



UNIVERSIDAD DE BURGOS

**TERAPIA OCUPACIONAL EN ESTIMULACIÓN
TEMPRANA**

FACULTAD DE HUMANIDADES

Caso práctico Parálisis Cerebral

Marcos Gómez, Sergio
Queimadelos Navarro, Sofía
Rodríguez Martín, Samuel
Sañudo Herrero, Alba

Terapia Ocupacional 2015/2016

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	3
2. DEFINICIÓN.....	4
3. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO.....	6
4. DESCRIPCIÓN DEL CASO.....	9
5. OBJETIVOS.....	11
6. TEMPORALIZACIÓN.....	12
7. FASES, ACCIÓN Y PLANIFICACIÓN TEMPORAL PARA DESARROLLAR OBJETIVOS.....	14
8. EVALUACIÓN.....	18
9. RESULTADOS.....	20
10. CONCLUSIONES.....	30
11. BIBLIOGRAFÍA.....	31
12. ANEXOS.....	32

1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo está enfocado al área psicomotor, siguiendo las bases de la intervención de Atención Temprana, desde el campo de la Terapia Ocupacional en la afectación de Parálisis Cerebral Infantil (PCI).

El tratamiento empleado está dirigido a potenciar la funcionalidad del miembro afecto, para facilitar al paciente su desempeño en las Actividades de la Vida Diaria, Ocio y Tiempo Libre.

Tras llevar a cabo la intervención, se realizó una recogida de datos y se analizó si los objetivos planteados habían tenido éxito.

En el informe, se detallan características del colectivo, del paciente y del centro donde se realizará la intervención; así como la metodología, la evaluación y las actividades propuestas por el equipo. Tras una puesta en marcha ficticia, se analizan e interpretan los resultados obtenidos en las diferentes herramientas de evaluación empleadas.

Palabras clave: Parálisis Cerebral (PC), patrón hemipléjico, motricidad, patrones de movimiento.

ABSTRACT

This paper is focused on Early Childhood intervention from the field of Occupational Therapy on the disease of Children Cerebral Palsy (CCP).

The treatment used is directed toward enhancing the functionality of the affected limb to facilitate patient participation in the Activities of Daily Living, Leisure and Recreation.

After carrying out the intervention, data collection was done so we can analyze whether the objectives have been met.

The report detailed characteristics of the group, the patient and the facility where the surgery will be performed, as well as the methodology, how to evaluate, and the activities proposed by the team. After a fictitious start up, analyzed and interpreted the results of different assessment tools used.

Keywords: Cerebral Palsy (CP), hemiplegic pattern, motor skills, movement patterns.

2. DEFINICIÓN

“La Parálisis Cerebral (PC) es una lesión neurológica no progresiva que se produce durante la gestación o en el nacimiento con afectación predominante motriz. Normalmente se acompaña de otros déficits como problemas de visión y auditivos, dificultad del habla y del lenguaje, alteraciones viscerales, alteraciones psicológicas (alteraciones perceptivas, distractibilidad), y discinesia. Los síndromes motores varían según la edad concepcional, etiología y localización de las lesiones o anomalías.” (1)

La PC se caracteriza así por un conjunto de trastornos de carácter permanente, que influyen en el movimiento, la postura y la función motora, a causa de una lesión en el cerebro inmaduro o en desarrollo. Según sus características se puede clasificar en tres grupos: parálisis cerebral espástica, discinética y atáxica. (2)

– PC espástica se da en el 70-80% de los usuarios que sufren parálisis cerebral, el signo principal es la espasticidad, algunos músculos quedan permanentemente contraídos. Existen dos formas, unilaterales y bilaterales.

○ La forma unilateral se corresponde a la hemiplejía, en la que hay una afectación de los miembros de una parte del cuerpo, aunque en la mayoría de los casos la afectación es mayor en el miembro superior. Puede ir acompañada de diferentes manifestaciones como son la epilepsia, los trastornos de la sensibilidad y la alteración de pares craneales.

○ La forma bilateral corresponde a la cuadriplejía espástica que afecta a los cuatro miembros por igual, es una de las formas más graves de parálisis, y también a la diplejía espástica, en la que a pesar de estar afectados los cuatro miembros, la afectación mayor se da en los miembros inferiores. Ambas en un principio se manifiestan con reflejos posturales anormales, hipotonía y reflejos osteotendinosos acentuados.

- PC discinética representa entre el 10-20% de las PC, se manifiesta como una dificultad a la hora de realizar movimientos voluntarios. Los cuatro miembros se ven afectados en grado variable. Existen dos formas:

- La forma distónica, en la que se dan problemas a la hora de regular el tono muscular y va acompañada de hipertonía e hipocinesia, además puede ir acompañada de epilepsia, parálisis ocular vertical, hipoacusia y retardo mental.

- La forma coreoatetósica, con presencia de movimientos retorcidos de grandes grupos musculares, y disminución del tono muscular.

- La PC atáxica es la menos frecuente, se da entre el 5 y 10% de los usuarios. Se manifiesta con problemas en la coordinación motora, aumento de la base de sustentación en la marcha, hiperextensión de rodillas, temblor intencional y dificultades en el control muscular fino. (3)

La prevalencia de la Parálisis cerebral es de 2/1000 niños nacidos, siendo uno de los motivos más comunes de discapacidad física y cognitiva en edad temprana. Hoy en día, gracias a los avances de la medicina neonatal, se ha dado un importante descenso en el porcentaje de los niños nacidos con PC. (2)

3. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

La intervención se va a realizar desde el centro SASMUS, asociación sin ánimo de lucro para personas con Parálisis Cerebral y Afines de Burgos. Fue creada en 1985 para potenciar y facilitar medios y servicios a las personas con Parálisis Cerebral y sus familias.

La población diana del servicio son niños con Parálisis Cerebral Infantil (PCI), con edades comprendidas entre uno y seis años, sin importar su sexo.

La PC es la primera causa de invalidez en la infancia, pero el nivel socioeconómico familiar no es un factor de riesgo. Sin embargo, por las características del servicio los usuarios del centro destacan por tener un nivel de renta familiar favorable.

Los recursos socio-económicos de la población con la que se va a trabajar son favorables, debido a que son niños que viven en la ciudad de Burgos, ciudad que posee abundantes servicios de los que este tipo de población se puede beneficiar. Además, estos niños pertenecen a familias con suficientes recursos económicos para cubrir los gastos del programa de Estimulación Temprana. Respecto al contexto cultural en el que se encuentra la población con la que se va a trabajar, se caracterizan por poseer un nivel educativo adecuado a su edad cronológica.

SASMUS es una asociación que trabaja en una red de asociaciones, las cuales pretenden atender a los pacientes íntegramente en su totalidad, trabajando de una forma multidisciplinar. Los pacientes vienen derivados de los servicios sanitarios de la seguridad social, consultas privadas o por otros medios como son las campañas de sensibilización, el boca a boca e internet.

Las necesidades de los pacientes con PCI se pueden dividir en tres áreas: motora, cognitiva y sensorial. Esta asociación está destinada a trabajar aspectos de estas tres áreas, pero en especial se centra en el área motora.

SASMUS ofrece numerosos servicios como Atención temprana; Ocio y tiempo libre; Información y orientación social; Centro de día; Servicio Residencial; Centro Ocupacional; Rehabilitación.

Se trata de una asociación con un amplio equipo multidisciplinar, entre los que se encuentran neuropsicólogos, trabajadores sociales, psicólogos, logopedas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y diferentes cuidadores, entre ellos técnicos de atención sociosanitaria y cuidadores para la atención de personas dependientes.

Cuando el paciente y la familia deciden llevar a cabo su tratamiento en el centro, estos deben seguir una serie de pasos. En primer lugar, tiene que pasar consulta con el médico para evaluar posibles cambios en su diagnóstico, y así establecer los objetivos que llevarán a cabo los distintos profesionales. El médico deriva al paciente a los distintos servicios que éste necesita, para que comience una intervención multidisciplinar e íntegra.

Una vez el paciente ha ingresado en el área de Terapia Ocupacional, el profesional tiene una entrevista con el paciente y su familia para evaluar y establecer los objetivos pertinentes a su campo de actuación. Los objetivos pueden venir dados por parte del médico. Sin embargo, estos pueden ser modificados por el terapeuta y puestos en común con la familia para centrarse en aquellos puntos que más interesan al paciente.

Se trata de un trabajo multidisciplinar donde todos los profesionales (médicos, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, logopedas, etc.) se reúnen todos los días antes de comenzar a trabajar con los pacientes. El objetivo de estas reuniones es valorar la progresión de las sesiones anteriores, ver si se cumplen o no los objetivos o si hay que modificar alguno de ellos.

