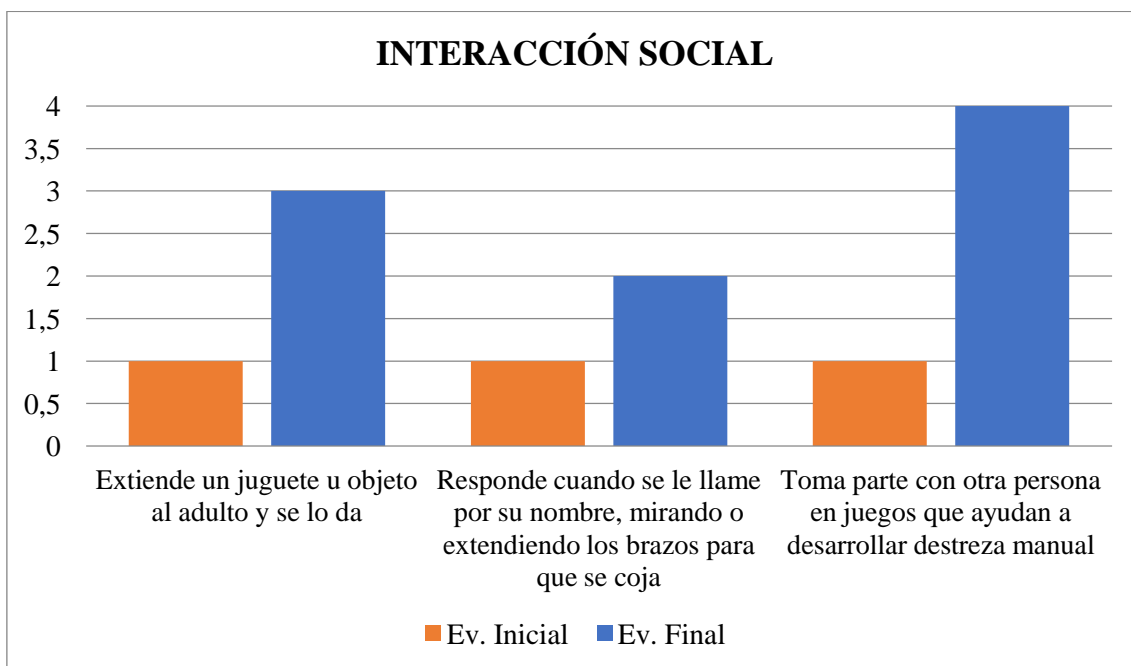


Gráfico 4. Evaluación final interacción social

Como se puede comprobar en los gráficos 3 y 4, el color azul corresponde con la segunda evaluación después de realizar la intervención.

En el ítem “indica la necesidad de ir al baño por medio de ademanes o palabra” ha alcanzado una puntuación 3, consiguiendo que el niño utilice el gesto en la mayoría de las ocasiones para indicar la necesidad de ir al baño.

Con respecto al ítem “se mantiene de pie solo durante un minuto” ha mejorado su puntuación de 1 a 3 puntos, de manera que tras la evaluación el niño se mantiene de pie solo durante 40 segundos.

En relación a la variable “da unos cuantos pasos sin apoyo” se observa que el niño da pasos con apoyo a la perfección e inicia la marcha independientemente comenzando a dar unos pasos sin apoyo consiguiendo un incremento de 2 puntos.

A raíz de la mejora en estos aspectos de la autonomía personal, tras la evaluación se ha comprobado un cambio positivo en relación a ponerse de pie apoyándose en algo alcanzando la máxima puntuación.

En cuanto al ítem “extiende un juguete u objeto al adulto y se lo da” el niño acepta de manera continua el dar y recibir el objeto a otra persona logrando un aumento de 2 puntos.

En la variable “responde cuando se le llame por su nombre, mirando o extendiendo los brazos para que se coja”, se puede comprobar un progreso de 1 punto, ya que el niño responde a su nombre dirigiendo su atención con la mirada hacia la persona que le llama, pero no extiende los brazos.

En relación al último ítem “toma parte con otra persona en juegos que ayudan a desarrollar destreza manual” se ha logrado que el niño juegue siempre con los diferentes objetos que le ofrece el terapeuta iniciando la intersubjetividad secundaria, alcanzando así la mejor puntuación en la escala.

