



FACULTAD PADRE OSSÓ



Universidad de Oviedo

# Terapia Ocupacional en Pediatría

---

Proyecto de intervención en Síndrome de Down a través del juego en el entorno natural

LORENA GARCÍA FERNÁNDEZ

## TRABAJO FIN DE GRADO

Tutor: Laura García García

Convocatoria:      | Noviembre       | Enero       | Mayo       | Julio

(marque X lo que proceda)

Curso académico: 2023/ 2024

**GRADO EN TERAPIA OCUPACIONAL**

**UNIVERSIDAD DE OVIEDO**

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

Resumen.....	5
Abstract.....	6
1. Introducción.....	7
2. Objetivo del TFG.....	17
3. Material y métodos.....	18
3.1. Diseño.....	18
3.2. Procedimiento e instrumentos.....	18
4. Resultados.....	20
4.1. Introducción.....	20
4.2. Justificación del proyecto.....	20
4.3. Objetivos del proyecto de intervención.....	22
4.4. Cuestiones éticas.....	23
4.5. Localización física.....	23
4.6. Destinatarios.....	24
4.7. Actividades o programas.....	25
Fase 0: divulgación del proyecto.....	26
Fase 1: evaluaciones y entrevistas.....	27
Fase 2: desarrollo de la intervención.....	30
Fase 3: reevaluación de los niños y análisis de los resultados y datos obtenidos.....	35
4.8. Temporalización del proyecto.....	36
4.9. Recursos humanos y materiales.....	37
4.9.1. Presupuesto.....	37
4.9.2. Financiación del proyecto.....	39
4.10. Evaluación final del proyecto.....	39
4.10.1. Limitaciones.....	39
4.10.2. Futuras líneas de investigación.....	40

5.	Discusión.....	41
6.	Conclusiones.....	43
7.	Bibliografía.....	45
8.	Anexos.....	49

## **Abreviaturas.**

AVD: Actividades de la Vida Diaria

AOTA: American Occupational Therapy Association

ASD: Asociación de Síndrome de Down

CAI: Centro de Apoyo a la Integración

CP: Cuidadores principales

ECF: Enfoque Centrado en la Familia

INE: Instituto Nacional de Estadística

ONU: Organización de las Naciones Unidas

SD: Síndrome de Down

TO: Terapia Ocupacional

TFG: Trabajo de Fin de Grado

TL: Tutores legales

VABS-3: Vineland Adaptive Behavior Scales-3

WFOT: World Federation of Occupational Therapists

## Resumen.

El Síndrome de Down (SD) es la alteración cromosómica más frecuente con una prevalencia de 1 por cada 600-700 embarazos. Con el presente proyecto se pretende abordar la importancia de realizar sesiones de Terapia Ocupacional (TO) a través del juego sensoriomotor y simbólico. El proyecto va destinado a un grupo de 14 niños de 2 a 8 años con diagnóstico de SD y que presenten dificultades en las AVD. La TO en la infancia utiliza el juego como precursor y como herramienta de trabajo ya que es la ocupación más significativa de la infancia, y constituye el eje para el desarrollo integral del niño. Uno de los objetivos de la TO en la infancia es el desarrollo de una mayor autonomía e independencia en las Actividades de la Vida Diaria (AVD). Se desarrolla en colaboración con la Asociación de SD de Asturias, de la que son miembros los 14 niños y donde se realizan sesiones grupales una vez por semana. En cambio, las individuales serán en los entornos naturales de los niños. En España, según el Instituto Nacional de Estadística (INE) hay 31.500 personas con SD, y se estima que 1.500 son niños menores de 6 años, por lo que es importante realizar estas intervenciones desde la perspectiva de la TO.

*Palabras clave:* Terapia Ocupacional, juego sensoriomotor, juego simbólico, Síndrome de Down, Actividades de la Vida Diaria.

## **Abstract.**

Down Syndrome (DS) is the most common chromosomal alteration with a prevalence of 1 in every 600-700 pregnancies. This project aims to address the importance of carrying out Occupational Therapy (OT) sessions through sensorimotor and symbolic play. The project is aimed at a group of 14 children aged 2 to 8 years who have DS and who have difficulty in ADLs. OT in childhood uses games as a precursor and as a work tool since it is the most significant occupation of childhood and constitutes the axis for the comprehensive development of the child. Consequently, occupational therapists are the professionals in charge of evaluating and promoting the games, which consists of an interaction between the child and the environment. One of the objectives of OT in childhood is the development of greater autonomy and independence in activities of daily living (ADL). It is developed in collaboration with the SD association of Asturias, of which the 14 children are members and where group sessions are held once a week. Instead, individual lessons will be in the children's natural environments. In Spain, according to the National Statistics Institute (INE), there are 31,500 people with DS and it is estimated that 1,500 are children under 6 years of age, so it is important to carry out these interventions from the perspective of OT.

*Keywords:* Occupational Therapy, Down Syndrome, activities of daily living, ADL's, play therapy and play therapies.

## 1. Introducción.

El síndrome de Down (en adelante SD) conocido también por trisomía 21, fue descubierto por John Langdon Down en el año 1866, quien lo describió por primera vez dentro de su propuesta de clasificación de pacientes con discapacidad intelectual. Es en el año 1959 cuando se asocia con una alteración cromosómica (Díaz-Cuéllar et al., 2016).

El SD es la alteración cromosómica más frecuente y la causa principal de discapacidad en todo el mundo. Abarca un conjunto complejo de patologías que involucran prácticamente todos los órganos y sistemas (Díaz-Cuéllar et al., 2016).

Este síndrome consiste en la alteración de uno de los cromosomas, que da lugar a unas características morfológicas y de conducta. Los primeros trabajos científicos se centraron en el estudio de las características, la probable influencia de la madre y las características estructurales del cerebro, entre otros (Fernández, D. M., 2016). “Actualmente el SD no tiene cura” (Madrigal, 2004, p. 4).

De acuerdo con el libro “El éxito del esfuerzo: el trabajo colaborativo” de Palomares y Garrote (2010) hay tres tipos de alteraciones genéticas que son:

- **Trisomía del 21:** lo tienen la mayoría de las personas con síndrome de Down, es el tipo más común. En este caso, cada célula del cuerpo tiene tres copias por separado del cromosoma 21. Se debe a un error genético durante el proceso de la reproducción celular, donde el par de cromosomas 21 perteneciente al óvulo o al espermatozoide no se separa adecuadamente de forma que uno de los gametos contiene 24 cromosomas en vez de 23. A continuación, cuando el gameto que contiene un cromosoma extra 21 se combina con otro del sexo contrario se obtiene un cigoto con un total de 47 cromosomas. Este cigoto en su división mediante el proceso de mitosis en el que se empieza a formar el feto va dando lugar a células idénticas a sí mismas, con 47 cromosomas cada una. Se conoce como trisomía regular o trisomía libre.
- **SD por translocación cromosómica:** este tipo ocurre en un porcentaje menor en personas con SD, son casos raros. Se da cuando durante el proceso de reproducción celular de meiosis, un cromosoma 21 se rompe y alguno de los fragmentos se une de forma irregular a otro par cromosómico, que, por lo general, es el 14. En conclusión, el par cromosómico 14 tendrá una carga genética adicional, y estos cromosomas pasan a denominarse cromosomas de

translocación. En este caso, las características de la persona con SD variarán en función del fragmento genético translocado.

- **Trisomía en mosaico o SD por mosaicismo:** “solo el 1% de los casos ocurren por esta variante” (Nieto, 2022). Después de que se forma el cigoto, las células restantes se crean mediante el proceso de reproducción células llamado mitosis. Si durante la división el material genético no se separa adecuadamente, las células hijas podrían tener tres cromosomas en su par 21, mientras que otras tendrían uno. Por tanto, se dará resultado a un porcentaje de células trisómicas, es decir, con tres cromosomas, y otras con una carga genética habitual. En este caso, las personas con SD que presentan esta estructura genética tienen rasgos físicos que dependerán del porcentaje de células trisómicas. Generalmente, las personas con trisomía en mosaico presentan un menor grado de discapacidad intelectual.

Según la Organización de las Naciones Unidas (en adelante ONU) (2024) la incidencia estimada del SD a nivel mundial es de entre 1 de cada 1.000 y 1 de cada 1.100 recién nacidos. Gracias a la atención tanto médica como quirúrgica, en las últimas décadas ha aumentado la supervivencia de los bebés que nacen con SD (Lee et al., 2021). Según Down España (2021), en este país hay 5 nacimientos de bebés con SD por cada 10.000 nacimientos.

Siguiendo con la incidencia, según los datos del Instituto Nacional de Estadística (en adelante INE), de su última Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, que se publicó el 4 de noviembre de 2009, en España hay 31.500 personas con SD, pero esta cifra no incluye a los niños de menos de seis años, que se estima que podrían ser 1.500 niños en España (INE, 2009). Sin embargo, no hay ningún censo total de la población con SD en España realizada por el INE con datos actualizados, pero, según Down España (2021), son aproximadamente 35.000 personas con SD, sin hacer distinción por edades. Afirman que hay 23.000 personas en edad laboral (de 16 a 65 años).

Actualmente la Asociación de Síndrome de Down (en adelante ASD) de Asturias (2024), cuenta con 14 socios con edades comprendidas entre los 2 y 8. Estos se dividen en: tres nacidos en el año 2016; cuatro en el 2017; dos en el 2018; en el 2019 y tres en el 2020. Cabe destacar que no hay socios con edades inferiores (nacidos entre los años 2021 y 2022), es decir, con 3 y 2 años.

Esta alteración genética se produce en todos los grupos étnicos, con una prevalencia de 1 por cada 600-700 embarazos en el mundo. Se conoce únicamente un factor de riesgo que es la edad de la madre cuando comienza a superar los 35 años (Down España, 2020).

Progresivamente hay una disminución de la incidencia del SD según la información recogida por el Estudio Colaborativo Español de Malformaciones Congénitas (ECEMC, 2008) que fue realizado durante los años 1980 al 2010.

El SD conlleva discapacidad intelectual, problemas de desarrollo físico y fisiológico y por ende de la salud. Generalmente estas alteraciones orgánicas se producen durante el desarrollo del feto, por lo que el diagnóstico suele realizarse en el momento del nacimiento (Fernández, 2016).

Existen pruebas prenatales llamadas de “screening” que suelen realizarse en el caso de tener antecedentes de alteración genética, y, que según los resultados que se obtienen, se contrasta la información con la edad de la madre y con la semana de gestación para poder cuantificar cuál sería la probabilidad de que el feto presente SD. Cabe destacar que indican el riesgo, pero no sirven de diagnóstico. Para el diagnóstico durante la gestación se realizaría un análisis cromosómico (Down España, 2020). Además de esto, durante el embarazo, puede sospecharse de SD si durante el periodo prenatal, mediante ecografía fetal, pruebas de cribado materno en suero o detección sistemática prenatal no invasiva se identifican anomalías físicas. En caso de ser estas identificadas, se realizaría una biopsia de vellosidades coriónicas con o sin amniocentesis para la confirmación fetal, ya que con esta prueba se evaluaría el cariotipo del feto (Powell-Hamilton, 2021).

Los niños con SD tienen unas características fenotípicas muy distintivas, pero que entre ellos les confiere una apariencia común. Algunas de las características son: tabique nasal aplanado, orejas de tamaño pequeño, hendiduras de los ojos oblicuas, manos pequeñas y dedos cortos, lengua grande, cuello ancho y corto y la base del cráneo con forma aplanada (Nieto, 2022). Añadido a estas características físicas, también pueden tener hipotonía muscular y una estatura baja (Cantos et al., 2010). A ello, se pueden añadir otros síntomas psicomotores como la torpeza y lentitud de movimientos que derivan en problemas para la motricidad gruesa y fina, lo que puede limitar su desempeño. Cabe destacar que la mayoría de las personas con SD presentan pérdida de la capacidad auditiva y pueden tener también problemas de visión (Ruiz, 2024).

Pasados los años 70, se dio comienzo a una serie de estudios multidisciplinarios, que tenían como objetivo conseguir un mayor conocimiento sobre el desarrollo cognitivo y motor, de la vida socio-afectiva y los procesos de desarrollo subyacentes en los niños con SD (Fernández, 2015).

En la actualidad, gracias a que estos niños reciben desde una edad temprana un adecuado tratamiento y, también, fruto de los avances en la investigación, se ha conseguido una mejoría muy notable tanto en el estado de salud, como en la calidad y en la esperanza de vida de estas personas. Muchos de ellos pueden alcanzar unos niveles altos de autonomía e independencia, traducidos en la consecución de habilidades sociales, y de actividades como la higiene, la alimentación y el juego de forma autónoma. Hoy en día las personas con SD viven una media próxima a los 60 años (Down España, 2020), habiendo aumentado de 25 años en el año 1983 a más de 60 años actualmente (Lee et al., 2021).

Según Cantos et al., (2010) las características psicológicas de las personas con SD son varias. En primer lugar, tienen una baja tendencia a la exploración y una escasa iniciativa, por lo que su participación social se ve afectada. Además, son propensos a mantener determinados comportamientos y tienen dificultad para adaptarse a los cambios, les cuesta iniciar nuevas tareas, por lo que hay que realizar adaptaciones en su entorno si fuese necesario. Añadido a esto, presentan una limitación para hacer frente al entorno y al ambiente y tienen una baja capacidad de respuesta ante situaciones externas.

De acuerdo con Díaz-Cuéllar et al., (2016) adquieren los hitos del desarrollo relacionados tanto con el área motora como del lenguaje de manera tardía. Para que esto no suponga graves problemas en la etapa escolar primaria, destaca la importancia de comenzar un entrenamiento motor temprano (Sollerhed & Hedov, 2021).

La evaluación de los hitos del desarrollo en el niño es importante y permitirá realizar una estimación sobre el desarrollo cerebral y si este está ocurriendo dentro de un marco apropiado (Medina Alva et al., 2015). Así, se recoge en las siguientes figuras el desarrollo de las ocupaciones desde los 2 a los 8 años, pero ha de tenerse siempre en consideración que cada niño presenta un desempeño ocupacional único. Se recogen en los anexos 1, 2, 3 y 4 el desarrollo de las ocupaciones de juego, vestido, alimentación y aseo.

Desde terapia ocupacional (en adelante TO) una de las ocupaciones más importantes en la infancia es el juego, ya que es altamente significativa para los niños y en la cual invierten la mayor parte del tiempo en su día a día. Además, es su principal forma de aprendizaje y de desarrollo (Blázquez et al., 2015). La TO se define según la World Federation of Occupational Therapists (en adelante WOFT) (2012) como la “profesión de salud centrada en el cliente que se ocupa de promover la salud y el bienestar a través de la ocupación. El objetivo principal de la TO es capacitar a las personas para participar en las actividades de la vida diaria (en adelante AVD)”.

La TO pediátrica emplea el juego como una herramienta de terapia debido a que es la ocupación más significativa de la infancia, así como el eje de su desarrollo motor, cognitivo, emocional y social (Blázquez et al., 2015). Las intervenciones de esta disciplina durante la infancia se centran en utilizar el juego como un medio para impulsar la mejora de habilidades o la participación en ocupaciones, como un fin, ya que promueve el juego propiamente dicho, o como una combinación de ambos enfoques (Ramugondo et al., 2018).