Esta comunicación asertiva que se produce entre los distintos profesionales permite tomar decisiones eficaces desde un punto de vista holístico, abarcando todas las áreas en las que el paciente está siendo atendido. Es decir, todos los miembros del equipo multidisciplinar adoptan relaciones de colaboración con unos objetivos en común. Estas decisiones se llevan a cabo mediante el análisis de la evaluación y el seguimiento de los informes, que son presentados por los diversos profesionales del servicio.

Por tanto, cabe destacar la importancia de la comunicación entre todos los profesionales del centro, ya que es fundamental para llevar a cabo una correcta intervención, donde los roles de cada uno están claramente definidos.

Inicialmente el usuario y/o familiares disponen de dos servicios gratuitos a su alcance:

- Primera consulta
- Orientación e información por parte del Trabajador Social

Posteriormente SASMUS ofrece a los usuarios tres posibilidades:

- Centro de día
- Tratamientos
- Residencia

En este caso, el servicio en el que se centra la intervención es el de tratamientos, dirigido a la Parálisis Cerebral Infantil, desde la Terapia Ocupacional, junto con un equipo multidisciplinar y desde el ámbito de la Estimulación Temprana.

En primer lugar, se realiza una evaluación inicial para establecer las necesidades del usuario y poder ofrecer los posibles tratamientos. La familia decide a qué sesiones puntuales acudirá el niño a lo largo de la semana.

Desde la Terapia Ocupacional se ofrece un servicio que valora las capacidades y problemas en todas sus vertientes, como son la física, psíquica, sensorial y social, para alcanzar la mayor independencia posible mediante actividades terapéuticas. Los talleres que se realizan son de tipo cognitivo, sensorial, cultural, manipulativos y de actividades de la vida diaria.

El horario de atención es de lunes a viernes de 08:30 a 20:00 h. Los tratamientos se ofrecen en horario de mañana y de tarde, con una duración de 50 minutos y un coste que varía entre los 40 y 80 € semanales, según el tratamiento que requiere el usuario.

4. DESCRIPCIÓN DEL CASO

El usuario, de sexo masculino, se encuentra en el periodo de 3-6 años, con una edad cronológica de tres años y cuatro meses. Presenta Parálisis cerebral con hemiplejía derecha severa, patrón flexor y pérdida auditiva de 20 dB en el oído derecho. El sostén cefálico lo logró sobre los 16 meses presentando una desviación de la norma, por otro lado las primeras palabras del paciente se dieron a los 18 meses de edad.

Se observan además dificultades en diferentes áreas del desarrollo. Dentro del área psicomotor presenta una edad de desarrollo de 10 meses. En lo que respecta a la psicomotricidad gruesa, necesita ayuda para realizar la flexión-extensión de hombro, codo. Presenta ayuda en la marcha pero con apoyo puede sostenerse de pie, levantarse y dar unos pequeños pasos.

Respecto a la psicomotricidad fina predomina la utilización de la mano izquierda debido a su hemiplejía derecha. Con el miembro superior izquierdo es capaz de llenar una taza de cubos, colocar las piezas correspondientes en el tablero de encajamiento, meter la pastilla en el cubo, pasar las páginas de un libro y construir una torre con dos cubos.

En el área de desarrollo del lenguaje presenta un desarrollo aproximado de 18 meses. En cuanto a la comprensión, entiende la mayoría de órdenes. Y respecto a la expresión, es capaz de pronunciar palabras familiares y utilizar gestos propios para comunicarse. Tiene protoimperativos y, a veces, incluso desarrolla protodeclarativos.

En el área de desarrollo cognitivo el usuario tiene una edad evolutiva de 21 meses. Es capaz de levantar una taza que se encuentra boca abajo y coger un cubo que se encuentra debajo. Además, alcanza objetos usando la pinza índice-pulgar, hace un uso correcto del tablero de encajamiento (hablando del brazo sano), y responde adecuadamente a diferentes pruebas de carácter cognitivo.

En cuanto al área de desarrollo de socialización, el usuario presenta una edad de desarrollo aproximada de 25 meses. Presenta una autonomía personal a la hora de beber en taza y vaso, en la utilización de cubiertos y en el control de esfínteres. Además, ayuda en las tareas y el desvestido. A la hora de interactuar socialmente, el usuario comprende prohibiciones, da algo cuando se le pide mediante el lenguaje verbal o gestual, reacciona ante palabras

familiares, realiza gestos de hola y adiós, repite actos sencillos y es capaz de pedir comida o bebida.

El área de desarrollo en la que el usuario presenta más dificultades es el área del desarrollo psicomotor, por lo que la intervención irá enfocada a este área. Desde el ámbito de estimulación temprana se pretende que el paciente utilice su mano derecha, con el fin de aumentar su autonomía y el uso del miembro superior derecho.

Desde Terapia Ocupacional, se quiere trabajar con el niño para potenciar las habilidades que presentan algún déficit, mediante diferentes actividades adecuadas a su edad. Además, será necesario trabajar con su familia, aunque la intervención siempre irá dirigida a los niños. Es importante trabajar con los padres y cuidadores, mediante la participación de estos en las diferentes actividades. Esto fortalecerá la promoción del desarrollo integral de sus hijos como principales agentes educativos en la vida del niño (4). Siendo necesario ofrecerles a los familiares la información necesaria sobre ayudas y dispositivos de apoyo, y dar pautas necesarias para complementar y fortalecer la terapia en el hogar.

5. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Potenciar la funcionalidad del miembro superior afecto mediante actividades que disminuyan el patrón flexor.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Ganar amplitud articular en la flexo-extensión de hombro.
- Aumentar la amplitud articular del miembro superior a través de la flexo-extensión de codo.
- Entrenar la pinza palmar y potenciar la motricidad gruesa.
- Desarrollar la pinza tridigital y potenciar la motricidad fina.

6. TEMPORALIZACIÓN

La intervención comienza el 1 de febrero de 2016 y tendrá una duración de nueve meses, por lo que finalizará el 24 de octubre del mismo año.

La evaluación inicial se realizará el día que se inicia la intervención, para evaluar el estado del paciente y tener una referencia antes de comenzar con el programa de Estimulación Temprana.

Tras trabajar con el usuario intentando alcanzar los objetivos, se volverá a realizar una segunda evaluación el 16 de Mayo de 2016, en el caso de que los resultados sean los mismos o peores que en la primera evaluación se modificarán los objetivos y/o las actividades. Para finalizar y evaluar la eficacia de la intervención, se repetirá por última vez la valoración, con las mismas herramientas, para observar la evolución del paciente, y se compararán los resultados de las tres evaluaciones. En cada actividad, se realizará una evaluación inicial, continua y final, para comprobar si dicha actividad está cumpliendo con los objetivos propuestos para ella.

El programa de Estimulación Temprana se efectuará tres días a la semana durante unos 50 minutos de duración aproximadamente. Cada día se realizará una de las actividades de la intervención psicomotriz, acompañada de otras actividades de otras áreas como la sensoriomotora, la cognitiva, etc. Para la consecución de los objetivos es necesario realizar las cuatro actividades psicomotrices de forma secuenciada, es decir, se comenzará por la actividad en la que se trabajarán los movimientos del hombro y el último ejercicio que se realizará durante la intervención será en el que se trabaje la motricidad fina y el uso de las pinzas manuales. Cada actividad se desarrollará durante 10 semanas aproximadamente, o hasta que el objetivo se consiga exitosamente y el usuario sea capaz de generalizar la acción deseada a cualquier contexto y/o actividad. Las actividades se pueden ir modificando en función de las necesidades del usuario pero siempre fieles a los objetivos.

FEBRERO 2016						
LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29						

MARZO 2016						
LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

ABRIL 2016						
LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	

MAYO 2016						
LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

JUNIO 2016						
LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

JULIO 2016						
LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

AGOSTO 2016						
LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

SEPTIEMBRE 2016						
LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30		

OCTUBRE 2016						
LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

Leyenda:

	Evaluación
	Actividad 1
	Actividad 2
	Actividad 3
	Actividad 4

7. FASES, ACCIÓN Y PLANIFICACIÓN TEMPORAL PARA DESARROLLAR OBJETIVOS

Para que la intervención se realice con éxito es necesario seguir un procedimiento, fases y puntos claves, que ofrecerán la información necesaria para obtener unos resultados óptimos de evaluación y establecer una intervención que se ajuste a las necesidades del niño.

La eficacia de la labor del terapeuta ocupacional en la infancia se ve condicionada por la necesidad de evaluar los contextos a los que el niño está vinculado y conocer las características evolutivas más representativas de la edad temprana. En este caso, el usuario tiene una edad de 3 años y cuatro meses, por lo que es muy importante conocer las características específicas de esta edad en lo que respecta al periodo sensoriomotriz y preoperacional. Se adjunta en el ANEXO I información sobre las características generales de esta etapa.