PLANIFICACIÓN DEL SEGUIMIENTO

Una vez finalizada la intervención, se ha llevado a cabo una evaluación final y se ha comprobado que el usuario ha mejorado en todos los objetivos planteados. Se realizará

un seguimiento del niño cada mes durante el primer año y para ello, se contará con la información que proporcionen la familia y otros profesionales sobre cómo se desenvuelve el niño en su día a día en diferentes ámbitos. Además, se administrará cada año la Guía Portage para comprobar un mantenimiento o mejora en la puntuación de todos los ítems trabajados.

4. CONCLUSIONES

El diseño de un programa de intervención en atención de temprana nos ha permitido ampliar los conocimientos y poner en práctica lo estudiado y analizado en la asignatura.

Tras 12 semanas de intervención se han obtenido resultados notables ya que se ha conseguido un progreso en cuanto al alcance de los objetivos plateados con el usuario. Cabe destacar el logro total del objetivo *promover su participación con otra persona en juegos que le ayudan a desarrollar destreza manual*, además, se ha conseguido alcanzar el ítem *el niño se pone de pie apoyándose en algo* tras la realización de todo el programa ya que a pesar de no haberlo trabajado directamente, se necesita para conseguir algunos de los objetivos de autonomía personal.

En relación al resto de los objetivos, se ha mejorado en todos ellos notablemente ya que se ha logrado una puntuación de 3, lo que significa que realizan estos ítems con una frecuencia mayor que al principio, pero no siempre.

Por otro lado, el objetivo de *promover la respuesta del niño cuando se le llame por su nombre, mirando o extendiendo los brazos para que se coja* ha mejorado parcialmente ya que su puntuación final ha sido de 2, es decir, que realiza pocas veces la extensión de sus brazos para que se le coja.

Dentro del área de desarrollo de socialización, en la autonomía personal se ha conseguido grandes avances en relación con el desarrollo psicomotor del niño, debido a

una mejora en el comienzo de su deambulaci3n y el mantenimiento del ni1o en bipedestaci3n. En interacci3n social da se1ales de progreso ya que el juego con otros parece estar establecido y esto favorecer1 su desarrollo social futuro.

Por tanto, la intervenci3n ha sido exitosa gracias a la participaci3n y a la implicaci3n de la familia trasladando lo aprendido en las terapias al entorno familiar.

Por 1ltimo, se ha manifestado la funci3n del terapeuta ocupacional en Atenci3n Temprana ya que se ha conseguido mejorar la autonom1a e independencia del usuario en su vida diaria.

5. L1NEAS FUTURAS DE INTERVENCI3N

Teniendo en cuenta que se ha trabajado el 1rea de socializaci3n y esta se encuentra interrelacionada con el resto de las 1reas como son el lenguaje y el desarrollo psicomotriz, nos centraremos en potenciar la expresi3n del lenguaje y el control de esf1nteres. Pudiendo trabajar protodeclarativos y protoimperativos para completar su interacci3n social.

De este modo, al desarrollar la expresi3n del lenguaje se puede trabajar el control de esf1nteres ya que es necesario un buen nivel de comunicaci3n para alcanzarlo.

Por otro lado, siguiendo los resultados obtenidos y puesto a que se ha mejorado el comienzo de la deambulaci3n ser1a considerable seguir en esta l1nea para conseguir una deambulaci3n totalmente aut3noma.

Adem1s, se ir1 valorando el estado de las 1reas trabajadas y se considerar1 realizar de nuevo una intervenci3n en el caso de que sea preciso.

Por 1ltimo, considerando que una de las funciones del terapeuta marcadas por el libro blanco de Atenci3n Temprana es el asesoramiento a la familia y a su entorno, se seguir1

marcando pautas para mejorar el desarrollo y autonomía funcional del usuario y de esta manera el desempeño sea cada vez más efectivo y acorde a su edad cronológica dentro de sus posibilidades y limitaciones.