La Declaración Universal de los Derechos de la infancia entiende al juego como un derecho fundamental, ya que jugar hace posible el alcance de situaciones favorables para el desarrollo que influyen directamente con un crecimiento sano y saludable de los niños (Tacón, 2019). Además, en noviembre del año 1959 fue reconocido por primera vez el derecho a jugar. Fue en el momento en el que se aprobó la Declaración de los Derechos del Niño en la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNICEF, s.f.).

La vida durante la infancia no puede entenderse sin la presencia del juego (Marín, 2009). Según Skard y Bundy (2008), el juego es “cualquier actividad organizada o espontánea que proporcione disfrute, entretenimiento o diversión”. De otra forma, el juego es definido por Piaget como una actividad de valor y que tiene mucha importancia, ya que que es empleada como una manera de descargar tensiones y expresar sentimientos como la ira o la frustración, lo que permite que los niños regulen sus emociones y se comuniquen mediante diferente conductas, pensamientos y necesidades (Puerto Mojica et al., 2007).

El juego sirve como precursor de aprendizaje de otras ocupaciones y puede dividirse en cuatro estadios o etapas, según la clasificación de Jean Piaget. El primer estadio, el sensoriomotor, comprende desde el nacimiento hasta los 2 años y en él

predomina el juego funcional o de ejercicio, es decir, utilizar con sentido de los juguetes. En esta etapa el juego es para el niño una actividad solitaria en la que explora el entorno donde se desarrolla el juego y se caracteriza por los movimientos motores repetitivos que realiza el niño. Después, el estadio preoperacional abarca de los 2 a los 7 años y en él predomina el juego simbólico (“hacer como si”), es más imaginativo e involucra experiencias cotidianas y normas sociales. Al mismo tiempo aparece el juego con otros niños. De los 7 a los 11-12 años, corresponde el estadio de operaciones concretas, donde predomina el juego de reglas y cobra importancia el juego con amigos. En un principio utilizan la imitación del juego (reglas transmitidas) y, después, organizan las reglas de forma espontánea (reglas espontáneas). Por último, de los 12 a los 16 años, el estadio de operaciones formales, donde comienzan los juegos que desafían capacidades y habilidades, los juegos en equipo y la competitividad en el deporte. Simultáneamente a estos estadios, aparece el juego de construcción, a partir del primer año de vida. Esta es una clasificación, pero puede haber otras de otros autores (Domingo, 2015).

Cabe destacar que, según Pecci et al., (2013) en el momento en el que aparece un nuevo tipo de juego, los anteriores no desaparecen, sino que estos avanzan para ir perfeccionándose. Además, no varía el orden de aparición de los tipos de juego, pero sí puede hacerlo la edad de inicio de cada tipo de juego.

Dentro del juego se encuentra el juego sensoriomotor o de ejercicio, en el que la característica principal es el placer funcional en el que se consigue una satisfacción inmediata debido a la repetición de una acción y que se desarrolla desde el nacimiento hasta aproximadamente los dos años de vida (Aquino y Sánchez, 1999). Las acciones pueden ser con o sin objetos, como, por ejemplo, gatear, balancearse, arrastrarse, etc. donde los niños utilizan su propio cuerpo. Pueden ser juegos de ejercicio con objetos como agitar un sonajero o chupar un chupete, que permiten al niño manipular y explorar sensorialmente las propiedades de los objetos o juegos de ejercicio con otras personas, como esconderse o sonreír, en los que se fomenta la interacción social (Pecci et al., 2013).

Por su parte, el juego simbólico que se define como la capacidad de simbolizar, es decir, crear situaciones en la mente y combinar los hechos reales con aquellos imaginativos (González-Villavicencio et al., 2022). Este tipo de juego comienza a desarrollarse según Aguilera (2014) durante la primera infancia, aproximadamente a los 2-3 años. En esta etapa el niño simboliza algunas acciones que generalmente son de la vida real y desarrolla el juego con diversos objetos. A continuación, empieza con la

realización de acciones de adultos que son trasladadas a muñecos. El juego simbólico a los 3-4 años ya se ha establecido y los niños son capaces de completar escenas de situaciones reales mientras juegan. Posteriormente, a los 4-5 años, el juego simbólico se aproxima a la realidad y juegan de forma colectiva, por ejemplo, como si fueran una familia y estableciendo los correspondientes roles.

La etapa del juego simbólico debe ser trabajada por los terapeutas ocupacionales desde el momento en el que aparece en los niños (Pérez de Heredia et al., 2022). Pueden intervenir facilitando el juego, modificando los instrumentos del juego y han de considerar el espacio físico donde se desarrollará para resaltar la importancia de la actividad lúdica para el desarrollo y el aprendizaje (Pelosi et al., 2020).

Además, según Jaramillo (2007), el juego tiene un valor “substitutivo” lo que significa que sirve de transición a situaciones adultas durante la infancia. Un ejemplo es jugar a peluqueras, o a ir de compras. Pérez de Heredia et al., (2022) recalca la importancia de que exista un entorno destinado al juego que tengan como características la accesibilidad y la seguridad.

Según Blázquez et al., (2015) no se ha determinado cuáles son los juegos que más contribuyen al desarrollo o qué características de cada actividad son más relevantes. Siguiendo el modelo propuesto por Anita Bundy, la juguetonería (*playfulness*) contribuiría a conseguir una involucración de los niños en el juego. Para favorecer la juguetonería, se puede ofrecer una diversidad de materiales a los niños, que estarían colocados sin ningún objetivo y que no sean parte de un juego ya estructurado o con reglas. De esta forma se consigue un aumento en la participación social y en la creatividad. Desde la TO se intentaría incrementar la conducta juguetona durante la intervención. La juguetonería se puede definir como la disposición para jugar (Barnet, 1991) o la forma en que un niño se acerca a jugar y a llevar a cabo otras tareas (Domingo, 2015).

Bundy sugiere un modelo del juego que explica que la conducta juguetona está definida por tres elementos relevantes que son: “la motivación intrínseca (se observa en el interés innato que produce el propio juego), el control interno (decisión propia de cómo se desarrolla el juego) y la habilidad para dejar a un lado la realidad (capacidad de evasión dentro del juego)” (Blázquez et al., 2015, p. 103). Estos tres elementos que conforman el

concepto de la juguetonería han de presentar un equilibrio para determinar la conducta juguetona (Domingo, 2015).

La motivación intrínseca podría considerarse la motivación de por qué el niño se involucra en el juego por el simple hecho de querer, sin tener razón aparente para ello. Por poner un ejemplo, ganar el juego podría ser animado y emocionante para el niño, pero el hecho de ganar no es la razón principal por la que jugar. Además, destacar que la incertidumbre de no saber quién será el ganador aumenta la motivación, aunque ésta última varía según cada niño. Por tanto, no es importante ni quién gana, ni cuándo termina un juego, sino que lo son el tiempo y el disfrute durante el juego. En cuanto al control interno, hace referencia a la parte de responsabilidad que cada niño tiene durante el juego, ya que toman decisiones sobre con quién jugar, cómo, a qué y cuándo termina este. En este caso, los juegos de reglas también requieren de control interno, ya que éstas pueden ser modificadas por los jugadores, y porque aun así tiene a su cargo acciones como escoger con quién jugar. Por último, la libertad para abstraerse de la realidad quiere decir que es el niño quien decide cómo de cerca está de la objetividad del juego. Así, cada niño puede fingir que es otro personaje o que un objeto empleado para él es en realidad otro (Domingo, 2015).

Los terapeutas ocupacionales son los profesionales responsables de la evaluación y la promoción del juego, ya que es la principal ocupación de los niños según Skard y Bundy (2008).

El juego es fundamental para potenciar el desarrollo de los niños, ya que es el medio por el que interactúan con el entorno, y por el que desarrollan habilidades, ya sea mediante observación, imitación o creación, solos o con compañeros. Es así como amplían su pensamiento, lenguaje y autonomía (Pelosi et al., 2020).

Además, gracias al juego pueden adquirirse las destrezas de ejecución de la tarea en su totalidad (Blázquez et al., 2015). Wallon sugiere que gracias al juego aparece el sentimiento de superación y es el que proporcionará al niño la satisfacción por el trabajo (Marín, 2009).

Para garantizar el juego se necesitan un conjunto de factores que son los que lo posibilitan. Por un lado, el tiempo, ya que no hay prisa para experimentar, inventar, etc. Por otro, los espacios acondicionados para recrear el juego, y puede ser en la calle, en casa, en el colegio, etc. Los iguales del niño, así como los familiares, son los compañeros

de juego, y tienen un papel relevante cuando se trata de juegos compartidos. Finalmente, son necesarios los juguetes, aunque no siempre, pero si llevan a la estimulación y respaldan la actividad. No tiene por qué ser un juguete diseñado, puede ser cualquier objeto, como una piedra, una flor, una manta, etc. (Marín, 2009).

Retomando el tema de los compañeros de juego, los investigadores de una revisión de alcance sobre las variables familiares y la calidad de vida en niños con SD informan que estos niños tienen una percepción positiva y de apoyo de sus relaciones con los familiares (Lee et al., 2021). El juego es una actividad que supone un beneficio para favorecer el vínculo, para disfrutar de momentos relajados y para fomentar habilidades de forma lúdica (Pérez de Heredia et al., 2022).

Según una revisión sobre la experiencia de los padres con la implementación de programas de terapia en el hogar para niños con SD, se concluye que las intervenciones que son realizadas por los terapeutas se incluyen en la rutina diaria de la familia, y que se debe tener especial consideración de los recursos emocionales y de la forma de aprendizaje de los padres en el diseño de las actividades (Walker et al., 2020). La participación activa de padres e hijos para establecer los objetivos y desarrollar la intervención constituye una parte fundamental de los modelos de procesos de TO contemporáneos (Patton & Hutton, 2016).

Los padres son considerados como elementos relevantes en el proceso de recuperación de los hijos, contemplando sus ideas, expectativas y necesidades y respetando su autonomía (Montaño, 2017).

Según Montaño (2017) se hace referencia a las Prácticas Centradas en la Familia cuando la intervención se basa en una colaboración entre los roles de las familias y de los profesionales y suponen una perspectiva nueva sobre cómo comprender las necesidades del niño. El Enfoque Centrado en la Familia (en adelante ECF) es según Peralta y Arellano (2010) un enfoque de intervención profesional, constituido por un conjunto de principios, creencias, valores y prácticas que confiere a las familias un papel fundamental en todo el proceso de TO.

El adulto presenta una relevancia desde los primeros juegos en los que interacciona con el bebé y supone una estimulación en los diferentes procesos a nivel emocional, afectivo y cognitivo para el niño. A su vez, brindan seguridad y aportan confianza al niño, por lo que es imprescindible el papel de las familias (Pecci et al., 2013).

Existe una variabilidad significativa en cuanto a las habilidades de adaptación entre las personas con SD (Schworer et al., 2022). En un estudio de 44 niños con SD se investigan las características infantiles asociadas con las habilidades adaptativas y se emplea el formulario de entrevista integral Vineland Adaptive Behavior Scales-3 (en adelante VABS-3) para evaluar el comportamiento en tres dominios relevantes que son la socialización, la vida diaria y las habilidades de comunicación. Se concluye que es de gran importancia la individualización de los programas de intervención que se centran en la mejora de las habilidades adaptativas de los niños pequeños con SD, teniendo en cuenta tanto las fortalezas como las debilidades adaptativas relativas del niño (Schworer et al., 2022).

Se diferencian diversas teorías en relación con el juego, y, todas coinciden en que el juego consiste en la interacción entre el niño y el entorno (Tacón-Sánchez, et al., 2022).

En relación con las AVD, Pérez de Heredia et al., (2022) aseguran que es fundamental que en el entorno del juego el niño disponga de materiales que den paso a la espontaneidad, con objetos de la vida diaria, que, en principio, no tengan un propósito de juego. A su vez, no hay que sobrecargar con estímulos el entorno, de lo contrario podría no ser satisfactoria la participación en el juego.

¿En qué momento adquieren significado las AVD en los niños? En muchas ocasiones ocurre cuando empiezan las actividades tanto escolares como extraescolares ya que comienzan a tener referentes sociales de iguales, y pueden observar como los demás niños realizan algunas tareas por sí mismos (Blázquez et al., 2015). Dentro del trabajo del terapeuta ocupacional en la infancia, en niños con SD puede tener como objetivo el desarrollo de una mayor autonomía e independencia en las AVD (Pelosi et al., 2020).

En un estudio sobre el desempeño ocupacional en la infancia se observa la relación y la influencia existente entre las etapas del desarrollo psicomotor (motórico, cognitivo y social-comunicativo) y la adquisición de las ocupaciones a medida que se produce el crecimiento del niño (Domingo, 2015). Por tanto, la aparición de dificultades en las ocupaciones puede derivar de una incorrecta madurez psicomotora en la etapa que corresponda.

Según los resultados de un programa domiciliario de TO para niños con discapacidad intelectual desarrollado por Wuang et al., (2013) se muestran avances

estadísticamente significativos en el desempeño ocupacional, en las funciones motoras finas, en la manipulación de objetos, y, en la participación en actividades.

Según el marco de la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (en adelante AOTA) (2020) hay 9 ocupaciones, y este proyecto se centra en las AVD definidas como las “actividades orientadas hacia el cuidado del propio cuerpo y completadas en base a una rutina diaria”. Dentro de esta se diferencian varias ocupaciones, entre ellas, baño y/o ducha, aseo e higiene en el inodoro, vestido, comer, alimentación e higiene y arreglo personal (p. 30). Y en el juego, que comprende la exploración y la participación en el mismo.

De esta forma, para fomentar el juego simbólico en la actividad del baño, los niños podrían jugar a crear “un salón de belleza”. Podrían utilizar para ello muñecas, o jugar entre iguales, y emplear objetos de uso cotidiano para esta actividad, como un peine, una toalla o un bote de champú vacío para simular el baño. Estarían también implicadas, además de las habilidades para el desarrollo de la actividad como tal, las de comunicación y sociales, ya que se establecen roles y juegan entre ellos.

Otro ejemplo sería para el vestido, el uso de muñecas y ropa, calzado y accesorios. En este caso, en función de la ropa usada se puede practicar el abrochado de botones, así como subir cremalleras, poner calcetines, atar cordones o poner velcros de los zapatos de forma real. Implicaría no solo habilidades sociales, sino también, que el niño elija, use de forma adecuada cada prenda, es decir, destrezas de procesamiento, y, a su vez, manipulación con las manos y habilidades motoras. Se podría practicar la secuencia del vestido para luego extrapolarlo al hogar y que el niño sea más independiente. De la misma forma, para la alimentación, los niños podrían jugar de forma simbólica a estar en un restaurante.

## **2. Objetivo del TFG.**

El objetivo general del presente Trabajo de Fin de Grado (en adelante TFG) es diseñar un programa de intervención desde TO en el entorno natural para fomentar el desarrollo del juego en niños con SD.

### **3. Material y métodos.**

#### **3.1. Diseño.**

Primero se realiza una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos y portales bibliográficos para redactar el marco teórico sobre la TO, el SD y el juego en niños y cómo interfiere en el desarrollo de las AVD. Tras esto, se justifica la intervención que se propone y se comienza con la temporalización general del proyecto y la intervención que se plantea.