Es importante además la estructuración de los ambientes, tanto los familiares y escolares, como los sociales y terapéuticos, para así facilitar la interacción y el desarrollo integral del niño. De igual modo, habrá que tener en cuenta aquellos ambientes o situaciones que obstaculicen o pongan en riesgo el desarrollo del niño.

Para obtener mayor información que permita la evaluación correcta del niño, es necesario hacer un estudio de la patología que padece y de los informes médicos, psicológicos y/o sociales de los que se dispone. Es necesario involucrar a los padres en toda la intervención de Terapia Ocupacional, incluida esta fase, ya que los progenitores son una fuente principal de información sobre el niño.

Previamente al inicio de cada sesión, se llevarán a cabo una serie de maniobras con el objetivo de disminuir el patrón flexor y relajar la musculatura del usuario (Anexo II). Se trata de unas maniobras de relajación para conseguir que el paciente realice las actividades de una manera más sencilla y completa.


Al inicio de cada actividad el terapeuta realizará un modelado para facilitar el entendimiento de la misma. Además, durante el desarrollo de las actividades utilizará el moldeado para ayudarle mediante indicaciones verbales a completar o mejorar la actividad.




A continuación, se muestran las actividades propuestas para las sesiones de Terapia Ocupacional, con las cuales se pretenden alcanzar los objetivos de la intervención. Los materiales utilizados


NOMBRE Y APELLIDOS

FECHA DE INICIO

ÁREA DE DESARROLLO PSICOMOTOR

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	PROCEDIMIENTOS PSICOMOTORES EN LA EJECUCIÓN DE LA ACTIVIDAD	TIEMPOS Y ESPACIOS	MATERIALES	SEGUIMIENTO
1. Baloncesto modificado	<p>El niño sentado en una silla tendrá cuatro cubos de plástico a una distancia de entre 0,50 y 1 metro, cada cubo será de un color diferente. El TO le irá dando al niño pelotas de diferentes colores y le indicará que intente meter la pelota en el cubo del mismo color que la pelota.</p>	<p>La actividad puede realizarse en cualquier momento de la vida del niño, en el parque o en su casa por ejemplo, de forma individual. En este caso, para una correcta evaluación se realizará en el centro SASMUS. La duración de esta actividad será de aproximadamente de 10-15 minutos, para que no resulte monótona</p>	<p>Pelotas de goma y cubos de plástico de diferentes colores</p>	<p>Revisiones Abril 2016 Julio 2016 Octubre 2016</p>
OBJETIVO	<p>El terapeuta realizará un modelado antes de la actividad y moldeado durante el desarrollo de la misma.</p> <p>-1: El niño presenta una amplitud articular adecuada y lanza la pelota de manera autónoma.</p> <p>-2: El niño presenta una amplitud articular algo limitada, consigue lanzar la pelota a una menor distancia.</p> <p>-3: El niño tiene dificultad para la flexo-extensión de hombro, necesita una pequeña asistencia del terapeuta para lanzar la pelota hacia el cubo.</p> <p>-4: El niño necesita asistencia física del terapeuta para conseguir despegar el brazo de su cuerpo y lanzar la pelota.</p>			
<p>-Ganar amplitud articular en la flexo-extensión de hombro</p>				

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	PROCEDIMIENTOS PSICOMOTORES EN LA EJECUCIÓN DE LA ACTIVIDAD	TIEMPOS Y ESPACIOS	MATERIALES	SEGUIMIENTO
2. Pesca de peces alojados en el suelo uno a uno	El niño sentado la piscina tomará en su mano la caña de pescar, frente a él se situara los pececitos y tratará de pescar el mayor número de pececitos y dejarlos fuera de la piscina.	La actividad puede realizarse de forma individual o en grupo con otros niños. En este caso para una correcta evaluación se realizará de forma individual, en el centro SASMUS. Se llevará a cabo durante 10-15 minutos para que no resulte aburrida.	Caña con mango engrosado, piscina de bolas y peces de diferentes colores y tamaños	Revisiones Abril 2016 Julio 2016
OBJETIVO	-1: El niño consigue la flexo- extensión de codo, pesca peces sin dificultad y los lleva hacia su mano sana.			
-Aumentar la amplitud articular del miembro superior a través de la flexo- extensión de codo	-2: El niño consigue la flexo-extensión, pesca el objeto y lo saca de la piscina pero el movimiento es más lento y dificultoso.			
	-3: El niño tiene dificultades notables para lanzar la caña y separar el brazo de su cuerpo, consigue pescar el pez pero no sacarlo de la piscina.			
	-4: Necesita ayuda física del terapeuta para poder lanzar la caña, este sostiene su brazo y le ayuda a realizar la actividad guiando su movimiento.			
	Por cada pececillo que agarre tendrá un punto o aplauso de estímulo.			
3. Introducir objetos en un cubo uno por uno	El niño sentado en una silla y con los materiales encima de la mesa debe introducir cada objeto en su lugar correspondiente, en función de su tamaño y forma.	La actividad puede realizarse en cualquier momento de la vida, de forma individual para una correcta evaluación se realizará en el centro SASMUS, y tendrá una duración aproximada de 10-15 minutos.	Un cubo para introducir diferentes formas geométricas. Piezas geométricas de diferentes tamaños y formas, y con bases de diferentes texturas.	Revisiones Abril 2016 Julio 2016
OBJETIVOS	-1: El niño agarra los objetos y los introduce en el cubo de manera autónoma y sin dificultad.			
- Entrenar la pinza palmar y potenciar la motricidad gruesa	-2: El niño necesita moldeado de la tarea, mediante ayuda hace el agarre correcto de los objetos y los introduce en el cubo.			
	-3: El niño necesita un modelado de la tarea para poder realizar la misma, el terapeuta le enseña como agarrar el objeto y dónde debe introducirlo.			
	-4: El niño realiza la tarea ayudado físicamente por el terapeuta, este coloca y mantiene su mano en pinza palmar y le ayuda a introducir los objetos guiando su brazo y mano.			

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	PROCEDIMIENTOS PSICOMOTORES EN LA EJECUCIÓN DE LA ACTIVIDAD	TIEMPOS Y ESPACIOS	MATERIALES	SEGUIMIENTO
3. Manipulación de objetos pequeños de un lugar a otro	<p>En un plato se deposita plastilina terapéutica y dentro de ésta una serie de canicas o fichas pequeñas.</p> <p>El niño usará las dos manos. Una de ellas sujetando la plastilina y con la otra mano, la afecta, deberá sacar las fichas que hay dentro de la plastilina y llevarlas a un plato que se situara al lado de la plastilina.</p>	<p>Esta actividad se podrá llevar a cabo en las sesiones semanales, de forma individual, en el centro SASMUS.</p> <p>Es importante que nunca supere los 20 minutos de duración para evitar el desinterés y la pérdida de atención del niño.</p>	<p>Plastilina terapéutica, fichas, un plato y una pinza (opcional)</p>	<p>Revisiones</p> <p>Abril 2016</p> <p>Julio 2016</p> <p>Octubre 2016</p>
OBJETIVOS	<p>Si el paciente presenta grandes avances en la actividad, se pueden realizar variaciones. Las fichas estarán en la superficie de la plastilina y se pedirá al paciente que las coja con un instrumento en forma de pinza.</p> <p>-1: El niño mediante pinza tridigital coge las fichas de manera autónoma y las coloca en el plato. Sólo precisa la atención del terapeuta sin que este intervenga en la actividad.</p> <p>-2: Consigue realizar la pinza y mover las fichas a pesar de presentar alguna dificultad. Precisa modelado y ayuda verbal del terapeuta.</p> <p>-3: Consigue hacer la pinza pero sin suficiente fuerza para mover las fichas hasta el plato, requiere la ayuda asistencial del terapeuta.</p> <p>-4: Consigue hacer la pinza y mover las fichas mediante la ayuda física del terapeuta, este coloca su mano en pinza tridigital y la mantiene para llevar las fichas hacia el plato.</p>			
<p>- Desarrollar la pinza tridigital y potenciar la motricidad fina</p>				

8. EVALUACIÓN

Con la finalidad de realizar una evaluación completa del desarrollo del niño en el área psicomotora, se utilizará la Guía Portage para niños de entre 0 meses y 6 años, y se complementará con dos escalas más y otras herramientas; la escala QUEST (Quality of Upper Extremity Skills Test) para niños de entre 18 meses y 8 años, y la escala de actitudes McCarthy utilizada para niños de entre 2 años y medio y 8 años y medio.