(8) OTOEFC. Terapia Ocupacional en la infancia. Informe Técnico. Terapia Ocupacional en Atención temprana en España. 2018. Disponible en: https://ubuvirtual.ubu.es/pluginfile.php/3889025/mod_resource/content/2/informe-tecnico-to-en-at.pdf

(9) López D. Guía Portage de Educación Preescolar [Internet]. Evaluación en Atención Temprana. 2017. Disponible en: <https://evaluacionatenciontemprana.wordpress.com/2014/12/27/guia-portage-de-educacion-preescolar/>

7. BIBLIOGRAFÍA DE IMÁGENES

Imagen 1. Cocina de madera:

<https://i.pinimg.com/564x/a4/ee/b1/a4eeb1af248f986d9face8e5007b661e.jpg>

Imagen 2. Utensilios de cocina de juguete:

<https://www.google.com/url?sa=i&url=https%3A%2F%2Fwww.amazon.es%2FToygogo-Preescolar-Simulaci%25C3%25B3n-Bebidas-Juguete%2Fdp%2FB081VMFNDF&psig=AOvVaw0oz3qB8IQez4ObPPsdQ4-w&ust=1584530738702000&source=images&cd=vfe&ved=0CAIQjRxqFwoTCPiW1ZGzoegCFQAAAAAdAAAAABAD>

Imagen 3. Comida de juguete:

https://www.google.com/imgres?imgurl=https%3A%2F%2Fm.media-amazon.com%2Fimages%2FI%2F51eEckagdDL.jpg&imgrefurl=https%3A%2F%2Fwww.amazon.es%2FXuxuou-Juguete-Verduras-Educativo-Cocinar%2Fdp%2FB07JLZYGHK&tbnid=2YktB7wGDN9FVM&vet=12ahUKEwjZxKils6HoAhVE1eAKHVw2BHMQMMygMegUIARDLaw..i&docid=pJY-71A4xrwN_M&w=500&h=484&q=comida%20de%20juguete%20para%20ni%C3%B1os&ved=2ahUKEwjZxKils6HoAhVE1eAKHVw2BHMQMMygMegUIARDLaw

Imagen 4. Alfombra interactiva de animales. https://images-na.ssl-images-amazon.com/images/I/81ZSOkUsI1L.AC_SL1200.jpg

Imagen 5. Vaca de peluche:

<https://www.google.com/url?sa=i&url=https%3A%2F%2Fwww.amazon.es%2FHeunec-389-977-Importado-Alemania%2Fdp%2FB000OKPOTQ&psig=AOvVaw2z9Bq2bEheWwejVPj4RPow&u>

[st=1584531044276000&source=images&cd=vfe&ved=0CAIQjRxqFwoTCPiL56W0oegCFQAAAAAdAAAAABAD](https://www.google.com/search?q=st=1584531044276000&source=images&cd=vfe&ved=0CAIQjRxqFwoTCPiL56W0oegCFQAAAAAdAAAAABAD)

Imagen 6. Osito interactivo con luz y sonido: https://images-na.ssl-images-amazon.com/images/I/81Wdr5HxnAL._SL1500_.jpg

Imagen 7. Títere y teatro

Imagen 8. Coche policía con sirena :

<https://www.google.com/url?sa=i&url=https%3A%2F%2Fwww.tractordejuguete.com%2Fproducto.asp%3Fvar%3D530%26var2%3D32%26var3%3DCOCHE%2520DE%2520POLICIA%2520BRUDER%26var4%3DCoche%2520de%2520policia%2520con%2520conductor%2520Bruder&psig=AOvVaw2MR0NKmaBIIio6o6W5IBcm&ust=1584531215586000&source=images&cd=vfe&ved=0CAIQjRxqFwoTCICvmfe0oegCFQAAAAAdAAAAABAD>

Imagen 9. Linterna interactiva.

https://ae01.alicdn.com/kf/HTB1yDWOXYj1gK0jSZFOq6A7GpXaQ/Tarjetas-de-cuentos-de-dibujos-animados-LED-linterna-de-proyecci-n-Baby-sleep-story-l-mpara.jpg_q50.jpg

Imagen 10. Espejo. <https://img.blogs.es/jugarconfisherprice/wp-content/uploads/2017/11/espejo.jpg>

Imagen 11. Juguete con cuerda.

Imagen 12. Coches de juguete

Imagen 13. Rampa de juguete. <https://www.motorafondo.net/wp-content/2015/05/Garaje-de-juguete-para-coches.jpg>