#### **3.2. Procedimiento e instrumentos.**

Para la elaboración de este trabajo se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en varias bases de datos que son: PubMed, donde se utilizan los términos MeSH para elaborar las cadenas de búsqueda, Dialnet, Lilacs, OTseeker y Scielo.

La pregunta PICO en este trabajo de intervención es:

- P: Niños con SD.
- I: Intervención de TO a través del juego
- C: Ausencia de intervención.
- O: Autonomía e independencia en AVD.
- (C): entorno natural.

¿Es efectivo intervenir desde TO para fomentar el juego en niños con SD en su entorno natural para mejorar la autonomía e independencia en AVD?

Además, se han consultado fuentes de organismos oficiales como el INE o la Asociación Down España. También, se han consultado los libros: “Play in Occupational Therapy for Children”, “Tratamiento de las Actividades de la Vida Diaria”, “El éxito del esfuerzo: el trabajo colaborativo”, “Terapia Ocupacional en Pediatría”, “Terapia Ocupacional en Pediatría: Proceso de Evaluación”, “Case-Smith’s Occupational Therapy for Children and Adolescents”, entre otros.

Algunos de los términos MesH utilizados en inglés han sido “Occupational Therapy”, “Down Syndrome”, “play therapy”, “child” y “activities of daily living”. Estos términos en ocasiones se combinaron con terminología libre como “play” y “quality of life”.

Se utilizaron los operadores booleanos “AND” y “OR” para la combinación de los términos, además de otros criterios de elegibilidad como la fecha de publicación y la edad de los participantes con el fin de acotar la búsqueda. Tras obtener los resultados, se seleccionaron aquellos que contenían información relevante para este proyecto.

A su vez, se seleccionan artículos de la bibliografía de otros documentos consultados que están relacionados con el tema y se consultaron otras fuentes de documentación.

**Tabla 1.**

*Tabla de términos MeSH y sus sinónimos para la cadena de búsqueda.*

<b>Down Syndrome</b>	<b>Occupational Therapy</b>	<b>Child</b>
“trisomy G”	“occupational therapies”	children
“trisomy 21”	play	minors
“down’s syndrome”	“play therapies”	
“down syndrome”	“play therapy”	
	“play and playthings”	
	“activities of daily living”	
	ADLs	

*Nota.* Elaboración propia.

**Tabla 2.**

*Resultados encontrados según la cadena de búsqueda y cuáles son válidos tras la aplicación de los filtros.*

	<b>PubMed</b>	<b>Dialnet</b>	<b>Lilacs</b>	<b>OTSeeker</b>	<b>Scielo</b>
<b>Resultados encontrados</b>	156	119	12	4	10
<b>Resultados válidos</b>	8	6	0	0	1

*Nota.* Elaboración propia. En esta tabla se observa el total de los resultados obtenidos tras llevar a cabo la búsqueda bibliográfica en las diferentes bases de datos. Para consultar las distintas cadenas de búsqueda empleadas en cada caso, consultar anexo 5.

En el caso de la base de datos de PubMed se acota la búsqueda mediante los criterios de elegibilidad:

- Años: últimos diez años, de 2014 a 2024.
- Disponibilidad: solo artículos que tengan “*abstract*” y “*free full text*”.
- En la segunda cadena de PubMed no se usaron filtros para acotar la búsqueda.

## **4. Resultados.**

### **4.1. Introducción.**

El título del proyecto es “Programa de intervención de TO a través del juego en el entorno natural en niños con SD”. De forma previa al abordaje de la propuesta de intervención se describe la justificación del proyecto y se realiza una evaluación que se tendrá en cuenta para diseñar los programas dirigidos a desarrollar el juego sensoriomotor y simbólico con el fin de conseguir una mayor autonomía y un mayor nivel de independencia en tres AVD que son el vestido, la alimentación y el aseo.

### **4.2. Justificación del proyecto.**

Como se menciona anteriormente, el SD es la alteración cromosómica más frecuente y la causa principal de discapacidad en todo el mundo (Díaz-Cuéllar et al., 2016) y no tiene cura. Debido a la prevalencia de este síndrome se debe formar a los profesionales del área socio-sanitaria, en este caso a los terapeutas ocupacionales, para que las intervenciones sean integrales y actuales, que promuevan el bienestar y mejoren las habilidades y el desempeño de los niños y, por tanto, su autonomía e independencia en la vida diaria.

Por otro lado, un estudio sobre el desempeño en el autocuidado en niños con SD (Silva et al., 2013) muestra que el área de autocuidado en niños con SD está comprometida por ciertas características anatómicas típicas del síndrome. Por lo que, trabajar estos aspectos en esta población conllevaría una mejora en el desempeño de las ocupaciones.

De acuerdo con Pecci et al., (2013), el juego funcional o de ejercicio presenta una larga lista de beneficios como el desarrollo sensorial y del equilibrio estático y dinámico. A su vez, el juego simbólico aporta una serie de beneficios, como la comprensión y asimilación de los entornos, el aprendizaje y la práctica de conocimientos sobre los roles que poseen los adultos. entre otros.

Al mismo tiempo que se desarrollan estas etapas, aparece el juego de construcción, que también aporta beneficios, como aumentar el control postural durante las acciones, mejorar la motricidad, mejorar la capacidad de atención y concentración, etc. por lo que está directamente relacionado con aspectos requeridos para la realización de las AVD.

Es por todo lo descrito que, la actual propuesta de intervención es tan importante para niños con estas características, así como también lo es para sus familiares ya que el juego es principal para el desarrollo durante la infancia. Desde TO se trabajan estos aspectos de forma indirecta mediante actividades que involucren características específicas y, de forma directa a través del propio juego.

**Tabla 3.**

*Análisis de debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades (DAFO) del proyecto.*

<b>Debilidades</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rango de edad de los niños limitado.</li> <li>- Desconocimiento de la propuesta de intervención y sus beneficios por parte de los padres o tutores legales (en adelante TL).</li> <li>- No cubrir todas las AVD dentro de las actividades planteadas.</li> </ul>
<b>Amenazas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La Asociación de Síndrome de Down de Asturias no acepte la colaboración para llevar a cabo el proyecto.</li> <li>- No conseguir financiación del proyecto.</li> <li>- Rechazo por parte de los padres o TL del consentimiento de la participación del niño/a en el proyecto</li> </ul>
<b>Fortalezas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se trabaja en el entorno natural del niño.</li> <li>- Se realizan intervenciones individuales y grupales con niños con características similares.</li> <li>- Apoya la participación social.</li> <li>- Mejora la independencia de los niños y, por tanto, su calidad de vida.</li> <li>- Conduce a una mayor autonomía.</li> </ul>

---

**Oportunidades**

- Interés de cara al futuro para continuar con este tipo de intervención.
  - Aumentar el número de niños para intervenir en un futuro proyecto.
  - Intervenciones en el entorno natural del niño.
  - Participación de la familia en las actividades.
- 

*Nota.* Elaboración propia.

### **4.3. Objetivos del proyecto de intervención.**

Objetivos generales:

- Mejorar la independencia funcional en las AVD de vestido, alimentación y aseo teniendo en cuenta la edad cronológica del niño.
- Adquirir hábitos de autonomía en las ocupaciones de vestido, alimentación y aseo teniendo en consideración la edad cronológica del niño.
- Alcanzar las etapas del juego según la Clasificación de Piaget correspondiéndose con un desarrollo ajustado a la edad de cada niño.
- Alcanzar un nivel óptimo de desempeño ocupacional en el juego.

Objetivos específicos:

- Fomentar el uso de objetos cotidianos utilizados en el vestido, la alimentación y el aseo de forma independiente.
- Evaluar la etapa de desarrollo del juego en la que se encuentra el niño/a según la clasificación de Piaget.
- Conseguir una mejora de la puntuación en el Inventario de Batelle en función de cada puntuación obtenida en la evaluación inicial según cada niño.
- Mantener la atención de cada niño durante periodos de 20 minutos en cada sesión.
- Estimular el desarrollo motor del niño durante las sesiones de juego sensoriomotor logrando un desarrollo ajustado a su edad.
- Mantener el equilibrio durante la realización de los juegos simbólicos (jugar a cocinitas, a disfraces, etc.) el mayor tiempo posible.
- Adquirir hitos motores que alcancen la edad cronológica del niño a través de actividades motrices gruesas.

- Mejorar la coordinación óculo-manual mediante ejercicios de motricidad fina y coordinación a través del juego.

#### **4.4. Cuestiones éticas.**

Se recoge dentro de este apartado la confidencialidad de datos y que las intervenciones serán seguras, adecuadas a lo planeado con anterioridad y que no supondrán un peligro para el niño. Asimismo, serán apropiadas a la edad de cada niño y ajustadas a la etapa del juego en la que se encuentran, ya que será evaluada previamente. Además, las intervenciones y el proyecto de forma general promoverán la participación activa y disfrute a través del juego.

Durante las sesiones no habrá discriminación ni estigma con los niños y durante todo el proceso se tratará a todos los niños por igual. Se garantiza la inclusión y la participación en el programa y se tendrá en cuenta el bienestar físico, emocional y psicológico. Además, se protegerán los derechos y la dignidad de los participantes en todo momento.

#### **4.5. Localización física.**

Las intervenciones grupales, serán desarrolladas en el Centro de Apoyo a la Integración (en adelante CAI) de la ASD de Asturias, localizada en la calle Villafría, 7-9 bajo, C.P. 33008 en Oviedo, Asturias. Las sesiones individuales serán en el entorno natural de cada niño. Dentro del proyecto, la intervención se llevará a cabo en el domicilio si están ubicados en Oviedo, en Gijón o en Avilés, como se establece en los criterios de inclusión. El entorno ejerce una influencia importante sobre el desarrollo del niño, pudiendo facilitarlo o dificultarlo, por lo que tiene que ser adecuado para llevar a cabo la actividad que esté planificada en cada momento.

La sala de TO del CAI en Oviedo cuenta con colchonetas de diferentes tipos y tamaños. Por ejemplo, colchonetas plegables para cubrir el suelo, una colchoneta elástica o una con escaleras y tobogán. Además, hay un espejo grande situado en la pared al igual que una pizarra. Hay material de juego simbólico, como una cocinita, un zapato para atar cordones o muñecos con ropa para vestir y desvestir. Hay otros materiales para jugar con los niños como pelotas de diferentes diámetros, incluida la pelota Bobath, pinzas de tamaños, dureza y formas variables, aros de diversos tamaños y colores, cuerdas, etc. Se localiza también una mesa con sillas para niños, una plancha de madera con ruedas, varios juegos y materiales procedentes de la tienda Tiger, figuras de animales, juguetes que

simulan alimentos, instrumentos musicales y una diana colgada en la pared. Y, también, otro tipo de materiales como una caja con diferentes legumbres, puzles, y objetos cotidianos que son utilizados en las sesiones.

En el entorno natural del niño se realizarán las actividades en cada estancia según lo requiera la ocupación, habilidad o característica que se vaya a trabajar. Así, cuando se trabaje por ejemplo la alimentación, la terapeuta ocupacional trabajará en el lugar correspondiente donde se realice la ocupación de forma habitual ya que puede ser en la cocina, en el salón, en una mesa en el porche, etc. Así, por ser contextos naturales, se adapta la ubicación para intervenir siguiendo los hábitos, las rutinas y las costumbres que tiene cada familia. Mientras se trabaja el aseo, será principalmente en el cuarto de baño, pero, por ejemplo, en el baño también se trabajará el vestido, por lo que ha de tenerse en cuenta.

En la ASD se utilizará la sala de TO, con sus respectivos objetos, aunque serán seleccionados los que estarán a disposición de los niños según cada actividad. En el domicilio, se emplearán los objetos que el niño usa de forma habitual y aquellos que aporte la terapeuta ocupacional según lo requiera la actividad cada día. Se contará durante la realización de las sesiones con la presencia y la participación de los padres o cuidadores principales (en adelante CP), según cada actividad realizada, pues la familia es quien mejor conoce al niño.

#### **4.6. Destinatarios.**

La población diana del presente proyecto de intervención son niños de 2 a 8 años. Deben estar en etapa vital de juego sensoriomotor o simbólico según la clasificación de Piaget y diagnosticados de SD. Generalmente, su desarrollo de las etapas de juego no se corresponde con la edad típica a la que se alcanzaría cada etapa, por lo que pertenecerán a un programa u otro según los resultados obtenidos de la evaluación del juego y no según su edad y la etapa a la que correspondería. Son niños que deben presentar dificultades en el desempeño de las AVD. Se seleccionará un grupo de un total de 14 niños.

Los criterios de inclusión y de exclusión son los establecidos a continuación:

**Tabla 4.***Criterios de inclusión y de exclusión para la participación en el proyecto.*

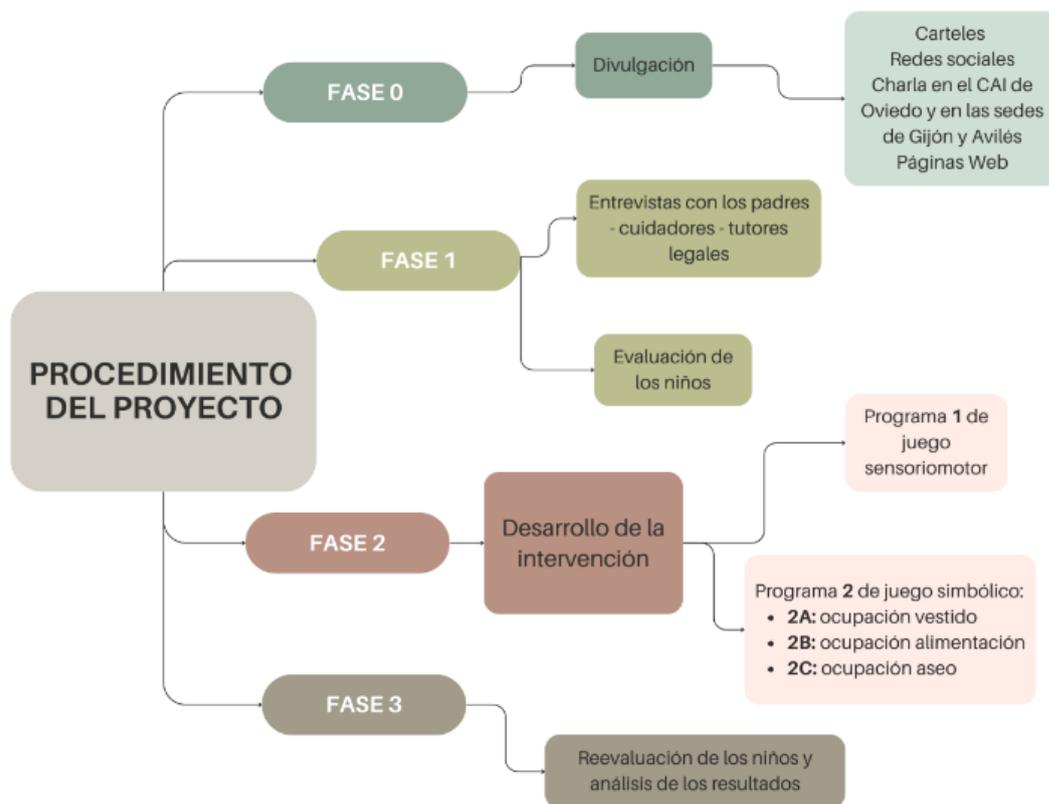
Criterios de inclusión	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Niños que tengan una edad de entre 2 y 8 años.</li> <li>- Tener diagnóstico de SD.</li> <li>- Presentar dificultades en el desempeño de las AVD.</li> <li>- Entorno natural donde se desarrollarán las sesiones individuales ubicado en Oviedo, Gijón o Avilés.</li> </ul>
Criterios de exclusión	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estar en una etapa vital no correspondiente a la del juego sensoriomotor o simbólico.</li> <li>- Ser independiente en las AVD de vestido, alimentación y aseo.</li> <li>- Rechazo por parte de los padres o TL del consentimiento de la participación del niño/a en el proyecto.</li> <li>- Contraindicación médica.</li> </ul>

*Nota.* Elaboración propia.**4.7. Actividades o programas.**

La realización del proyecto se desarrollará siguiendo cuatro fases, que se desarrollan a continuación, siguiendo el siguiente esquema.