La Guía Portage es una prueba de evaluación, que nos permite determinar las capacidades generales del niño. Esta prueba está compuesta por 587 fichas con los comportamientos más usuales, en cada período evolutivo y se divide en 5 grandes áreas: socialización, lenguaje, autoayuda, cognición y desarrollo motriz. En el caso de este trabajo, se evaluará únicamente el área de desarrollo motriz, que se corresponde con las fichas naranjas, en la edad comprendida entre 0 y un año de edad, ya que tras el análisis de los informes de otras áreas así lo determinan.

Se trata de una herramienta de evaluación muy completa, que permite evaluar tanto comportamientos, como establecer un programa con objetivos simples para que el paciente logre adquirir una serie de destrezas y habilidades.

Otro de los métodos de evaluación sería la escala QUEST, que evalúa la calidad de la función de la extremidad superior en 4 dominios. Fue diseñada para evaluar los patrones de movimiento y la calidad de la función manual, en niños de entre 18 meses y 8 años. Se trata de un test dividido en 36 ítems, categorizados en 4 grupos: movimientos disociados, prensión, apoyos y reacciones posturales.

Esta escala tiene tres posibles puntuaciones. Se otorgará el signo V (2 puntos) si completa el ítem, X (1 punto) si no lo completa y NT si no es posible valorar el ítem. La interpretación de la puntuación de esta escala se calcula en porcentajes, siendo su máximo 100 y con posibilidad de obtener puntuación negativa. Por tanto, cuanto más puntuación obtenga el paciente, mayor y mejor calidad de movimiento tendrá. (5)

Por otro lado, se utilizará la escala McCarthy, que es una batería compuesta de 18 tests. Recopila información sobre el área de la motricidad, evaluando diversos aspectos de la aptitud motora (grandes movimientos de las extremidades, motricidad fina, coordinaciones diversas, etc).

Mediante estos instrumentos de evaluación se determinará la problemática del usuario, se evaluarán las habilidades y déficits de este, y se establecerá una correcta intervención junto con un equipo multidisciplinar.

Como se ha mencionado con anterioridad, la línea base está enfocada al área psicomotora del desarrollo. Por lo tanto, los instrumentos de evaluación empleados están relacionados con este campo, para poder así obtener la mayor información posible y lo más precisa posible sobre diferentes aspectos psicomotores.

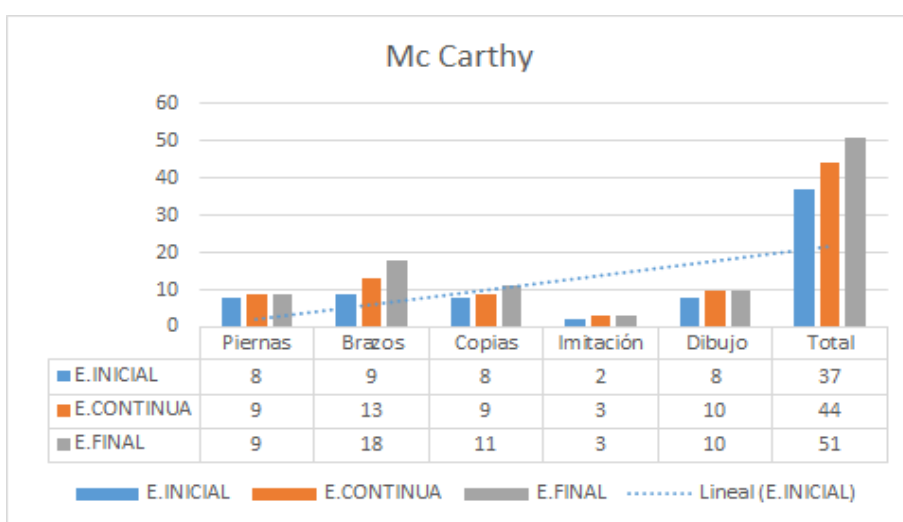
Hay que tener en cuenta que, además de evaluar diferentes aspectos motores mediante las evaluaciones mencionadas con anterioridad, será necesaria la utilización del goniómetro para medir el ángulo articular inicial, medio y final del usuario, de esta manera podremos evaluar con precisión si se ha dado un aumento del rango articular en la flexo-extensión del hombro y del codo afectos. El goniómetro va a permitir evaluar de manera sencilla los grados de amplitud articular que presenta el niño, permitiendo determinar si hay un aumento de grados o no.

Para comprobar que las actividades consiguen sus propósitos, se utilizará la observación para cumplimentar las escalas realizadas por los terapeutas (ANEXO IV), utilizando la puntuación de la escala QUEST (si realiza la acción 2 puntos y si no la realiza solo 1 punto) comprobaremos la evolución en la realización de las actividades. Se seguirá el siguiente calendario para realizar la intervención. (6) (ANEXO V)

9. RESULTADOS

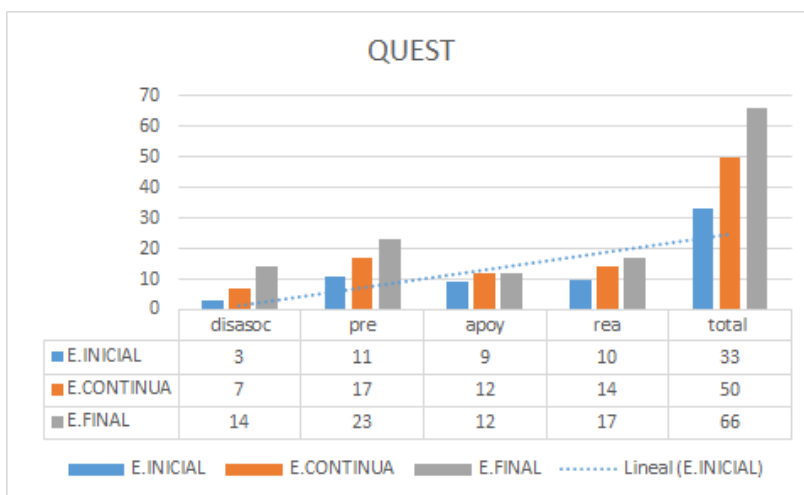
Tras llevar a cabo las diferentes sesiones y haber realizado una evaluación continua, con una evaluación inicial y una evaluación intermedia cada 3 meses durante un periodo de nueve meses, los resultados obtenidos en las diferentes escalas utilizadas son los siguientes, teniendo en cuenta los datos obtenidos en la evaluación final:

En la escala McCarthy, el ítem a destacar es el de la coordinación de brazos, en él es donde mejor se aprecia la evolución del paciente, ya que este es el que mayor relación tiene con el objetivo general.



Puntuación máxima: 78

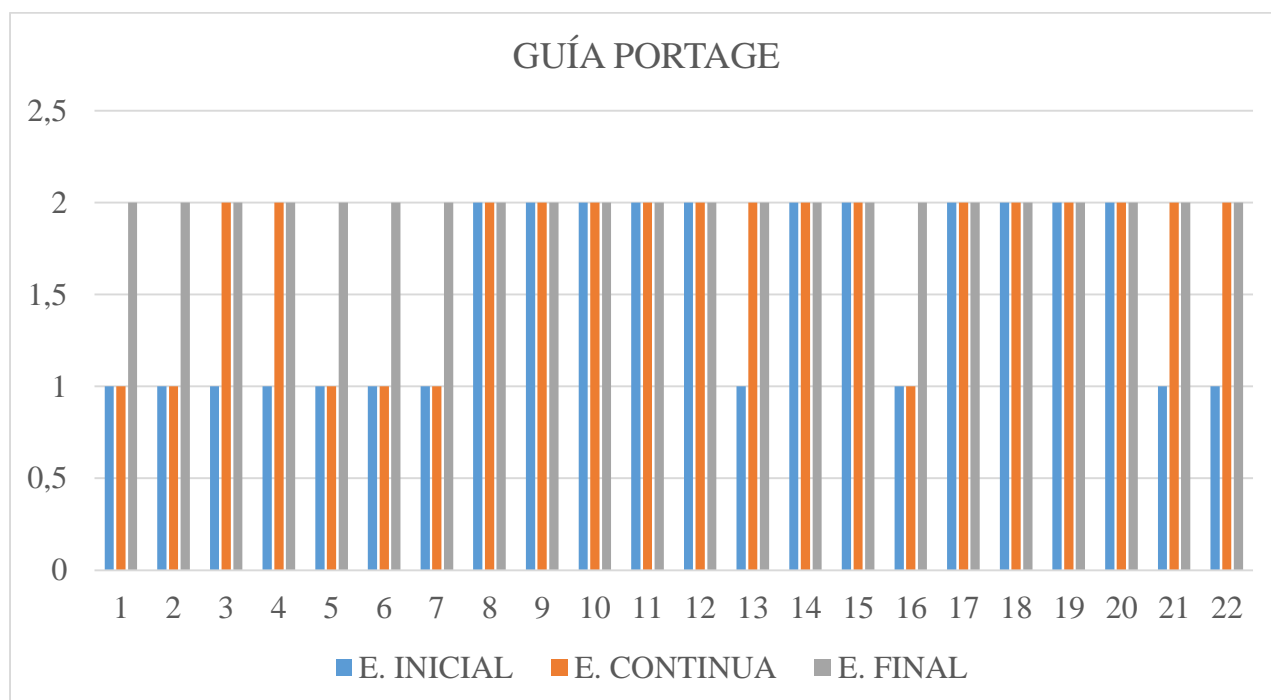
En esta gráfica se pueden observar los resultados de la escala QUEST. Tras la realización de las actividades planteadas, el paciente ha ido ganando de forma progresiva funcionalidad en el miembro afecto, consiguiendo mayor puntuación en la disociación de movimientos y la presión.