8. ANEXO 1. LÍNEA BASE DE INTERVENCIÓN

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	PROCEDIMIENTOS COGNITIVOS DE ACTUACIÓN	TIEMPO Y LUGAR	MATERIAL	SEGUIMIENTO
Indica la necesidad de ir al baño por medio de ademanes o palabras	<p>El terapeuta utiliza siempre las mismas palabras y gestos para referirse a ir al baño. Elogiar cuando el niño avisa. El terapeuta realiza y enseña la expresión que indiquen la necesidad de ir al baño, trabajando los protoimperativos, como puede ser señalar la zona genital.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Modelado cognitivo 		No es necesario.	Mayo 2020: El niño utiliza el gesto en la mayoría de las ocasiones para indicar la necesidad de ir al baño.
Se mantiene de pie solo durante un minuto	<p>El terapeuta pone al niño de pie y este apoya las manos en una cocina de juguete. Gradualmente se va eliminando el apoyo, ofreciéndole juguetes para que suelte sus manos y mantenga su atención en los diferentes juguetes como una taza, comida de juguete, etc. Considerando tener un objeto en cada mano para ayudar al mantenimiento del equilibrio. Para potenciar el tiempo en bipedestación apoyar al niño la espalda contra la pared.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Moldeado cognitivo 	Se realiza tanto en la sala de terapia junto con el terapeuta, como en el ámbito familiar.	Cocina de juguete de 72x40x109 cm además de comida y utensilios de cocina de juguete de colores llamativos, diferentes texturas y material blando	Mayo 2020: El niño se mantiene de pie solo durante 40 segundos.
Da unos cuantos pasos sin apoyo	<p>El terapeuta se pone delante del niño sosteniendo ambas manos e inicia suavemente el paso hacia delante, soltándole poco a poco. Colocar dos sillas</p>		Peluches y alfombra interactiva de animales: vaca, oveja, cerdo... y dos sillas pequeñas de	Mayo 2020: El niño da pasos con apoyo a la perfección e inicia la marcha independientemente comenzando a dar unos pasos sin

	enfrentadas a 2 pasos de distancia, con un objeto de interés del niño y dejar que el niño vaya hacia ellas para progresivamente llevar la silla hacia atrás aumentando la distancia. Poner al niño encima de una alfombra interactiva de animales y pedirle o indicarle que vaya a un animal concreto que se encuentra a unos pocos pasos. <ul style="list-style-type: none"> • Moldeado 		madera.	apoyo.
Extiende un juguete u objeto al adulto y se lo da	El terapeuta coloca un objeto en la mano del niño y le indica que lo quiere diciéndole “dámelo” y acompañándolo de un gesto. Puede utilizar un juguete musical que al dárselo al terapeuta le muestra el sonido e iluminación que produce el juguete, de vez en cuando se devuelve al niño el juguete . <ul style="list-style-type: none"> • Moldeado 		Juguete interactivo blandito que al apretarlo produzca sonido y luz.	Mayo 2020: Acepta de manera continua el dar y recibir el objeto a otra persona.
Responde cuando se le llame por su nombre, mirando o extendiendo los brazos para que se coja	Decir el nombre del niño frecuentemente y siempre antes de darle cualquier indicación. Colocar al niño frente al espejo y tocarle, señalarle y decir su nombre; posteriormente el terapeuta se señala y dice su nombre. Decir el nombre del niño a la vez que se hace sonar un juguete para que preste atención y se dirija al objeto; poco a poco se va a disminuir el sonido para finalmente se diga el nombre del niño sin		Espejo, coche de policía con sonido de sirena, títeres y linterna con diferentes formas y colores.	Mayo 2020: Responde a su nombre, ya que dirige su atención con la mirada hacia la persona que le llama, pero no extiende los brazos.

	<p>necesidad de utilizar el juguete. Usar títeres que hablen al niño y repitan su nombre con frecuencia. Iluminar al niño al mismo tiempo que se dice el nombre para que así reaccione a la luz a la vez que escucha el nombre, eliminamos gradualmente la linterna a medida que el niño es capaz de responder a su nombre sin la ayuda de la luz.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Guía externa manifiesta: moldeado 			
<p>Toma parte con otra persona en juegos que ayudan a desarrollar destreza manual</p>	<p>El terapeuta empuja juguetes y anima a que el niño le imite. Tirar de un juguete con cuerda poniendo esta en la mano del niño y ambos caminen tirando de ella. El terapeuta tira un cochecito por una rampa de juguete celebrando gestualmente cuando este llega abajo y que posteriormente el niño repita la actividad colocando el coche el mismo en la rampa.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Modelado 		<p>Rampa de juguete, cochecitos, pelotas, peluches y conejito para tirar con cuerda.</p>	<p>Mayo 2020: Juega con los diferentes objetos que le ofrece el terapeuta iniciando la intersubjetividad secundaria.</p>