**Figura 1.**

*Explicación del procedimiento de las fases del proyecto.*



*Nota.* Elaboración propia.

### **Fase 0: divulgación del proyecto.**

Primero, en la fase 0 se elabora un cartel/panfleto que se pondrá en centros educativos, centros de salud y hospitales, clínicas privadas de TO, centro de actividades extraescolares, en instalaciones deportivas, en asociaciones ubicadas en Asturias como Plena Inclusión, en todas las sedes de la ASD, en páginas web como la de la ASD o COPTOPA y en redes sociales (Instagram, Facebook). Es utilizado para divulgar el nuevo proyecto que se desarrollará en colaboración con la ASD de Asturias (anexo 6). En este se informa que se realizarán sesiones de TO con niños con SD de 2 a 8 años en el entorno natural. Además, se indica la ubicación del CAI ubicado en Oviedo, ya que es donde se realizarán tanto las evaluaciones iniciales y la reevaluación, así como una parte grupal de la intervención propiamente dicha. Se añade la cuenta de Instagram y de Facebook de la ASD, así como el email de la terapeuta ocupacional encargada del proyecto para posibles dudas o ampliación de información sobre el proyecto que es [proyectot21@gmail.com](mailto:proyectot21@gmail.com). En

Instagram y Facebook se anunciará también el proyecto mediante una publicación y añadiendo historias dos veces por semana (lunes y jueves) (anexos 7 y 8).

De modo accesorio, durante los meses de abril y mayo, la terapeuta ocupacional impartirá una charla en el CAI de la sede de Oviedo, así como en las sedes ubicadas en Gijón y en Avilés para presentarse, exponer el proyecto y resolver dudas que puedan haber surgido hasta el momento. Se explicarán las fases que comprende el proyecto y la temporalización general de este.

Al mismo tiempo, aquellas familias que en la actualidad son miembros de la ASD, están suscritas a un boletín vía e-mail de la propia asociación, a través del que se envía información sobre diferentes actividades, por lo que automáticamente se les enviará un email informativo sobre el proyecto con su respectiva información.

### **Fase 1: evaluaciones y entrevistas.**

Comenzando con la fase 1, se entrevistará a los padres, CP o TL para obtener la información necesaria para la obtención del perfil ocupacional de los niños y la posterior planificación de las sesiones (anexo 9). La entrevista se llevará a cabo en la sala de TO del CAI de la ASD.

Para el tiempo que transcurre durante la entrevista, la ASD ofrece un servicio de conciliación desempeñado por voluntarios que se quedarán jugando con los niños en salas de la sede próximas a aquella en la que se realiza la entrevista.

Es importante que antes de la evaluación la terapeuta ocupacional juegue con el niño con el fin de establecer un vínculo afectivo que servirá posteriormente para que el niño colabore en la intervención. Se realiza un AD-HOC que incluye cuestiones sociodemográficas, datos de la composición familiar y del niño, los intereses de/la niño/a en relación con el juego, una anamnesis sobre la gestación y el parto, un apartado sobre lactancia y alimentación, otro sobre las edades de inicio de desarrollo motor y cognitivo y por último un apartado sobre las rutinas.

De forma complementaria a la entrevista se realizará la **Evaluación del perfil sensorial (*sensory profile*) (Dunn, 1999)** para evaluar el procesamiento sensorial, la modulación y las respuestas emocionales y de comportamiento. Es un cuestionario que responden los padres o CP y, hay 3 versiones según la edad del niño, por lo que abarcaría las edades de los niños de este proyecto en su totalidad.

Finalmente, se realizará un **ecomapa** ya que tanto durante todo el proceso se utiliza un ECF para representar de forma gráfica las relaciones de la familia con las personas y organismos o recursos con los que cuenta. Para su realización se necesitan aproximadamente 30 minutos y puede seguirse un esquema de información que puede preguntarse a las familias para ayudar a identificar por ejemplo los apoyos. Se adjunta en el anexo 10 un ejemplo de una estructura de ecomapa y en el 11 un ejemplo de este. Para su realización se pone el núcleo familia en el centro del diagrama y por encima y por debajo de este una línea amarilla. Por encima de la línea amarilla, en la parte superior se ponen los apoyos informales, procedentes de otros miembros de la familia. Después en la zona intermedia, entre ambas líneas amarillas se sitúan los apoyos intermedios, procedentes de amistades y de vecinos. En la zona inferior, se exponen los recursos formales, aquellos que proceden generalmente de instituciones y entidades dedicadas a la atención de la salud o personas con discapacidad. Añadido a esto, el trazo con el que se une a la familia con los recursos se indicará cómo son las relaciones con estos, de forma que:

- Un trazo continuo indica que son un apoyo positivo.
- Un trazo discontinuo indica que genera estrés a la familia.
- El grosor del trazo muestra la fuerza o intensidad de la relación.

Posteriormente, tras la obtención de los perfiles ocupacionales, durante las siguientes sesiones se evaluarán los niños según sus necesidades y características individuales en relación con el desempeño. Para la valoración de los niños desde TO se utilizarán dos escalas, apropiadas a la edad del niño y enfocadas a lo que se pretende evaluar. Se seleccionarán finalmente los niños a participar según los resultados obtenidos con las herramientas de evaluación, y, que cumplan con los criterios de inclusión.

- 1) El **Inventario del desarrollo de Batelle** será empleado como instrumento para evaluar las habilidades de desarrollo, divididas en cinco áreas, que son: “el desarrollo personal-social, la conducta adaptativa, la cognición, el desarrollo motor y la comunicación” (Domingo, 2015, p. 129). Se realiza primero una prueba de cribado y, tras esta, se realiza el cuestionario completo, por observación o con información de los padres o CP (Domingo, 2015).
- 2) Teniendo en cuenta la particularidad de los programas A, B y C que se realizan enfocados a las ocupaciones de vestido, alimentación y aseo se realiza un **AD-HOC** más refinado que recoge datos sobre las **habilidades de desempeño**

**ocupacional** en estas a través de una metodología cualitativa (anexo 12). Es un cuestionario útil tanto para la evaluación inicial como para la reevaluación, y servirá para dejar reflejados los resultados obtenidos tras el desarrollo del programa. Serán completados por los padres, CP o TL y serán individuales para cada niño. Este solo será empleado con los niños que se encuentren en la etapa de juego simbólico ya que la intervención del programa 2 es la que va dirigida al desarrollo de ocupaciones. El cuestionario se compone de dos apartados, el primero recoge hábitos de autonomía e independencia de cada ocupación seleccionada. Se recogerá la información haciendo uso de cuatro opciones de respuesta según una escala tipo Likert de 1 a 4 siendo:

- 1: no realiza nunca la actividad porque no sabe.
- 2: con apoyo verbal y/o físico realiza la actividad.
- 3: es independiente para la realización de la actividad, pero necesita supervisión.
- 4: es independiente para la realización de la actividad sin apoyos.

El segundo apartado recopila información sobre aspectos o características que los padres, CP o TL deseen mejorar y sugerencias específicas. Se tiene en cuenta el contexto y la familia y lo que se espera alcanzar en función de la edad de los niños.

- 3) Por otra parte, se evaluará el juego con el **test de evaluación de la juguetonería** (*test of playfulness, ToP*) de Anita Bundy (Bundy et al., 1994). Es un instrumento dirigido a niños de entre 6 meses y 18 años que analiza bajo observación cómo se desenvuelve el niño durante el juego, preferiblemente en el entorno natural. En él, se hace una recopilación de diversas características como la curiosidad, la imaginación, el disfrute, el comportamiento social, etc. Esta prueba consta de 24 ítems en los que se pone un ejemplo del manejo que tiene el niño en cuanto a “la percepción del control, la motivación intrínseca, la libertad para abstraerse de la realidad y la estructura o marco de juego en su conducta lúdica” (Domingo, 2015, p 87-88). Además, para calificar los ítems se utiliza “extensión, intensidad y habilidad” y se usa una escala tipo Likert de puntuación de entre 0 y 3 o no aplicable. Son mínimamente necesarios 15 minutos de observación directa del niño en el entorno natural o mediante un vídeo (Domingo, 2015).

Serán necesarias dos sesiones por cada niño para la evaluación, y dos con los padres, CP o TL para realizar la entrevista, por lo que se llevará a cabo durante las dos primeras semanas de febrero de 2025.

En todo caso, hay que observar al niño, y podría interrumpirse la evaluación si se observa que la interacción puede estar siendo afectada por diferentes variables externas que puedan alterar los resultados. Asimismo, durante la evaluación han de tenerse en cuenta otros factores que influyen en la adquisición de las ocupaciones en niños como su carácter, la motivación de estos para la realización de las AVD, el nivel de independencia y el rendimiento en la actividad.

### **Fase 2: desarrollo de la intervención.**

Posteriormente, en la fase 2, se ejecuta la creación de los programas que componen la intervención propuesta en este proyecto. Se realizarán dos intervenciones:

- **Programa 1:** a través del **juego sensoriomotor**
- **Programa 2:** a través del **juego simbólico** en referencia a:
  - **Programa 2A:** ocupación de vestido.
  - **Programa 2B:** ocupación de alimentación.
  - **Programa 2C:** ocupación de aseo.

Se clasificará a los niños en un programa u otro en función de los datos obtenidos en la fase 1, principalmente en función de su etapa de juego siguiendo la Clasificación de Piaget descrita anteriormente.

Durante la intervención, es preciso contar con conocimientos sobre la regulación del estado de alerta en estos niños, ya que un correcto estado de alerta fomenta que tanto el aprendizaje como las sesiones ofrezcan una efectividad mayor.

La intervención del programa 1, de juego sensoriomotor, consta de diversas sesiones grupales e individuales en las que se trabajarán las actividades sensoriomotrices, definidas en el libro “Terapia Ocupacional en la Infancia: Teoría y Práctica” como aquellas actividades que requieren la utilización de destrezas tanto sensoriales como motrices, por medio de juegos que estimulan el desarrollo cognitivo, motor y social, y que son propias de los niños de menos de dos años (Polonio, 2008). Se adjunta en el anexo 13 una tabla resumen con una breve descripción de algunas sesiones que se llevarán a cabo.

Como se menciona con anterioridad, dentro del marco de trabajo de la AOTA las AVD son actividades que están orientadas hacia el cuidado del propio cuerpo y completadas en base a una rutina diaria. Así, en relación con el programa 2 y con las ocupaciones propuestas, el vestido es una ocupación dentro de las AVD en la que el niño comienza a colaborar aproximadamente a los 18 meses y alcanza la independencia alrededor de los 4 años y medio para ir perfeccionando hasta los 6 años. Se define según Peralta (2014) como la selección de la ropa y de los accesorios ajustados y apropiados a la hora del día y al tiempo y la ocasión, obtener ropa del área de almacenamiento y vestirse y desvestirse de forma ordenada, es decir, secuencial; fijación y ajuste tanto de la ropa como de los zapatos y poner y quitar los dispositivos personales, lo que incluye órtesis y/o prótesis. Dentro de este programa, se trabajará a través del juego simbólico la práctica de abrochado de botones, atado de cordones, selección de prendas de ropa, vestido y desvestido, etc.

Por otro lado, la alimentación es definida como el proceso que incluye preparar, organizar y llevar el alimento o el líquido del plato, de la taza o del vaso a la boca y comer/tragar se define como la capacidad para la manipulación y el mantenimiento de los alimentos o de los líquidos en la boca y tragarlos (AOTA, 2014). Esta ocupación será trabajada durante la intervención a través de diversas actividades, como el reconocimiento de alimentos, jugar a cocinitas, las normas en la mesa, el uso de cubiertos, etc.

Por último, para trabajar la ocupación del aseo, que se define como ser capaz de acceder al inodoro y mantener la posición en este, limpiar, realizar los cuidados relacionados con la menstruación y/o manejo de otros dispositivos como una sonda o un catéter. Además, la higiene y el arreglo personal son definidos como la capacidad para utilizar el material que se necesita para afeitarse, maquillarse, peinarse, el cepillado de dientes, el cuidado de la piel y las uñas, etc (Quirosa, 2021). Se realizarán actividades enfocadas al lavado de cara y de manos, el cepillado de dientes y en función de las características de cada niño se valora la introducción del peinado. Las actividades se componen de juegos simbólicos como jugar a peluquerías o a cepillarle los dientes a un muñeco y a trabajar mediante el uso de pictogramas, secuenciación, etc, la propia ocupación.

De forma global, en el programa 2 se trabajan aspectos de desarrollo psicomotor y actividades relacionadas con la manipulación, la coordinación, la integración bilateral, motricidad fina y gruesa, actividades más específicas sobre características concretas. En

el anexo 14 muestra una tabla resumen con una breve descripción de actividades que se proponen.

Las intervenciones en la ASD se desarrollarán sobre material agradable y blando como son las colchonetas, bloques de gomaespuma, etc. para que el niño pueda moverse sin riesgos y, si es necesario, se usarán las mesas y sillas de trabajo. Se utilizará cada rincón de la sala durante las sesiones según sea necesario. Ha de considerarse siempre que las actividades propuestas serán adaptadas y graduadas según las necesidades específicas de cada niño.

En el caso del grupo de juego simbólico, se utilizará una técnica organizativa, de estructuración ambiental, para adaptar y ordenar el entorno en función de las demandas de la actividad. Así, el niño puede comprender más fácilmente a ubicarse en la actividad y en el rol, según la ocupación que quiera trabajarse en cada entorno natural. Esto ayuda a la comprensión del porqué de las actividades, qué se quiere realizar y para qué y, a su vez, contribuye a la adquisición de rutinas y de roles.

Se realiza paralelamente a la intervención un diario de sesiones que complementa la evaluación y sirve de apoyo (anexo 15). En él, se recogen aspectos relacionados con la propuesta de trabajo y las actividades realizadas, así como los materiales utilizados. Además, incluye un apartado de comentarios y uno final de conclusiones. Incluye la fecha y el número de la sesión para poder llevar un seguimiento ordenado y adecuado.

El proyecto tendrá una duración total de 51 semanas, durante las que se realizarán de forma semanal los lunes las sesiones grupales, primero con el grupo de juego sensoriomotor de 14:30 a 16:00h y de 16:00 a 17:30h. Y después, con el grupo de juego simbólico, de 18:00 a 19:30h y de 19:30 a 21:00h. La duración de la sesión será de aproximadamente 90 minutos, en función de las necesidades y de las condiciones de los/as niños/as en cada momento. Destacar que las sesiones grupales son de mínimo 3 niños/as y de máximo 5 en cada una de ellas.