Puntuación máxima: 100

Para poder cuantificar numéricamente los resultados de la guía Portage, se toman de muestra 5 ítems de entre todas las posibilidades, utilizando la siguiente leyenda:

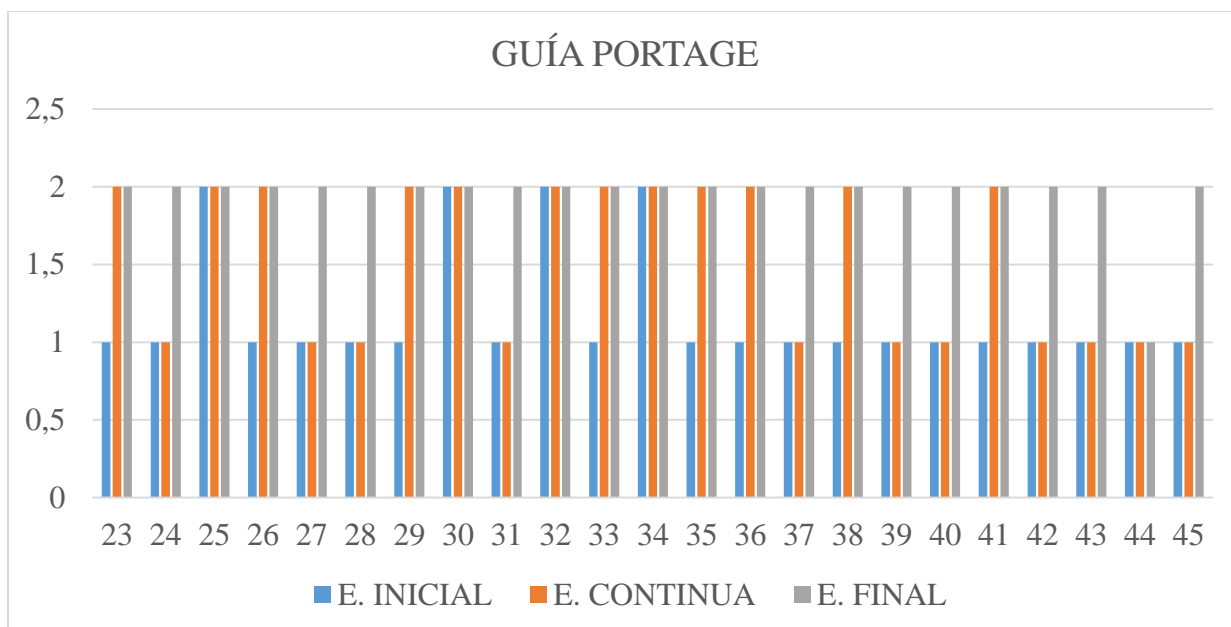
- 2 Puntos: actividad realizada correctamente
- 1 Punto: no logra realizar la actividad o presenta algunas dificultades



Puntuación máxima: 62

Leyenda:

1. Alcanza un objeto colocado de 15 a 22 cm. (6-9") delante de él
2. Coge un objeto sostenido a 8 cm. (3") delante de él
3. Alcanza un objeto que está delante de él y lo coge
4. Alcanza un objeto preferido
5. Se pone un objeto en la boca
6. Apoya la cabeza y el pecho en los brazos cuando está boca abajo
7. Sostiene la cabeza y el pecho erguidos apoyado en un brazo
8. Toca e investiga objetos con la boca
9. Estando boca abajo, se voltea de lado y mantiene la posición el 50% de las veces
10. Cuando está boca abajo se mueve hacia delante (la distancia del largo de su cuerpo)
11. Estando boca arriba se rueda a un costado
12. Se pone boca abajo estando boca arriba
13. Se sienta, cogiéndose de los dedos de un adulto
14. Voltea fácilmente la cabeza cuando el cuerpo está apoyado
15. Se queda sentado durante 2 minutos
16. Suelta un objeto deliberadamente para alcanzar otro
17. Recoge y deja caer objetos a propósito
18. Se sostiene de pie con un máximo de apoyo
19. Estando de pie, salta mientras se le sostiene
20. Gatea para obtener un objeto (la distancia del largo de su cuerpo)
21. Se sienta apoyándose sólo
22. Estando sentado se coloca en posición de gatear



Leyenda:

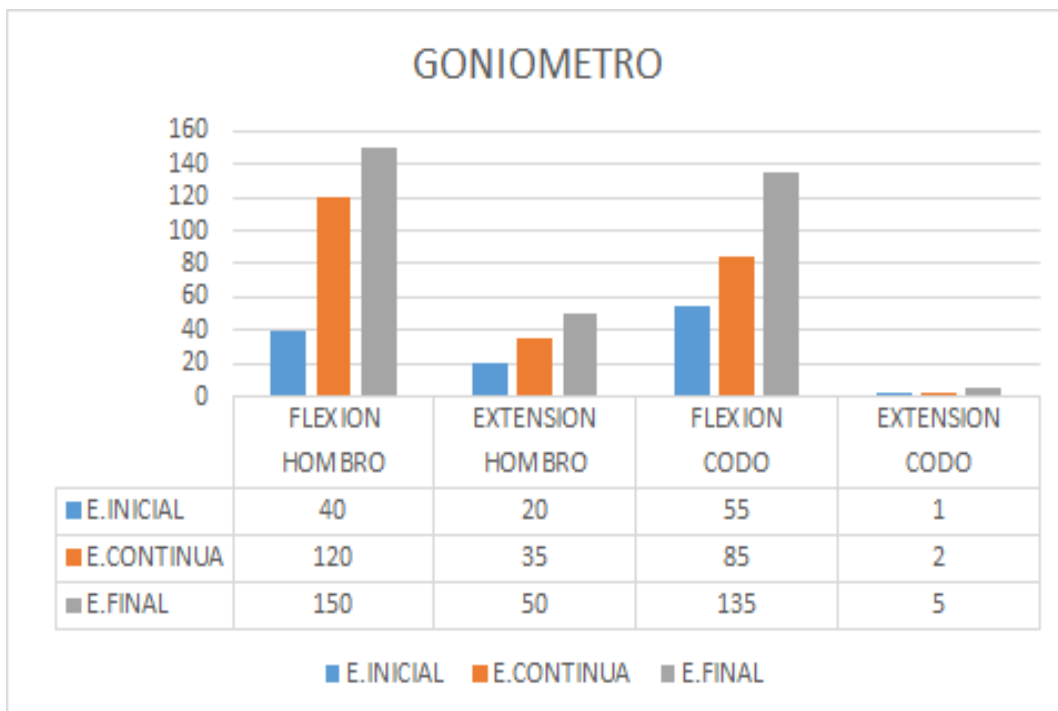
- 23. Puede sentarse cuando está boca abajo
- 24. Se sienta sin apoyarse en las manos
- 25. Tira objetos al azar
- 26. Se mece hacia atrás y hacia delante en posición de gatear
- 27. Se pasa un objeto de una mano a otra estando sentado
- 28. Sostiene en una mano 2 cubos de 2.5 cm. (1")
- 29. Se pone de rodillas
- 30. Se pone de pie apoyándose en algo
- 31. Usa el pulgar y el índice como pinzas para recoger un objeto
- 32. Gatea
- 33. Estira la mano tratando de alcanzar algo, cuando está en posición de gatear
- 34. Se pone de pie con un mínimo de apoyo
- 35. Se lame la comida que tiene alrededor de la boca
- 36. Se mantiene de pie solo durante un minuto
- 37. Vacía de golpe un objeto que está en un recipiente
- 38. Voltea, a la vez, varias páginas de un libro
- 39. Recoge con cuchara o pala
- 40. Coloca objetos pequeños dentro de un recipiente
- 41. Se sienta cuando está de pie
- 42. Aplauda

- 43. Camina con un mínimo de apoyo
- 44. Da unos cuantos pasos sin apoyo
- 45. Se voltea boca arriba, estando boca abajo

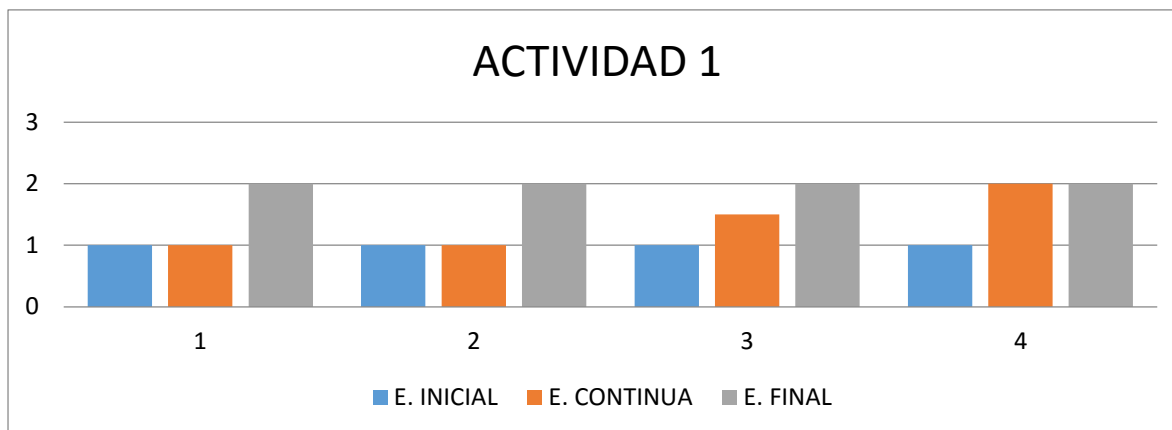
En lo que respecta a la evaluación realizada con el goniómetro, los grados de flexo-extensión de hombro y codo han sido tomados al finalizar cada evaluación. Para observar la evolución a grandes rasgos, los resultados que se presentan a continuación son los obtenidos a través de la medición de los grados del miembro superior, recogidos con el goniómetro al realizar las tres evaluaciones anteriores.

Para poder entender los resultados, hay que saber que los grados de una persona media oscilan en flexión de hombro entre los 0°-180 °, en extensión de hombro unos 60°, en la flexión de codo 150° y en la extensión de codo entre los 0°-10°.

En esta gráfica se puede observar claramente como tras la intervención el paciente ha ganado amplitud articular, ya que en la evaluación final siempre obtiene una puntuación mayor que en la inicial, estando cerca de los máximos grados posibles de realizar tanto en la flexo-extensión de hombro como de codo.

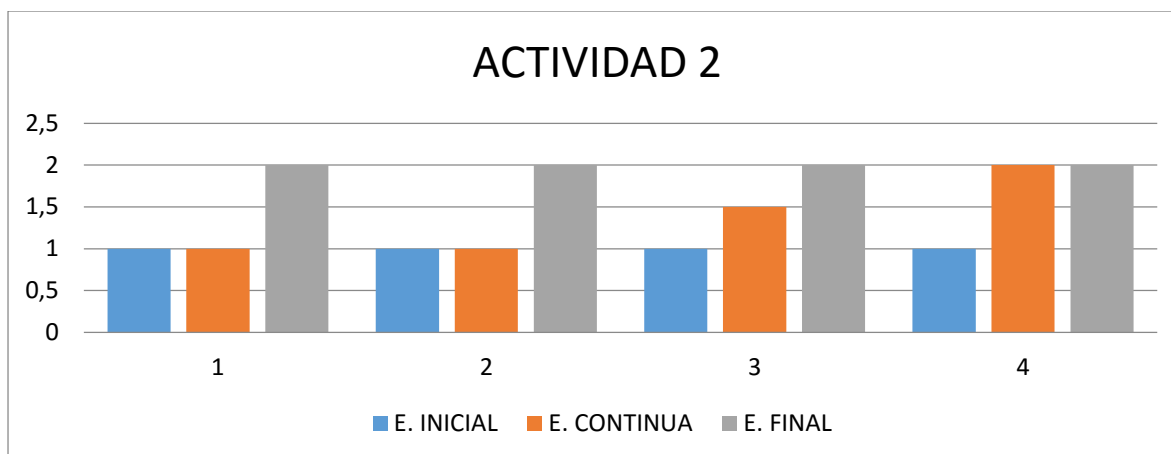


Para poder evaluar las actividades se han elaborado unas tablas para poder cuantificar la observación del terapeuta, cada actividad tiene su evaluación inicial, continua y final.



Leyenda:

- 1: El niño presenta una amplitud articular adecuada y lanza la pelota de manera autónoma.
- 2: El niño presenta una amplitud articular algo limitada, consigue lanzar la pelota a una menor distancia.
- 3: El niño tiene dificultad para la flexo-extensión de hombro, necesita una pequeña asistencia del terapeuta para lanzar la pelota hacia el cubo.
- 4: El niño necesita asistencia física del terapeuta para conseguir despegar el brazo de su cuerpo y lanzar la pelota.



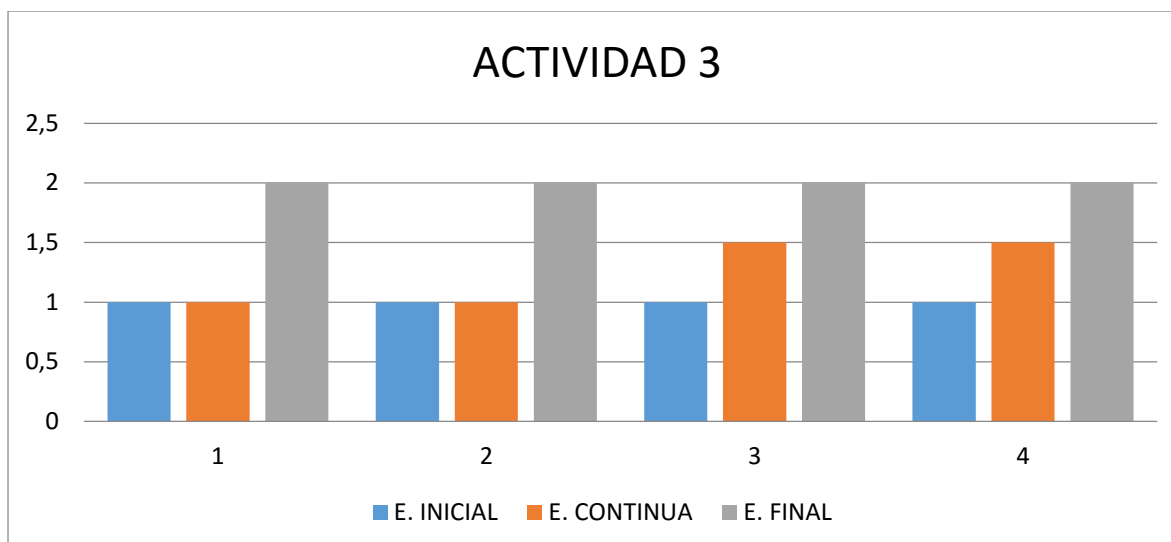
Leyenda:

1: El niño consigue la flexo- extensión de codo, pesca peces sin dificultad y los lleva hacia su mano sana.

-2: El niño consigue la flexo-extensión, pesca el objeto y lo saca de la piscina pero el movimiento es más lento y dificultoso.

-3: El niño tiene dificultades notables para lanzar la caña y separar el brazo de su cuerpo, consigue pescar el pez pero no sacarlo de la piscina.

-4: Necesita ayuda física del terapeuta para poder lanzar la caña, este sostiene su brazo y le ayuda a realizar la actividad guiando su movimiento.



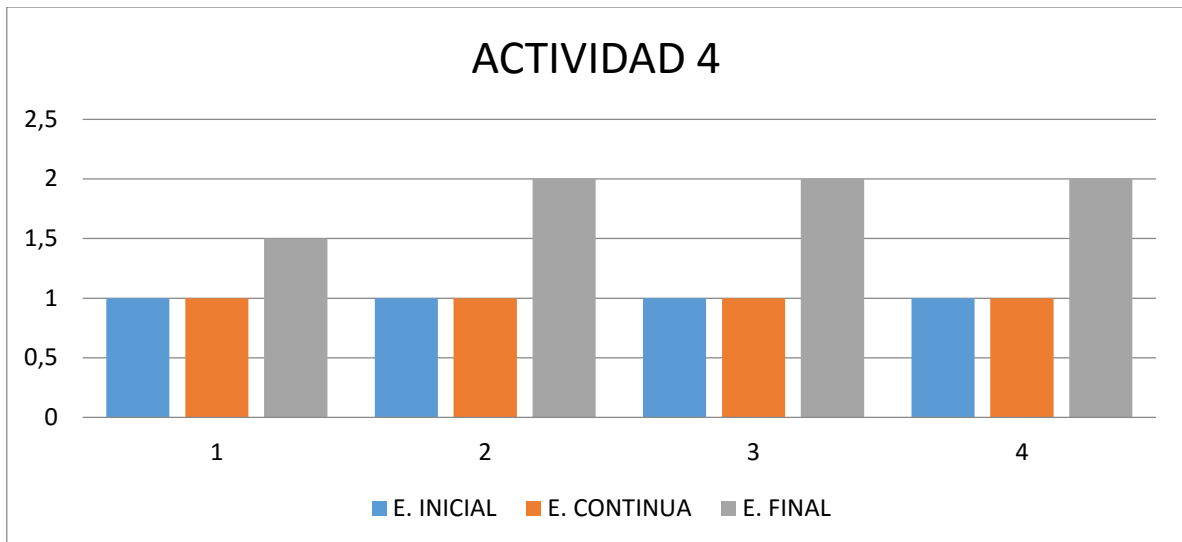
Leyenda:

1: El niño agarra los objetos y los introduce en el cubo de manera autónoma y sin dificultad.