Por otro lado, se realizará una sesión al inicio de la intervención con los padres, CP o TL en la que se entregará un documento que contiene recomendaciones para la persona que esté cuidando al niño mientras realice las AVD (anexo 16). Son características que deben tenerse en cuenta para que los niños puedan ganar autonomía e independencia durante el desempeño de estas.

**Figura 2.**

*Planificación de los lunes durante la intervención.*

	Lunes
14:00 - 14:30	Preparación de la sala de TO
14:30-16:00	Sesión grupal programa I
16:00-17:30	Sesión grupal programa I
17:30-18:00	Preparación de la sala de TO
18:00-19:30	Sesión grupal programa 2
19:30-21:00	Sesión grupal programa 2
21:00-21:30	Rellenar diario de sesiones, preparación de sesiones de la semana, recoger sala TO

*Nota.* Elaboración propia.

**Figura 3.**

*Planificación de martes a viernes durante la intervención.*

	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
14:30 - 15:30	Prep. de la mochila y viaje domicilio I	Prep. de la mochila y viaje domicilio 5	Prep. de la mochila y viaje domicilio 9	Prep. de la mochila y viaje domicilio I2
15:30-16:30	Int. individual I	Int. individual 5	Int. individual 9	Int. individual I2
16:30-17:00	Viaje a domicilio 2	Viaje a domicilio 6	Viaje a domicilio I0	Viaje a domicilio I3
17:00-18:00	Int. individual 2	Int. individual 6	Int. individual I0	Int. individual I3
18:00-18:30	Viaje a domicilio 3	Viaje a domicilio 7	Viaje a domicilio I1	Viaje a domicilio I4
18:30-19:30	Int. individual 3	Int. individual 7	Int. individual I1	Int. individual I4
19:30-20:00	Viaje a domicilio 4	Viaje a domicilio 8	Volver ASD, dejar material, rellenar diario	Volver ASD, dejar material, rellenar diario
20:00-21:00	Int. individual 4	Int. individual 8		
21:00-21:30	Volver ASD, dejar material, rellenar diario	Volver ASD, dejar material, rellenar diario		

*Nota.* Elaboración propia. Donde pone “int” significa intervención.

**Figura 4.**

*Resumen de un ejemplo de una sesión individual en el entorno natural con un niño de 7 años perteneciente al grupo de juego simbólico. Se tiene en consideración que los animales para él son una motivación.*

**DESARROLLO SESIÓN  
INDIVIDUAL PROGRAMA 2A: VESTIDO**

**RUTINA DE ENTRADA – 10 MINUTOS**

**EN EL BAÑO:** quitar abrigo si lleva, colocar el alzador y el asiento adaptado del inodoro, desvestirse, sentarse para orinar y/o defecar, limpiarse con ayuda de la TO enseñando al niño que se realiza de delante hacia atrás, vestirse, recoger productos de apoyo. Y, lavado y secado de manos (con o sin ayuda pero lo más independiente posible).

**EN SU HABITACIÓN:** descalzarse y quitarse el abrigo y dejarlo colocado.  
Ayudar a la TO a colocar 2 colchonetas en el suelo.

**ACTIVIDAD EN EL PASILLO – 15 MINUTOS**

Juego de imitar animales con la terapeuta ocupacional. El niño selecciona 5 animales de 10 disponibles y los coloca en un extremo del pasillo. Elige e indica cuál quiere representar y lo imita de un lado al otro del pasillo y así sucesivamente. Además, en el medio habrá una colchoneta a modo de montaña que habrá posicionado el y que deberá pisar cuando pasa imitando el animal correspondiente.

**ACTIVIDAD DE DISFRAZ ENFOCADA A VESTIDO – 15 MINUTOS**

Se utilizan diferentes partes extraídas de disfraces de animales para que el niño utilice cada una de ellas para vestirse de animal mezclando telas de cada disfraz. Se pondrá por ejemplo la manga de disfraz de pingüino, una pernera del pantalón de león y así sucesivamente con las piezas que escoja. Se adjunta un ejemplo de la actividad en el [anexo 17](#).

**ACTIVIDAD RELACIONADA CON VESTIDO – 10 MINUTOS**

Colocar 3-4 pegatinas de prendas de ropa en un libro diseñado para esta actividad indicando mediante conversación verbal para qué sirve cada prenda, en qué parte del cuerpo se coloca y cuándo se pone en función del clima.

**RUTINA DE FIN SESIÓN – 10 MINUTOS**

Ponerse el abrigo que se había quitado al inicio de la sesión, si tiene cremallera practicar la subida de forma independiente y calzarse siendo el niño lo más independiente posible.  
Ayudar a la TO a recoger las dos colchonetas del suelo.

**MATERIAL:** aseo, agua, jabón de manos y toalla. Pictogramas o figuras de animales, recortes de disfraces de animales, libro con pegatinas para trabajar el vestido, 2 colchonetas.

*Nota. Elaboración propia.*

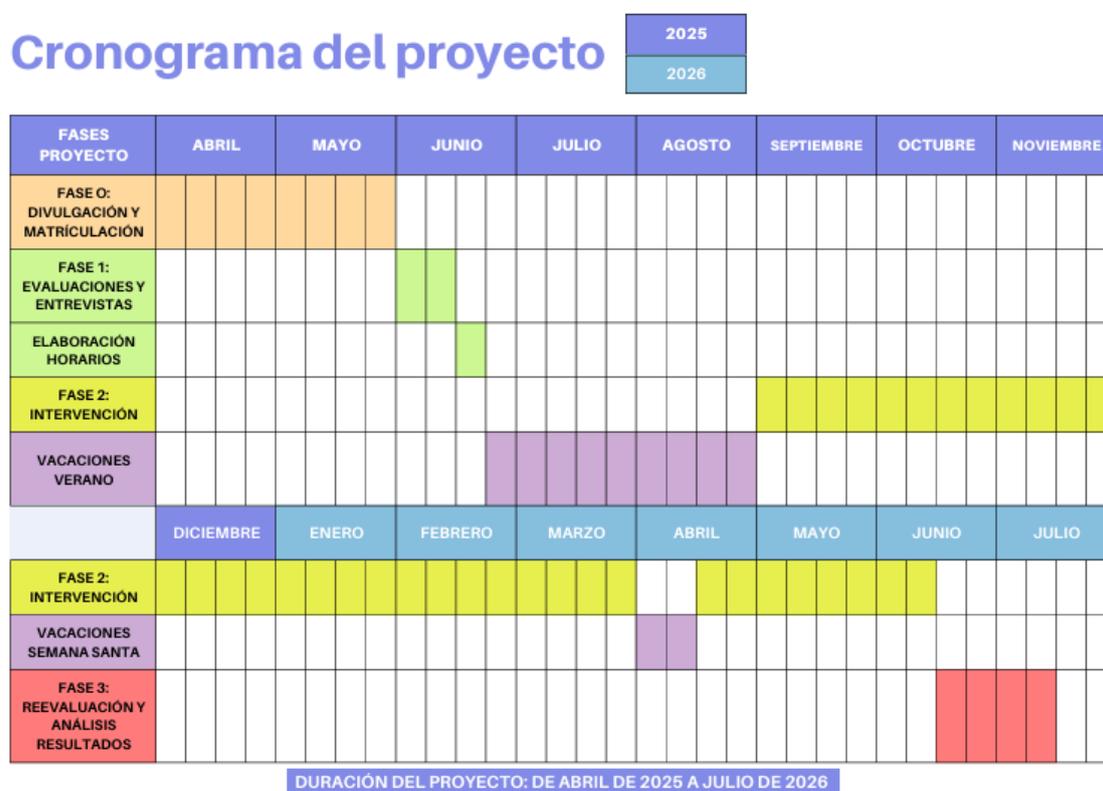
**Figura 5.***Desarrollo de la intervención.**Nota.* Elaboración propia.**Fase 3: reevaluación de los niños y análisis de los resultados y datos obtenidos.**

Por último, la fase 3 es la de reevaluación de los niños y análisis de los resultados y de los datos obtenidos. Se volverán a administrar las escalas seleccionadas en la fase 1 de la intervención (Inventario de Batelle, Test of Playfulness, perfil sensorial y el AD-HOC de las habilidades de desempeño ocupacional en AVD suprimiendo el segundo apartado) con el fin de obtener datos tras las sesiones realizadas con los que posteriormente se realice una comparación con los obtenidos de forma previa al trabajo de TO. En la reevaluación se miden los mismos parámetros que se midieron inicialmente en la fase 2, con los mismos instrumentos, con el fin de facilitar la detección de cambios.

## 4.8. Temporalización del proyecto.

Figura 6.

Cronograma general del proyecto de intervención de abril de 2025 a julio de 2026.



Nota. Elaboración propia.

Así, resumiendo la temporalización completa del programa de intervención, la fase de divulgación o fase 0 del proyecto tendrá lugar durante los meses de abril y mayo de 2025. Durante este periodo también se abrirá la matriculación en el proyecto. Posteriormente, comienza la fase 1, que durará las dos primeras semanas del mes de junio. Durante ese tiempo se realizarán entrevistas a los padres, CP o TL de forma paralela a las evaluaciones de los niños. Se utilizará la siguiente semana para diseñar los horarios de los niños según sus disponibilidad y ubicación del entorno natural. Posteriormente, desde la última semana de junio, incluida, hasta finalizar el mes de agosto serán vacaciones. En septiembre se produce la puesta en marcha de la fase 2, que es la fase de intervención. Tiene una duración total de 9 meses coincidiendo con el curso escolar de los niños. Comprende los meses septiembre de 2025 a junio de 2026, exceptuando las dos primeras semanas de abril de 2026, que son vacaciones de semana santa. Durante ese tiempo se trabajarán en ambos programas, el programa 1 de juego sensoriomotor y el programa 2

de juego simbólico dividido en 3 según las ocupaciones. Durante la segunda quincena de junio y la primera de julio se realizarán las dos subfases que comprende la fase 3, que son la reevaluación de los niños y el análisis de los datos obtenidos tras la intervención y mediante la reevaluación.

#### **4.9. Recursos humanos y materiales.**

Para el desarrollo del proyecto se necesita un terapeuta ocupacional que elaborará y trabajará en las sesiones con los niños, y sus familias, que se encargarán de cumplir con los horarios establecidos y con la asistencia a la asociación. Además, se ha realizado una programación previa de las sesiones en función del cronograma establecido con el objetivo de que la sala de TO de la ASD esté disponible.

Los recursos materiales son en su mayoría objetos cotidianos relacionados con la ocupación de vestido, como ropa, alimentos de juguete, al igual que útiles para la alimentación y para el aseo, como jabón y una toalla pequeña. Además, sería necesario un espacio para el desarrollo del juego propiamente dicho, tanto en la ASD como en el entorno natural. A su vez, la terapeuta ocupacional necesitará hacer uso de su propio coche para el desplazamiento a los domicilios de los niños.

##### **4.9.1. Presupuesto.**

El presupuesto se realiza lo más ajustado posible, teniendo en cuenta los recursos necesarios para el desarrollo del proyecto. Así, a continuación, se muestra una tabla con los precios, según objeto y unidades necesarias, y se calcula aproximadamente un presupuesto total:

**Tabla 5.**

*Presupuesto de recursos humanos.*

Terapeuta ocupacional a jornada completa según el convenio de la resolución de 27 de junio de 2019, de la Dirección General de Trabajo, por la que se registra y publica el XV Convenio colectivo general de centros y servicios de atención a personas con discapacidad (BOE-A-2019-9974)	1.502,90€/mes jornada completa de 37,5 horas/semana según BOE.  La terapeuta ocupacional en este proyecto tiene una jornada de 32,5 horas/semana por lo que serían 1.302,51 €/mes.  12 meses y 3 semanas → 15.955,74€
--	---

Seguro de responsabilidad civil	0,00€/mes → la terapeuta ocupacional estará colegiada en el Colegio de Terapeutas Ocupacionales de Asturias
<b>Total:</b>	<b>15.955,74€</b>

*Nota.* Elaboración propia.

**Tabla 6.**

*Presupuesto de recursos materiales.*

Coche propio	0,00€/mes
Gasoil para acudir a los domicilios: a la terapeuta ocupacional se le remunera cada kilómetro que realice fuera de Oviedo. Por tanto, se suman los km para desplazarse a los entornos naturales de Gijón y de Avilés.	Consumo de 6 litros/100kilómetros. Aproximadamente 10,00€/100 kilómetros. Se realizarán aproximadamente 400km/mes → 40,00€ 40,00€/ 40 semanas → 1.600,00 €
Material de juego no fungible (anexo 18)	603,68€
Columpio vestibular (X1)	579,35€
Plataforma vestibular(X1)	680,87€
Placa de techo para columpio (X2)	239,04€
Pelota cacahuete(X1)	79,86€
Tubo de propiocepción (X1)	53,89€
Aro psicomotricidad 36cm(X1)	2,09€
Aro psicomotricidad 50 cm (X1)	3,84€
Aro psicomotricidad 61 cm (X1)	5,07€
Ladrillo de plástico universal psicomotricidad (X6)	44,16€
<b>Total:</b>	<b>3.891,85€</b>

*Nota.* Elaboración propia.

El coste total del presente proyecto sería de aproximadamente: 19.847,59€ teniendo en cuenta los gastos de recursos humanos y de material.

#### **4.9.2. Financiación del proyecto.**

Para la financiación se presentará una solicitud para obtener una posible subvención por parte de la Fundación Alimerka aunque aún no se ha abierto la convocatoria de ayudas a proyectos de entidades no lucrativas de 2025, ya que se abre a principios del propio año. Desde la fundación se concede apoyo a 50 proyectos de acción social, de discapacidad o de salud. El importe total que se destinó en la convocatoria de 2024 ha sido de 200.000€. En el año 2023 la Fundación Alimerka concedió una ayuda de un total de 160.000€ a 40 proyectos de entidades no lucrativas.

#### **4.10. Evaluación final del proyecto.**

Esta evaluación final contribuye a observar y comprobar la eficacia que ha tenido el proyecto. Es por eso por lo que se crea un cuestionario de evaluación del proyecto para que sea cumplimentado por los padres, CP o TL (anexo 19) y otro similar dirigido a los profesionales que conforman el equipo multidisciplinar de la ASD (anexo 20).

De cara al futuro, tras conocer la opinión de los familiares y de los profesionales, se valoran los resultados para comprobar si el proyecto es eficaz y si fuese interesante continuar con el proyecto con un mayor grupo de niños de características similares que permita poder extrapolar conclusiones más firmes y respaldadas.

Además, sería útil ampliar la intervención, añadiendo más ocupaciones, más objetivos y población infantil con otro tipo de patología, como podría ser la neurológica.

##### **4.10.1. Limitaciones.**

Las limitaciones encontradas en el proyecto se especifican a continuación:

- Para que los niños puedan conseguir objetivos en las AVD han de trabajarlos adquiriendo hábitos y rutinas, de forma que, si se repiten las actividades frecuentemente y de una forma predecible, se alcanza más fácilmente la independencia y autonomía, lo que conlleva largos periodos de tiempo.
- Las sesiones de TO en el entorno natural tienen un coste más elevado que aquellas realizadas en clínicas o en otras instituciones debido a que la terapeuta es quien lleva a cabo los desplazamiento a los diferentes domicilios.
- Hay poca literatura sobre los temas tratados en este TFG, ya que el juego en general ha sido muy estudiado, pero no cómo se desarrolla en presencia de diferentes patologías.