2: El niño necesita moldeado de la tarea, mediante ayuda hace el agarre correcto de los objetos y los introduce en el cubo.

3: El niño necesita un modelado de la tarea para poder realizar la misma, el terapeuta le enseña como agarrar el objeto y dónde debe introducirlo

4: El niño realiza la tarea ayudado físicamente por el terapeuta, este coloca y mantiene su mano en pinza palmar y le ayuda a introducir los objetos guiando su brazo y mano.



Leyenda:

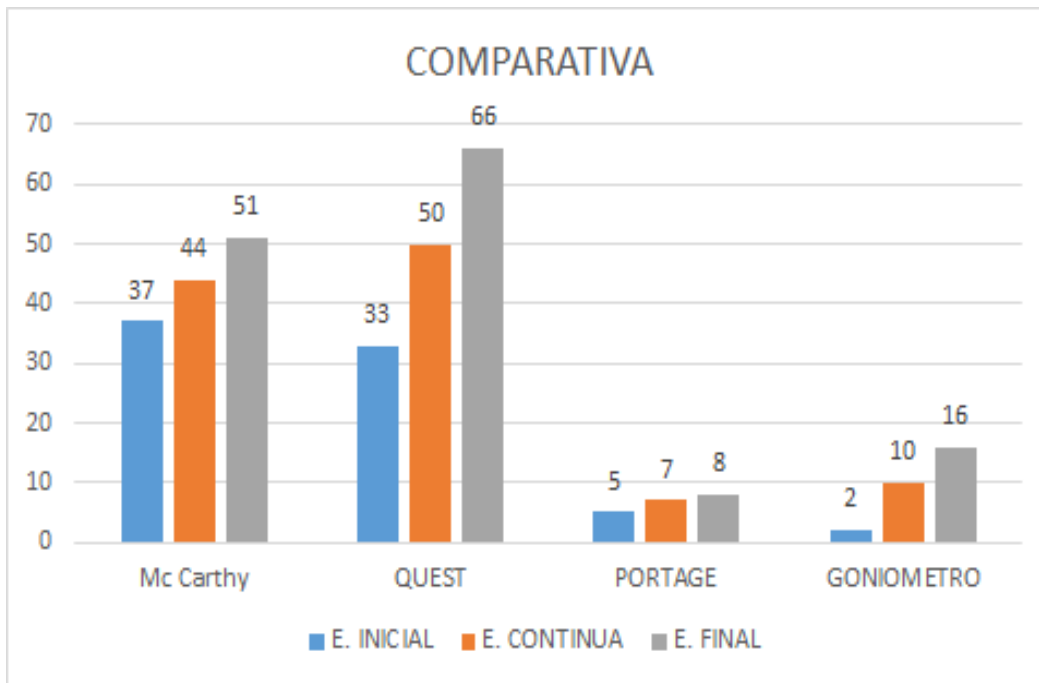
1: El niño mediante pinza tridigital coge las fichas de manera autónoma y las coloca en el plato. Sólo precisa la atención del terapeuta sin que este intervenga en la actividad.

2: Consigue realizar la pinza y mover las fichas a pesar de presentar alguna dificultad. Precisa modelado y ayuda verbal del terapeuta.

3: Consigue hacer la pinza pero sin suficiente fuerza para mover las fichas hasta el plato, requiere la ayuda asistencial del terapeuta.

4: Consigue hacer la pinza y mover las fichas mediante la ayuda física del terapeuta, este coloca su mano en pinza tridigital y la mantiene para llevar las fichas hacia el plato.

Cabe destacar que para poder realizar un análisis de esta comparativa, hay que tener en cuenta que la puntuación máxima de cada escala es diferente, y por lo tanto la puntuación y la interpretación de los datos es distinta.



Si observamos la comparación de la evolución de las escalas utilizadas, se puede apreciar que la escala QUEST es en la que se aprecia mayor mejoría. Esto se debe a que esta escala es específica de la patología tratada y del área a intervenir.

Si analizamos los resultados obtenidos en la guía Portage, se puede pensar que la intervención no ha sido la correcta ya que la evolución recogida en esta escala no tiene tanta pendiente como las demás, esto se debe a que la guía Portage no es específica para el área físico.

10. CONCLUSIONES

Tras finalizar con la intervención de Estimulación Temprana en un niño con Parálisis Cerebral, se ha observado que la Terapia Ocupacional centrada en el área psicomotora aporta grandes beneficios al desarrollo del miembro superior afecto.

Se ha observado que la distribución de las actividades progresivamente durante la intervención, resulta beneficiosa para la consecución de los objetivos a través de metas sencillas. Es decir, para conseguir la funcionalidad del miembro superior, se debe controlar primero la flexo-extensión de hombro, la flexo-extensión de codo, la motricidad gruesa, y por último, el uso de las pinzas y la motricidad fina.

Las maniobras utilizadas como herramientas para disminuir el tono muscular del niño, antes de las sesiones de terapia, se consideran muy efectivas para trabajar con el miembro superior posteriormente, ya que realizarlas incrementa el tiempo de relajación de este miembro.

Se han utilizado varias herramientas para valorar la evolución del niño desde que comienza con la intervención hasta que esta termina. Los resultados que se han obtenido en estas escalas han demostrado la mejoría del niño en sus habilidades psicomotoras. Por ello, se confirma que se han conseguido los objetivos planteados al inicio de la intervención.

Sin embargo, se considera necesario que paralelamente se lleven a cabo otras intervenciones, en las que se trabajen otras áreas como la cognitiva, la social, etc. con la finalidad de que el niño consiga un desarrollo óptimo en todas las áreas que afecten a su edad evolutiva, y consiga unas habilidades adecuadas a su edad cronológica. Además, es muy importante contar con un equipo multidisciplinar para llevar a cabo la intervención de Estimulación Temprana, compuesto por profesionales de otros campos como psicólogos, pedagogos, fisioterapeutas, etc.

Como conclusión final, se ha observado que la intervención resulta más efectiva si se utiliza el juego como contexto para las actividades que se llevan a cabo con el niño. Se considera también de vital importancia el papel de la familia durante la intervención, ya que aportan la información necesaria que el niño no nos puede proporcionar, y son las principales personas de confianza que se encuentran en el entorno del niño.

11. BIBLIOGRAFÍA

1. Bermejo Franco A. Ayudas para la marcha en la parálisis cerebral infantil. Revista Internacional de Ciencias Podológicas [revista en Internet]* 2011 [acceso 11 de marzo de 2016]; 6 (1): [9-24]. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/RICP/article/view/37893/36661>
2. Muriel V, Ensenyat A, García-Molina A, et al. Déficits cognitivos y abordajes terapéuticos en Parálisis Cerebral Infantil. Revista Acción Psicológica [revista en Internet]* 2013 [acceso 8 de marzo de 2016]; 11 (1): [120/107-120]. Disponible en: <http://revistas.uned.es/index.php/accionpsicologica/article/view/13915/12863>
3. Robaina Castellanos GR. Evaluación diagnóstica del niño con parálisis cerebral. Revista Cubana de Pediatría [revista en Internet]* 2007 [acceso 7 de marzo de 2016]; 79 (2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312007000200007
4. Unicef. Programa de estimulación del desarrollo infantil “Juguemos con nuestros hijos” [base de datos en Internet]*. Chile; Marzo 2008 [acceso 25 de marzo de 2016]. Disponible en: http://www.unicef.cl/web/wp-content/uploads/doc_wp/Jugemos_corregido.pdf
5. DeMatteo C, Law M, Russell D, Pollock N, Rosenbaum P, Walter S. 1992. QUEST: Quality of Upper Extremity Skills Test. Hamilton, ON: McMaster University, Neurodevelopmental Clinical Research Unit. [acceso 28 de marzo de 2016]
6. García Sánchez FA, Mendieta García P, Castellanos Brazalez P. Evaluación del niño en Atención Temprana [base de datos en Internet]*. Murcia [acceso 26 de marzo de 2016]. Disponible en: https://webs.um.es/fags/atenciontemprana/documentos/invest/evalua_nino_at.pdf