- La población infantil con la que se conforma el trabajo es un colectivo poco estudiado.
- No se conoce de forma global el alcance que puede suponer el proyecto ya que no hay un censo que indique datos estadísticos de la población con SD en Asturias.

#### **4.10.2. Futuras líneas de investigación.**

Como futuras líneas de investigación se propone seguir conociendo si el juego sensoriomotor y simbólico es útil como recurso terapéutico para esta población en específico. Al igual que sería útil conocer si es efectivo el desarrollo de las sesiones en el entorno natural para facilitar el desempeño ocupacional. Sería interesante poder hacer un proyecto en el que la intervención sea de más semanas, con más intervenciones y con un grupo más amplio de niños. De igual forma, podrían introducirse niños de mayor edad, que estuviesen en el estadio de operaciones concretas según la clasificación de Piaget, ya que es en la que se basa este proyecto.

Sería interesante conocer la percepción de los padres en relación con este tipo de intervención en el entorno natural. Al igual que la referente a los niños, pues la motivación es relevante y ha de considerarse que la intervención sea significativa. Por último, añadiría el conocimiento sobre la percepción de los demás profesionales del equipo multidisciplinar de la ASD.

También, sería útil conocer si realizando estas intervenciones desde TO junto con otras terapias, como, por ejemplo, hipoterapia o hidroterapia, aumentarían los resultados positivos en los niños ya que una combinación podría resultar muy efectivo y beneficioso para esta población.

Podría agrandarse el proyecto incluyendo el modelo de práctica colaborativa “*partnering for change*” ya que está basado en la evidencia con el objetivo de proporcionar servicios de TO en el contexto escolar para trabajar colaborativamente con el profesorado, las familias y los estudiantes. Este modelo fue diseñado para niños con trastornos del desarrollo de la coordinación, pero sería aplicable a niños con SD que presenten trastornos del aprendizaje. Así, se plantearían objetivos como mejorar la participación exitosa en entornos como el aula y el hogar.

## 5. Discusión.

Se quiere conocer si una intervención de TO en el entorno natural basada en el juego resulta efectiva para el desarrollo de niños con SD. Al mismo tiempo, se podría determinar si el impacto de este tipo de intervención mejora el desempeño ocupacional de los niños y la influencia que tiene la familia durante el proceso de TO.

Durante la infancia se pasa por diferentes etapas evolutivas, que son comunes y necesarias para el desarrollo. En cada una de ellas se van consiguiendo una serie de adquisiciones que permiten el desarrollo y maduración plenos de los niños. Por otro lado, el juego es una actividad indispensable para el desarrollo del niño, cuando juega con su propio cuerpo, cuando mueve un muñeco o arrastra un objeto por el suelo u otra superficie se divierte, a la vez que va aprendiendo a conocer el mundo que le rodea. El juego le ayudará a desarrollar su personalidad, a conocerse a sí mismo y a los demás y es al mismo tiempo una fuente de placer (Contreras, 2009) aunque en ocasiones puede conducir a que se empleen cantidades de energía superiores a las que requiere la propia tarea, puede implicar un amplio esfuerzo (Moreno y Rodríguez, 1996). Por lo que, durante las intervenciones se tiene en cuenta la etapa vital en la que se encuentra cada niño, al igual que se emplea la Clasificación de Piaget para conocer su etapa en el juego. El proyecto se centra en dos etapas de juego, que son el sensoriomotor y simbólico, y de forma paralela el de construcción, ya que va desarrollándose a la vez desde el nacimiento. Además, las actividades se gradúan y se adaptan para aumentar o disminuir la dificultad en función del desempeño ocupacional de los niños, y para que supongan un desafío justo, pues es uno de los aspectos relevantes para una intervención efectiva de TO en la infancia.

Gracias a que la intervención de este proyecto en niños con SD gira en torno al juego, el desempeño ocupacional de los niños se desarrolla de forma significativa, promoviendo a su vez los tres elementos que definen la conducta juguetona y que son: la motivación intrínseca, el control interno y la habilidad para dejar a un lado la realidad (Blázquez et al., 2015).

Por otro lado, en relación con el tema de la familia y el ECF que se lleva a cabo proyecto, según Simón y Giné (2016) la familia constituye un motor de cambios para los miembros de esta, pero aun más para aquellos que resultan más vulnerables para alcanzar las etapas tempranas del desarrollo. Además, la familia posibilita la orientación del proceso terapéutico a los entornos naturales, por lo que es necesaria su colaboración

(Calle-Poveda y Chávez-Prado, 2020). Se ha señalado en la mayoría de las investigaciones el papel predominante que posee el núcleo familiar (Calle-Poveda y Chávez-Prado, 2020). Es por eso que durante las intervenciones individuales la familia se involucrará en las sesiones, participando de forma activa.

En un estudio realizado por Freire (2020) sobre un programa de independencia funcional de las AVD en niños con discapacidad intelectual, se obtiene tras realizar un análisis de los resultados una evidencia de que la TO tiene una incidencia favorable para mejorar el cuidado propio.

A su vez, se pretende que los niños acudan a las sesiones con buena motivación y con predisposición, con el fin de conseguir el máximo beneficio. Además de esto, se conseguiría una mejora del desarrollo de los niños, a nivel motor, cognitivo, emocional, social, etc ya que se trabajan características propias de estos procesos durante las actividades de manera indirecta y/o directa. Se puede concluir que el desarrollo típico es promovido a través del juego y que gracias a este se produce un aumento de la independencia de los niños en el día a día (Tacón, 2019).

Tras consultar diversas investigaciones se observa que han hecho énfasis en el valor de la TO para favorecer la independencia en niños con limitaciones para la realización de las AVD y también para el impulso de la autonomía para el cuidado personal como parte de las habilidades que permiten incorporarse y permanecer en la sociedad (Calle-Poveda y Chávez-Prado, 2020).

Resulta casi imposible comparar los resultados que se obtendrían tras la puesta en marcha del programa debido a la falta de documentos y programas que traten este tema. Como se menciona con anterioridad, las familias y/o cuidadores tienen un papel importante durante todo el proceso. De igual forma, cuando finalizase la intervención, sería relevante su implicación para continuar con la rutina y las actividades en el entorno natural, ya que tienen mucha influencia en la adquisición o pérdida de la autonomía de la población infantil. Han podido observarse unos mejores resultados en aquellos niños en los que los familiares estaban implicados en el programa de intervención dirigido a una búsqueda y adquisición de autonomía. De igual forma, se observan peores resultados en los casos en los que los familiares no se comprometen con las indicaciones de la terapeuta ocupacional (Vidal, 2015). Es por ello por lo que además de enseñar estrategias a las familias durante las intervenciones, en las que participan y se involucran, se les entregan

recomendaciones a tener en cuenta mientras que los niños en su entorno natural realizan las AVD, con el fin de conseguir el mayor éxito.

## **6. Conclusiones.**

Con este proyecto se consigue extraer datos relevantes como la importancia que tiene fomentar el juego para promover un desarrollo típico en los niños, lo que respalda la importancia de las intervenciones desde TO en la población infantil, en este caso con SD y, también, el uso del juego como herramienta terapéutica.

Gracias al juego, los terapeutas ocupacionales pueden trabajar aspectos como la coordinación, la motricidad fina y la fuerza de una forma lúdica, gateando a través de un túnel, pintando con los dedos, etc. y se desarrollan otros aspectos a su vez como el desarrollo social y emocional, sobre todo durante las sesiones grupales. Destacar que en este proyecto mediante el uso de la ocupación del juego se trabaja la independencia en otras ocupaciones como el vestido, la alimentación y el aseo. Los niños van al mismo tiempo aprendiendo habilidades de la vida diaria que les permiten a su vez una promoción de la autonomía. Y, por otro lado, gracias a la figura de la terapeuta ocupacional las familias aprenden estrategias para poner en marcha en el hogar y continuar con el proceso, lo que es vital para el desarrollo de los niños y para que alcancen su máxima autonomía e independencia.

Tomar en consideración que dado que las sesiones son en el entorno natural el contexto real y la práctica de ocupaciones en contextos naturales permite un mejor y más fácil aprendizaje. Además, el entorno natural influiría en la participación de los niños en las actividades, y en su compromiso con estas, lo que conllevaría una mayor efectividad del programa. Otro beneficio de trabajar en el entorno natural es que la terapeuta ocupacional puede observar de forma directa las interacciones del niño con el ambiente, de forma que las evaluaciones son más precisas y permiten ajustar las necesidades específicas del niño con el fin de que las intervenciones sean más efectivas. Esta intervención se realizaría de forma paralela a otras que pudieran favorecer aspectos en los niños, y, bajo un enfoque multidisciplinar con el resto de los profesionales de la ASD.

La familia suele ser muy significativa para el niño, por lo que este programa fomentaría también estrategias y habilidades para las personas que rodean al niño, de forma que cuando el programa terminase se haya obtenido conocimiento e información que permita continuar trabajando.

Resaltar que también, gracias a la intervención en el entorno natural, las sesiones de TO pueden centrarse en las AVD, como el vestido, la alimentación, el juego y el aseo, ocupaciones que son imprescindibles para el desarrollo del niño. En resumen, la TO en el entorno natural promueve un desarrollo integral.

Destacar que hay una clara falta de evidencia sobre la efectividad de estos dos tipos de juego como recurso terapéutico para niños con SD o con necesidades similares a las de esta población, por lo que sería de vital importancia continuar la investigación sobre qué beneficios aportaría.

Por otro lado, en relación con la patología de SD, aproximadamente en los últimos 30 años ha disminuido notablemente esta población, de unos 300.000 casos en España a unos 34.000 actualmente. Se puede observar una controversia entre que esta población presente una mejor salud, debido al aumento de profesionales, a la atención temprana, a una mayor inclusión social, etc. que conduce a una mejor calidad de vida y, por tanto, a una mayor esperanza de vida y la disminución de nacimientos de niños con SD por detección precoz, con las pruebas de screening mencionadas con anterioridad y las decisiones de aborto voluntario. Por poner un ejemplo de esta contradicción, a nivel nacional en el año 2012 nacieron 306 bebés con SD, pero esta cifra ha disminuido, de forma que en el año 2015 en España nacieron un total de 269 bebés con SD.

Para concluir, durante la realización de este proyecto me desplazé personalmente a las 3 sedes con las que cuenta la ASD en Asturias para conocer de primera mano las instalaciones y participar de forma voluntaria en las sesiones con niños, lo que me permitió poder acercar el proyecto a la realidad y acentuar que el rol de la TO en estos casos es imprescindible, así como las intervenciones desde el nacimiento con los niños y las familias.

## 7. Bibliografía.

Abad, J., & Ruiz de Velasco, A. (2012). El juego simbólico. *Aula de infantil*, 65(1), 30-33.

Aguilera, L. (2014). *El juego simbólico en la infancia*. Desarrollo cognitivo.

<https://www.psycoayudainfantil.com/el-juego-simbolico-en-la-infancia/>

American Occupational Therapy Association. (2020). Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process Fourth Edition. American Journal of Occupational Therapy.

American Occupational Therapy Association. (2014). Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process Third Edition. American Journal of Occupational Therapy.

Aquino, C. F., Sánchez, B. I. (1999). Algunas reflexiones acerca del juego y la creatividad desde el punto de vista constructivista. *Tiempo de educar. Revista interinstitucional de investigación educativa*, 1 (2), 131-153.

<https://www.redalyc.org/pdf/311/31100207.pdf>

Blázquez, P., Mahmoud-Saleh, L. & Guerra, L. (2015). Terapia ocupacional pediátrica, algo más que un juego. *Revista TOG*, 7 (2), 100-114.

<https://www.revistatog.com/mono/num7/pediatrica.pdf>

Calle-Poveda, A. G. y Chávez-Prado, J. E. (2020). Intervención de terapia ocupacional en la infancia. Autonomía personal y actividad desde la vida diaria. *Revista científica. Dominio de las ciencias*. (6)4, 129-140.

<file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet->

<IntervencionDeTerapiaOcupacionalEnLaInfanciaAutono-8638082.pdf>

Canva. (2024). [Software de diseño gráfico]. <https://www.canva.com/>

- Case-Smith, J. y O'Brien, J.C. (2014). *Occupational Therapy for Children and Adolescents*. Elsevier.
- Díaz-Cuéllar, S, Yokoyama-Rebollar, E, & Del Castillo-Ruiz, V. (2016). Genómica del síndrome de Down. *Acta pediátrica de México*, 37(5), 289-296.  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0186-23912016000500289&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-23912016000500289&lng=es&tlng=es)
- Diane, L. y Fazio, L. (2007). *Play in Occupational Therapy for Children*. Mosby.
- Domingo Sanz, M. A. (2015). *Terapia Ocupacional en Pediatría*. Síntesis.
- Down España. (2020). *El Síndrome de Down hoy: Dirigido a familias y profesionales*. Fundación Inocente Inocente. Apunto Creatividad.  
[https://www.sindromedown.net/wp-content/uploads/2020/04/S%C3%ADndrome-de-Down-hoy\\_inocente.pdf](https://www.sindromedown.net/wp-content/uploads/2020/04/S%C3%ADndrome-de-Down-hoy_inocente.pdf)
- Down España. (2021). En ningún lugar del mundo ha habido un descenso de la natalidad de las personas con síndrome de Down tan grande como en España. *Down España*. <https://www.sindromedown.net/en-ningun-lugar-del-mundo-ha-habido-un-descenso-de-la-natalidad-de-las-personas-con-sindrome-de-down-tan-grande-como-en-espana/>
- Estrada Peralta, L. J. y Lugo Osaki, R. (2014). Evaluación de la actividad de vestido en pacientes con mielomeningocele mediante WeeFim en Guanajuato. *Revista TOG*, (11), p 1-18.  
<file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-EvaluacionDeLaActividadDeVestidoEnPacientesConMiel-4892053.pdf>
- Farriols Danés, C. (2012). Aspectos específicos del envejecimiento en el síndrome de Down. *Revista Médica Internacional sobre el Síndrome de Down*, 16(1), 3-10.  
[https://doi.org/10.1016/S1138-2074\(12\)70018-0](https://doi.org/10.1016/S1138-2074(12)70018-0)

- Freire Navas, K. V. (2020). *Programa para la independencia funcional de las actividades básicas de la vida diaria en niños con déficit intelectual moderado en edades comprendidas de 6-12 años*. [Trabajo de Fin de Grado, Universidad Central del Ecuador].  
<https://www.dspace.uce.edu.ec/server/api/core/bitstreams/f59b67bb-fa9c-4513-829e-5541e63a85ec/content>
- Germán-Abad, T. y Tacón-Sánchez, G. (2022). Juego simbólico para promover el desempeño ocupacional de menores con sintomatología neurológica. *Revista TOG*. (19) 3. <https://www.revistatog.es/ojs/index.php/tog/article/view/181/151>
- Lee, A., Knafl, K., & Van Riper, M. (2021). Family Variables and Quality of Life in Children with Down Syndrome: A Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(2).  
<https://doi.org/10.3390/ijerph18020419>
- Medina Alva, M. D. P., Caro Kahn, I., Muñoz Huerta, P., Leyva Sánchez, J., Moreno Calixto, J., & Vega Sánchez, S. M. (2015). Neurodesarrollo infantil: Características normales y signos de alarma en el niño menor de cinco años. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 32(3), 565.  
<https://doi.org/10.17843/rpmesp.2015.323.1693>
- Patton, S., & Hutton, E. (2016). Parents' perspectives on a collaborative approach to the application of the Handwriting Without Tears(®) programme with children with Down syndrome. *Australian Occupational Therapy Journal*, 63(4), 266-276.  
<https://doi.org/10.1111/1440-1630.12301>
- Pelosi, M. B., Ferreira, K. G., & Nascimento, J. S. (2020). Atividades terapêuticas ocupacionais desenvolvidas com crianças e pré-adolescentes com síndrome de

Down. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 28, 511-524.

<https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1782>

Puerto Mojica, Y. A., Bernal, D., & Sánchez, K. (2007). Características del área de desempeño ocupacional de juego, en niños con trastornos mentales. *UMBras Científico*, 10, 62-79.

Ramugondo, E., Ferreira, A., Chung, D., & Cordier, R. (2018). A Feasibility RCT Evaluating a Play-Informed, Caregiver-Implemented, Home-Based Intervention to Improve the Play of Children Who Are HIV Positive. *Occupational Therapy International*, 2018, 3652529. <https://doi.org/10.1155/2018/3652529>

Schworer, E. K., Esbensen, A. J., Nguyen, V., Bullard, L., Fidler, D. J., Daunhauer, L. A., Mervis, C. B., Becerra, A. M., Abbeduto, L., & Thurman, A. J. (2022). Patterns and predictors of adaptive skills in 2- to 7-year-old children with Down syndrome. *Journal of Neurodevelopmental Disorders*, 14(1), 18. <https://doi.org/10.1186/s11689-022-09430-4>

Simón, C., & Giné, C. (2016). School, Families and Community: Building Alliances in order to Promote Inclusion. *Revista latinoamericana de educación inclusiva*, 10(1), 25-42. <https://doi.org/10.4067/S0718-73782016000100003>

Walker, B. J., Washington, L., Early, D., & Poskey, G. A. (2020). Parents' Experiences with Implementing Therapy Home Programs for Children with Down Syndrome: A Scoping Review. *Occupational Therapy in Health Care*, 34(1), 85-98. <https://doi.org/10.1080/07380577.2020.1723820>

Wuang, Y.-P., Ho, G.-S., & Su, C.-Y. (2013). Occupational therapy home program for children with intellectual disabilities: A randomized, controlled trial. *Research in Developmental Disabilities*, 34(1), 528-537. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2012.09.008>

## 8. Anexos.

### Anexo 1.

*Desarrollo de la ocupación de juego.*

DESARROLLO DEL JUEGO	
EDAD	HABILIDAD - COMPORTAMIENTOS
<b>9-12 meses</b>	Empieza a comprender juegos. Involucra una manipulación más precisa de los objetos. Le gusta observar e imitar a otros. Juego causa-efecto (martillo que al darle suena u otra cosa que al tirarla vibra o tiene sonido...). Corre-salta-gatea o camina para explorar el ambiente.
<b>1-2 años</b>	Juegos motores gruesos (trepan las escaleras para tirarse por el tobogán). Corre, salta y trepa sin considerar factores de seguridad. Desarrollo de un juego motor fino más complejo. Lanzar y botar objetos (interés por las pelotas). Juego social empieza a emerger, <b>juego paralelo</b> . Mira libros con adulto y se lo muestra.
<b>2-3 años</b>	<b>Juego simbólico y de ficción.</b> Cambio de juego paralelo a <b>juego más interactivo</b> . Comienza a usar lenguaje cuando juega con otros. Juego de roles de adulto. Avanza en habilidades motoras gruesas. Empieza a pintar y rayar, juegos de construcción grandes.
<b>3-5 años</b>	Juego creativo y grupal. Continúa con <b>juego simbólico</b> . Crea situaciones elaboradas de juegos de ficción. Interés por juegos de mesa simples (para empezar a acatar normas en el aula con los compañeros). Juego motor grueso: eficiente en parques, montar en bicicleta con ruedas (ya juegan solos, se tiran por el tobogán, se columpian...) Interés por juego sedentario: televisión y videojuegos.
<b>5-7 años</b>	Juego con reglas y juegos de mesa. Entiende competición y cooperación (aunque lo entienden no lo usan). Independencia en el juego. Aumento del juego sedentario.
<b>7-11 años</b>	Intereses de ocio. Participación en deportes organizados. Realizar manualidades. Relaciones con pares y sociales importantes.
<b>12-18 años</b>	Mayor interés por su tiempo de ocio. Juego en familia casi nulo, siempre con amigos.

*Nota.* Elaboración propia, a partir de los libros “Terapia Ocupacional en Pediatría” y “Case-Smith’s Occupational Therapy for Children and Adolescents”.

## Anexo 2.

### Desarrollo de la ocupación de vestido.

DESARROLLO DEL VESTIDO	
EDAD	COMPORTAMIENTOS
<b>1-2 años</b>	Coopera en el vestido: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Empuja brazo por la manga.</li> <li>- Quita calcetines, zapatos y gorros.</li> <li>- Ayuda a bajarse los pantalones.</li> </ul>
<b>2-3 años</b>	Se quita: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Calcetines + zapatos.</li> <li>- Abrigo.</li> <li>- Un pijama simple.</li> <li>- Pantalones de buzo.</li> </ul> Puede bajar el cierre o desabrochar botones grandes (solo bajar el cierre).
<b>3-4 años</b>	Se pone los pantalones excepto los cierres. Abrochar y desabrochar botones grandes y subir cremalleras (solo si están enganchadas). Se pone calcetines y zapatos excepto amarrar los cordones. Asistencia ocasional para orientar la ropa.
<b>4 años</b>	Aprende a vestirse (incluyendo la camiseta) con ayuda ocasional y supervisión. Se pone el pijama con mínima ayuda. Confunde los zapatos de pie. Abrocha una hebilla. Se pone solo: <ul style="list-style-type: none"> <li>- El abrigo.</li> <li>- Los pantalones (no abrocha el botón de un vaquero).</li> <li>- Los zapatos son supervisión.</li> </ul>
<b>5-6 años</b>	Independiente, excepto con: selección de ropa, cierres difíciles y cierres de atrás (botones pequeños, cierres de cinturón, los enganches de atrás...). Se desviste para bañarse o ponerse el pijama. Se viste solo (ayuda solo con algunas prendas y supervisión). Aprende a abrocharse los cordones.
<b>7-9 años</b>	Aprende a llevar la ropa sucia al cesto. Se abrocha los botones de la camisa y de algunos pantalones. Selección de ropa de acuerdo con el clima. Se viste y se desviste de forma independiente. Se abrocha cinturones y botones. Elige su ropa dentro de las opciones que se le ofrecen.
<b>+ 10 años</b>	Independiente para el vestido. Selecciona su propia ropa para comprar (selectivo con tipo y estilo de ropa).

*Nota.* Elaboración propia, a partir de los libros “Terapia Ocupacional en Pediatría” y “Case-Smith’s Occupational Therapy for Children and Adolescents”.

### Anexo 3.

#### Desarrollo de la ocupación de alimentación.

DESARROLLO DE LA ALIMENTACIÓN	
EDAD	COMPORTAMIENTOS
<b>1-2 años</b>	<p>Usa cuchara con algún derrame.</p> <p>Sostiene bien una taza con boquilla y bebe sin dificultad.</p> <p>Tolera una variedad de texturas.</p> <p>Come comidas de adultos, cortadas en trozos.</p>
<b>4 años</b>	<p>Maneja el tenedor, la cuchara y el cuchillo para empujar la comida.</p> <p>Usa cuchara para comer sopa con algún derrame.</p> <p>Conoce el hábito de la comida y comienza con las responsabilidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ayuda a poner la mesa.</li> <li>- Se pone el babero y tras la comida lo deja en su sitio.</li> <li>- Si se le pide lleva el plato al fregadero.</li> </ul>
<b>5-6 años</b>	<p>Eficiente en usar cuchara, tenedor y taza sin boquilla; derrame ocasional.</p> <p>Responsabilidades: si se le recuerda pone y quita la mesa (con supervisión).</p> <p>Comienza el uso de cuchillo para alimentos blandos.</p> <p>Bebe agua sin derrames.</p> <p>Aprende a utilizar la servilleta.</p> <p>Va perfeccionando el manejo del cuchillo (en ocasiones necesita ayuda).</p> <p>Ayuda en la preparación de algunas comidas con ayuda verbal y supervisión.</p> <p>Unta el pan y se sirve líquidos.</p>
<b>7-8 años</b>	<p>Come con una postura alienada y correcta.</p> <p>Usa el cuchillo (incluido para cortar carne).</p> <p>Ayuda en la preparación de comidas (con supervisión).</p> <p>Se prepara la merienda si sabe dónde están los utensilios y la comida.</p> <p>Sigue modales de comer en la mesa (respeto turnos de palabra, no habla con la boca llena).</p>
<b>8-10 años</b>	<p>Abrir paquetes de comida y envases (tarros y botellas).</p> <p>Divide comida con cuchillo (lateralidad en el uso de cubiertos).</p> <p>Sigue modales de comer en la mesa (sentado, comiendo sin levantarse, utiliza servilleta).</p> <p>Alcanza un nivel adecuado de autonomía.</p>

*Nota.* Elaboración propia, a partir de los libros “Terapia Ocupacional en Pediatría” y “Case-Smith’s Occupational Therapy for Children and Adolescents”.

#### Anexo 4.

##### Desarrollo de la ocupación de aseo.

DESARROLLO DEL BAÑO Y ASEO PERSONAL	
EDAD	COMPORTAMIENTOS
1-2 años	Disfruta del baño y ayuda a lavarse las manos y la cara. En ocasiones muestran resistencias a realizar alguna actividad.
2-3 años	Participa en alguna actividad. Ayuda al cepillado de dientes. Ej: ponen el cepillo ellos para que echas la pasta, saben más o menos como va la actividad.
3-4 años	Lavado con supervisión. Lavado de manos y cara de manera independiente. Participación activa en el cepillado de dientes. Ayuda al peinarse. Son independientes, tienen la destreza interiorizada.
4 años	Se cepilla los dientes (tras recordárselo y con supervisión). Va apareciendo coordinación para peinarse. Va aprendiendo a regular el agua de la bañera (con ayuda y supervisión). Le gusta jugar en la bañera. Echa gel en la esponja y se frota el cuerpo. Se limpia solo la nariz.
5-6 años	Se baña con ayuda (con supervisión). Es preciso llenarle la bañera (dejarle cerca el champú, el gel, la esponja). Se lava el pelo y se lo aclara (con supervisión). Se cepilla los dientes (tras recordárselo y con supervisión).
7 años	Acude al baño si se le llama para ducharse. Supervisión para lavarse el pelo y aclararlo. Regula la temperatura del agua. Comienza a peinarse. Se cepilla los dientes (con supervisión y mínima ayuda verbal).
8-9 años	Prácticamente independiente en el baño y en el aseo, aunque puede precisar ayuda.
+10 años	Independiente en el baño y aseo.

*Nota.* Elaboración propia, a partir de los libros “Terapia Ocupacional en Pediatría” y “Case-Smith’s Occupational Therapy for Children and Adolescents”.

**Anexo 5.**

*Tabla que incluye las cadenas de búsqueda en cada base de datos y los resultados encontrados y válidos.*

<b>Bases de datos</b>	<b>Términos usados para la búsqueda bibliográfica o cadena de búsqueda</b>	<b>Resultados encontrados</b>	<b>Resultados válidos</b>
Pubmed	"Down Syndrome"[Mesh]) AND ((((("Occupational therapy"[MeSH Terms]) OR ("Occupational therapy")) OR (play)) OR ("play therapy")) OR (playthings)) OR ("activities of daily living")) OR (ADLs))	133	3
	("Down Syndrome"[Mesh]) AND "Occupational Therapy"[Mesh]	(Sin filtros) 23	5
Dialnet	Juego simbólico y TO	11	1
	TO y SD	12	2
	Juego simbólico y AVD	54	1
	Modelo centrado en la familia y SD	11	1
	Modelo centrado en la familia y TO	8	0
	Juego sensoriomotor	23	1
Lilacs	"Down Syndrome" AND "Occupational therapy"	12	0
OTSeeker	“Down Syndrome” AND “Occupational Therapy” OR “Play Therapy” OR “Symbolic Game”	4	0
Scielo	"Occupational therapy" AND "Down Syndrome"	10	1
	Juego simbólico y TO TO y SD		

---

Literatura  
gris

SD y AVD

Juego simbólico y AVD

Juego sensoriomotor en niños

---

*Nota.* Elaboración propia.

**Anexo 6.**

*Cartel para la divulgación del proyecto.*



¡ATENCIÓN!

NUEVO PROYECTO DE INTERVENCIÓN

**SESIONES DE TERAPIA OCUPACIONAL EN EL ENTORNO NATURAL CON NIÑOS DE 2 A 8 AÑOS**

Más información en:

**DOWN** Asociación Síndrome de Down  
Principado de Asturias

**Instagram:** @downprincipadodeasturias  
**Facebook:** Down Principado de Asturias  
**E-mail:** proyectot21@gmail.com

**C. Villafria, 7-9, bajo. CP 33008 Oviedo, Asturias**

*Nota.* Elaboración propia.

**Anexo 7.**

*Publicación para la divulgación del proyecto en las redes sociales.*



*Nota.* Elaboración propia.

**Anexo 8.**

*Publicación para la divulgación del proyecto en las redes sociales.*



*Nota.* Elaboración propia.

**Anexo 9.**

*Entrevista que se realizará a los padres, CP o TL en la evaluación durante la fase 1 del TFG.*

Datos sociodemográficos					
Apellidos y nombre del niño/a:					
Fecha de nacimiento:			Lugar de nacimiento:		
Lugar de residencia actual:					
Edad cronológica del niño:					
Señalar ubicación del entorno natural donde se desarrollará la intervención:					
Oviedo <input type="checkbox"/>					
Gijón <input type="checkbox"/>					
Avilés <input type="checkbox"/>					
Composición familiar					
Vínculo	Nombre	Edad	Nivel educativo	Ocupación	Convivencia
Padre					
Madre					
Hno/a					
Hno/a					
Hno/a					
Otros:					
Con quién convive en el día a día:					
Datos del niño/a					
Nivel de escolarización:					
¿Asistió a la escuela infantil?					

Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Indicaciones médicas relevantes:
Intolerancias-alergias:
Si toma medicación, indique cuál o cuáles:
Si usa productos de apoyo (gafas, DAFO, pictogramas, audífonos...) indica cuál o cuáles:
Antecedentes familiares:
Antecedentes médicos del niño/a → enfermedades típicas como gripe, varicela, anginas... <p style="text-align: center;">Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> ¿Cuál/cuáles? Si dejaron secuelas, ¿cuál o cuáles?  → ¿Tiroides? <p style="text-align: center;">Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> → ¿Intolerancias a los alimentos? ¿Enfermedad celíaca? <p style="text-align: center;">Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> ¿Cuál/cuáles?
Intereses del niño/a en cuanto a juego
¿A qué juega de forma habitual?