12. ANEXOS

ANEXO I

	1 MES	2 MESES	3 MESES	4 MESES	5 MESES	6 MESES
Control de cabeza y tronco	LEVANTA LA CABEZA POR MOMENTOS		SE LEVANTA APOYÁNDOSE EN SUS BRAZOS	LEVANTA SU CABEZA Y HOMBROS	SE APOYA EN UN LADO	AL LEVANTARLO LA CABEZA NO CAE
Voltearse		ESTANDO EN UN LADO, SE PONE BOCA ARRIBA		CUANDO ESTÁ BOCA ARRIBA SE PONE DE LADO	CUANDO ESTÁ BOCA ABAJO SE VOLTEA BOCA ARRIBA	CUANDO ESTÁ BOCA ARRIBA SE VOLTEA BOCA ABAJO
Sentarse			SE SIENTA RODADO DE COTUJES	NECESITA APOYO ATRÁS PARA SENTARSE		SE MANTIENE SENTADO APOYADO EN SUS BRAZOS
Caminar y gatear	MUEVE LOS BRAZOS Y PIERNAS					SE PONE EN POSICIÓN DE GATEO POR MOMENTOS
Uso de brazos y manos	APRIETA CUALQUIER OBJETO COLOCADO EN SU MANO	JUNTA LAS MANOS	ESTIRA LOS BRAZOS HACIA UN OBJETO SIN CONSEGUIRLO	TOCA OBJETOS	AGARRA OBJETOS CON TODA LA MANO	SE PASA OBJETOS, DE UNA MANO A OTRA

	7 MESES	8 MESES	9 MESES	10 MESES	11 MESES	12 MESES
	MUEVE LA CABEZA EN TODA DIRECCIÓN					
		SE VOLTEA FÁCILMENTE A CUALQUIER LADO				
COMIENZA A SENTARSE SOLO			DESDE CUALQUIER POSICIÓN LOGRA SENTARSE			
SE ARRASTRA		GATEA	SE PARA, APOYÁNDOSE EN LAS COSAS	CAMINA APOYÁNDOSE EN LAS COSAS	DA PASOS, SUIETADO DE LA MANO	COMIENZA A CAMINAR SOLO
COGE UN OBJETO EN CADA MANO				COGE OBJETOS CON EL PULGAR E ÍNDICE		

edad	motricidad gruesa	motricidad fina
2-3 años	<p>Corre</p> <p>Se mantiene en un pie</p> <p>Chuta un balón</p> <p>Salta</p> <p>Empieza a trepar</p> <p>Baila</p>	<p>Construye torres de 8 cubos</p> <p>Sostiene un lápiz con la mano</p> <p>Tira una pelota con la mano</p> <p>Pasa páginas de una en una</p> <p>Desenrosca un tapón</p> <p>Hace trazos sencillos</p>
3-4 años	<p>Sube escaleras alternando pies</p> <p>Salta a la pata coja</p> <p>Salta 40-60 cm de long</p> <p>Monta en triciclo</p> <p>Baila siguiendo ritmo</p>	<p>Construye torres de 10 cubos</p> <p>Moldea plastilina</p> <p>Comienza a usar tijeras</p> <p>Coge el lápiz de forma adecuada</p> <p>Punza líneas onduladas, rectas o en zigzag</p> <p>Colorea respetando margen</p> <p>Hace dibujos sencillos</p> <p>Se abrocha y desabrocha botones</p>
4-5 años	<p>Corre en cualquier dirección, se para, gira</p> <p>Baja escaleras alternando pies</p> <p>Salta 60-80 cm de long</p> <p>Corre a la pata coja</p> <p>Monta en bicicleta</p>	<p>Recorta una línea con tijeras</p> <p>Dibujos más elaborados</p> <p>Copia trazos, Letras</p> <p>Bota una pelota</p> <p>Lanza con puntería</p>

ANEXO II

Maniobras de relajación automática en MMSS

Movilizar brazo derecho con nuestro brazo derecho, y al revés.

1. Pulgar del TO debajo de la articulación de la muñeca.

2º y 3º dedo TO- sobre la cabeza de los metas 2º y 3º dedo.

Comprobar que la mano se ha abierto.

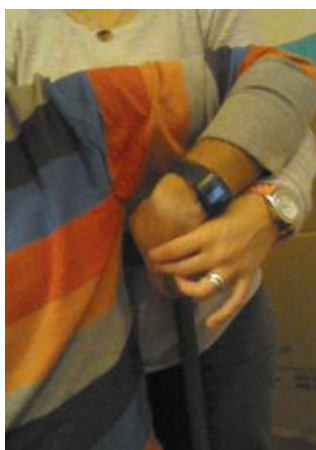
Realizar sobre la mano una flexión de muñeca y una desviación cubital.



2. Llevar el brazo a la axila, forzando la rotación interna del hombro.

De ahí ir descendiendo el brazo por el costal del cuerpo, hasta que el hombro descienda.

Relajamos flexores de codos y dedos.



3. Llevar el brazo en rotación interna hasta los 90° de abducción.

No soltar la presa de la mano.

La mano que no está haciendo la relajación, debe de estar en la zona interna del hombro para protegerlo.



4. Al llegar a 90° subir el brazo en rotación externa de hombro hacía arriba, flexionarlo de nuevo para volver a la axila y descenderlo por el costal del cuerpo hasta llegar a la posición anterior.



5. Repetir los pasos anteriores varias veces, hasta que veamos que nuestras manos hacen menos fuerza.



6. Con el brazo en 90° de flexión de codo y pegado al cuerpo, realizaremos pases con la mano sobre su mano flexionada. Pases enérgicos fuertes de arriba hacia abajo, para relajar los flexores de la mano.



7. Cuando veamos que la mano se ha relajado un poco, pone la mano el TO por debajo de la suya (como si estuviera al revés). Potenciamos en esta postura la extensión de los dedos, la extensión de la muñeca y la flexión de los dedos.



8. En la posición anterior, realizaremos un movimiento de balanceo de la mano y del brazo. La otra mano del TO, si es posible estará por detrás del codo.



9. Por último para estirar, ponemos el brazo en 90° de extensión y de abducción de hombro, con rotación externa de hombro. Potenciamos la supinación y la extensión de muñeca y dedos.





2. PESCA DE PECES



3. INTRODUCIR OBJETOS EN UN CUBO



4. MANIPULACIÓN DE OBJETOS PEQUEÑOS DE UN LUGAR A OTRO

Plastilina
terapéutica
Cando®
Theraputty



ANEXO IV

Actividad	E. INICIAL	E. CONTINUA	E. FINAL	OBSERVACIONES
<p>1: El niño mediante pinza tridigital coge las fichas de manera autónoma y las coloca en el plato. Sólo precisa la atención del terapeuta sin que este intervenga en la actividad.</p>				
<p>2: Consigue realizar la pinza y mover las fichas a pesar de presentar alguna dificultad. Precisa modelado y ayuda verbal del terapeuta.</p>				
<p>-3: Consigue hacer la pinza pero sin suficiente fuerza para mover las fichas hasta el plato, requiere la ayuda asistencial del terapeuta.</p>				
<p>-4: Consigue hacer la pinza y mover las fichas mediante la ayuda física del terapeuta, este coloca su mano en pinza tridigital y la mantiene para llevar las fichas hacia el plato.</p>				

<p>-1: El niño agarra los objetos y los introduce en el cubo de manera autónoma y sin dificultad.</p>				
<p>2: El niño necesita moldeado de la tarea, mediante ayuda hace el agarre correcto de los objetos y los introduce en el cubo.</p>				
<p>3: El niño necesita un modelado de la tarea para poder realizar la misma, el terapeuta le enseña como agarrar el objeto y dónde debe introducirlo.</p>				
<p>4: EL niño realiza la tarea ayudado físicamente por el terapeuta, este coloca y mantiene su mano en pinza palmar y le ayuda a introducir los objetos guiando su brazo y mano.</p>				

ANEXO V

FEBRERO 2016						
LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29						

MARZO 2016						
LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

ABRIL 2016						
LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	

MAYO 2016						
LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

JUNIO 2016						
LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

JULIO 2016						
LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

AGOSTO 2016						
LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

SEPTIEMBRE 2016						
LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30		

OCTUBRE 2016						
LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

Leyenda:

	Evaluación
	Actividad 1
	Actividad 2
	Actividad 3
	Actividad 4