¿Inventa personajes, roles y/o situaciones mientras juega?		
¿Es capaz de jugar solo?		
¿Tiene juguetes preferidos?		
Si juega con iguales, ¿respeta las reglas de los juegos?		
Si realiza actividades extra-escolares:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Cuál o cuáles?</li> <li>- ¿Fue elegido por el niño/a?</li> <li>- ¿Cómo es su desempeño?</li> </ul>		
Otros:		
Gestación y parto		
Tipo de gestación:		
Semana de nacimiento:	Nacimiento a término:	
	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿Hubo algún problema durante el parto? (fórceps, cesárea...)		
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Si es que sí, indique cuál o cuáles:		
¿Tuvo pérdidas en el embarazo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si es que sí, ¿le indicaron reposo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si es que sí, ¿cuánto tiempo?

<p>¿Tuvo infecciones, enfermedades o síntomas durante el embarazo?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>	<p>Si es que sí ¿cuál o cuáles?</p>
<p>¿Tomó alguna medicación durante el embarazo?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>	<p>Si es que sí ¿cuál o cuáles?</p>
<p>¿Fumó o tomó bebidas alcohólicas durante el embarazo?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>	
<p>Lactancia y alimentación</p>	
<p>¿Lactancia materna exclusiva?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Si es que sí, hasta qué edad:</p>	<p>¿Lactancia con leche de fórmula?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Si es que sí, hasta qué edad:</p>
<p>¿Tuvo mastitis?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>¿Tuvo baja producción de leche?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>	<p>¿Fue buena la técnica de succión del bebé?</p> <p>Rodea la/s letra/s:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Fuerte.</li> <li>b. Rítmica</li> <li>c. Débil.</li> <li>d. Irregular.</li> <li>e. Efectiva.</li> <li>f. Inefectiva.</li> </ul> <p>¿Usaste pezoneras u otros dispositivos como ayuda para la succión?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>
<p>¿A qué edad comenzaste a reducir las tomas nocturnas?</p>	<p>¿A qué edad se introducen los alimentos sólidos?</p>

<p>¿A qué edad comenzaste a eliminar las tomas nocturnas?</p>	<p>¿Mientras tanto se continua con lactancia? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>¿A qué edad finaliza la lactancia? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>	
<p>¿Qué tipo de alimentos se introdujeron los primeros?</p> <p>¿El niño/a mostraba preferencia por algunos? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Si es que sí, cuál o cuáles:</p>		
<p>¿Hubo alguna dificultad por parte del niño/a durante la transición a una nueva textura? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>		
<p>¿El/la niño/a tose o hacer arcadas al comer? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>		
<p>¿El/la niño/a vomita con frecuencia? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>		
<p>¿Se observa en el/la niño/a un babeo excesivo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>		
<p>Desarrollo del niño</p>		
<p>¿A qué edad aproximada en meses logró los siguientes hitos?</p>		
<p>Hito</p>	<p>Meses a los que lo logró</p>	<p>Edad esperable</p>
<p>Sostener la cabeza</p>		<p>3 meses</p>
<p>Agarrar objetos con la mano entera</p>		<p>3-4 meses</p>

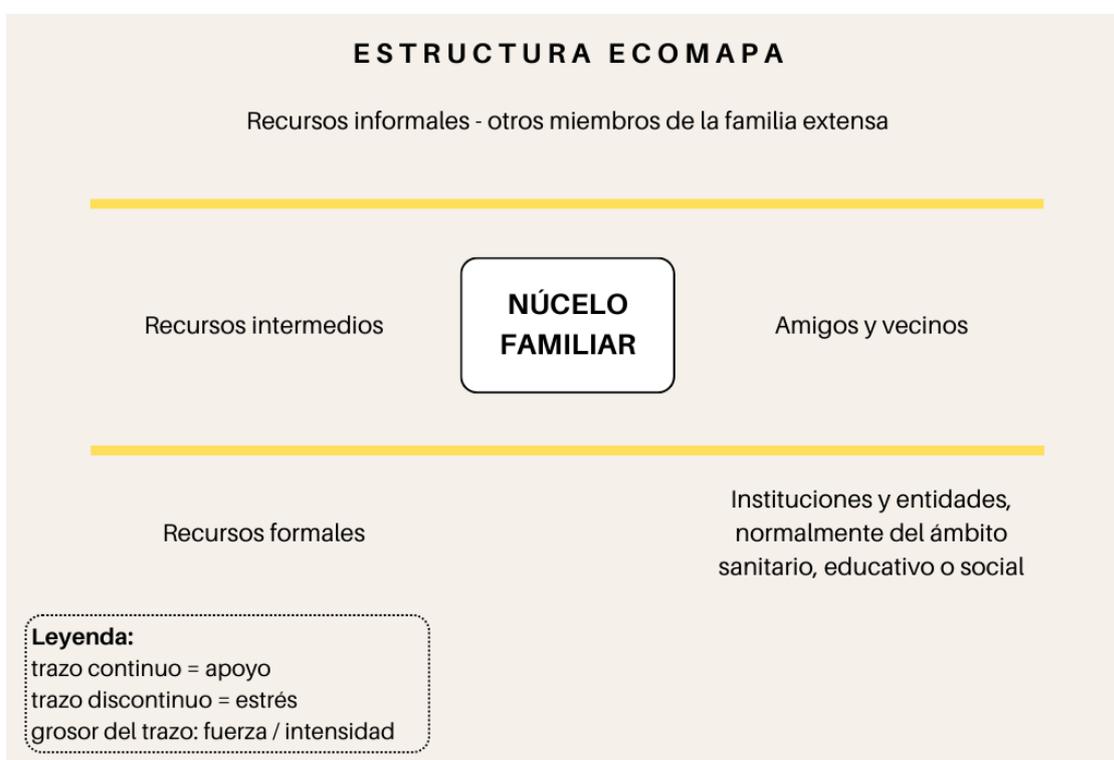
Voltear de decúbito prono a decúbito supino		4-6 meses
Sentarse sin apoyo		7-10 meses
Gatear		7-10 meses
Agarrar objetos con el pulgar y el dedo índice		8-10 meses
Caminar		10-18 meses
Usar palabras con algún significado (papá, mamá, agua...)		18-24 meses
Usar oraciones		24-36 meses
Saltar con las dos piernas		24-36 meses
Sube escaleras alternando los pies		36-42 meses
Correr		36-48 meses
Camina de puntillas		36-48 meses
Conoce 3-4 colores		36-48 meses
<b>Rutinas</b>		
Indique momentos del día en los que el niño encuentra dificultades o con los que muestra conflictos:		
Qué aspectos presentan mayor dificultad en el día a día:		
¿Todos los miembros de la unidad familiar participan en las actividades diarias de forma colectiva?		
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
¿Hay una separación de las tareas del hogar entre los miembros de la familia?		
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

¿Cree que es funcional la rutina actual del niño? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Y de la familia en conjunto? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si es que no, ¿qué mejorarías o cambiarías?
Indique a continuación si hay información relevante en relación con las rutinas, la familia y/o el hogar:		
Indique rodeando la letra si participa en otras rutinas como: <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Excursiones</li> <li>b. Actividades extraescolares</li> </ul>		

*Nota.* Elaboración propia.

## Anexo 10.

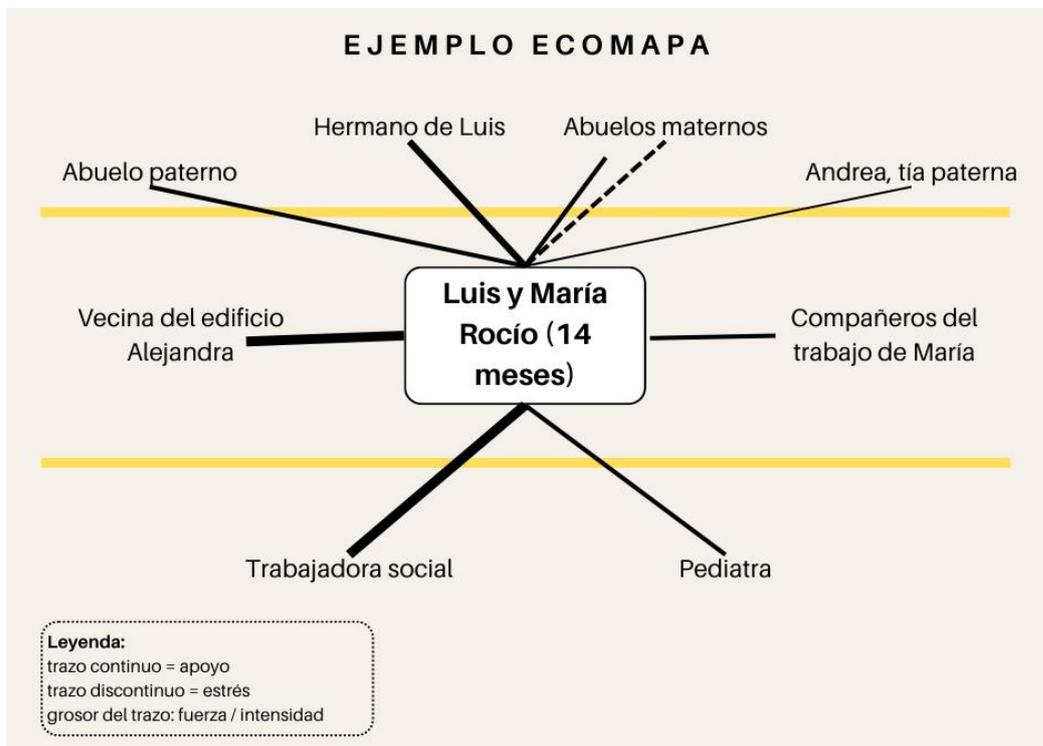
*Estructura a seguir para la realización de un ecomapa.*



*Nota.* Elaboración propia.

## Anexo 11.

*Ejemplo de un caso imaginario de un ecomapa.*



*Nota.* Elaboración propia.

**Anexo 12.**

*AD-HOC sobre las habilidades de desempeño en AVD. Se deberá marcar con una X según corresponda cada ítem:*

- 1: no realiza nunca la actividad porque no sabe.
- 2: con apoyo verbal y/o físico realiza la actividad.
- 3: es independiente para la realización de la actividad, pero necesita supervisión.
- 4: es independiente para la realización de la actividad sin apoyos.

<b>DESARROLLO DEL VESTIDO</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
Coopera en el vestido de miembro superior empujando el brazo por la manga.				
Coopera en el vestido de miembro inferior quitándose los calcetines y los zapatos.				
Se quita un gorro o una gorra.				
Coopera en el desvestido ayudando a bajarse los pantalones.				
Se quita de forma independiente los calcetines y los zapatos (sin confundir el pie).				
Se quita de forma independiente el abrigo.				
Se quita de forma independiente un pijama simple.				
Es capaz de bajar el cierre de una cremallera.				
Es capaz de desabrochar botones grandes.				
Es capaz de abrochar y desabrochar botones.				
Se pone de forma independiente los calcetines y los zapatos (sin amarrar los cordones).				
Se viste de forma independiente el pijama.				
Se pone el abrigo.				
Se pone unos pantalones vaqueros (sin abrochado de botón)				
Es capaz de atar los cordones.				
Selecciona la ropa de acuerdo con el clima.				

Abrocha y desabrocha botones (grandes y pequeños).				
Se pone un cinturón.				
Es independiente para el vestido.				
Es independiente para el desvestido.				
<b>DESARROLLO DE LA ALIMENTACIÓN</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
Usa la cuchara, pero se produce un derrame ocasional.				
Usa la cuchara y no hay derrames.				
Sostiene una taza con boquilla y bebe.				
Maneja el tenedor.				
Maneja la cuchara.				
Maneja el cuchillo.				
Usa una presa adecuada para agarrar los utensilios.				
Colabora para poner la mesa.				
Si usa babero, se lo pone y lo deja en su sitio de forma independiente.				
Lleva el plato al fregadero si se le pide.				
Usa el cuchillo con alimentos blandos.				
Hace uso de la servilleta.				
Se unta el pan.				
Se sirve líquidos.				
Ayuda en la preparación de comidas.				
Mantiene una buena postura en la mesa mientras come.				
Usa el cuchillo sin dificultad.				
Se prepara la merienda.				
Abre paquetes de comida y envases.				
Sigue modales de comer en la mesa.				
Es independiente para la alimentación.				

<b>DESARROLLO DEL BAÑO Y ASEO PERSONAL</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
Disfruta del baño.				
Ayuda a lavarse las manos y la cara.				
Ayuda al cepillado de dientes.				
Se lava la cara de forma independiente.				
Se lava las manos de forma independiente.				
Participa de forma activa en el lavado de dientes.				
Colabora con el peinado.				
Es independiente para el cepillado de dientes.				
Hay una mayor coordinación para el peinado.				
Va aprendiendo a regular la temperatura y el flujo del agua de la bañera.				
Echa gel en la esponja y se frota el cuerpo.				
Es independiente para limpiarse la nariz.				
Se lava el pelo y se lo aclara con supervisión.				
Se lava el pelo y se lo aclara de forma independiente.				
Regula sin dificultad el flujo y la temperatura del agua.				
Es independiente para el peinado.				
Es independiente para el cepillado de dientes.				
Es independiente para bañarse/ ducharse.				
Es independiente para el aseo.				
<b>Aspectos que deseen mejorar:</b>				
<b>Sugerencias específicas:</b>				

*Nota.* Elaboración propia, a partir de los libros “Terapia Ocupacional en Pediatría” y “Case-Smith’s Occupational Therapy for Children and Adolescents”.

**Anexo 13.**

*Breve descripción de algunas actividades de las sesiones de la intervención del programa 1 de juego sensoriomotor.*

<b>Sesiones grupales e individuales del programa 1: juego sensoriomotor</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desarrollo psicomotor → motricidad gruesa: reptación, gateo y sedestación en colchoneta, cuclillas, agacharse, fomentar reacciones de apoyo, lanzamiento de pelota a un aro o cono, jugar con una diana, etc.</li> <li>- Desarrollo psicomotor → motricidad fina: pintar con los dedos, jugar con plastilina</li> <li>- Actividades que impliquen equilibrio en sedestación y/o bipedestación según el niño.</li> <li>- Recuperar objetos de la sala y reunirlos en un solo lugar.</li> <li>- Juego de construcción con bloques.</li> <li>- Coordinación bimanual a través de canciones infantiles.</li> <li>- Juegos de encajables de piezas.</li> <li>- Trabajo con pelota Bobath.</li> <li>- Señalar partes del cuerpo como, por ejemplo: “¿dónde tienes la nariz?”</li> <li>- Trabajar el control postural en sedestación.</li> <li>- Actividades manipulativas y de coordinación bimanual como poner y sacar objetos, pinzas y presas y óculo-manual.</li> <li>- Con una cuchara y varios recipientes mover lentejas, azúcar, macarrones... de uno a otro. Ir añadiendo número de recipientes.</li> <li>- Juego libre con arena.</li> <li>- Aprendizaje por imitación en el entorno natural.</li> <li>- Aprendizaje de secuencias con pictogramas.</li> <li>- Trabajo con un libro con texturas como algodón, terciopelo, esponja, lana, etc.</li> </ul>



*Nota.* Elaboración propia.

**Anexo 14.**

*Breve descripción de algunas actividades de las sesiones de la intervención de los programas 2A, 2B y 2C de juego simbólico.*

Sesiones grupales e individuales del programa 2 de juego simbólico
<p><b>Ejemplos de actividades comunes a los 3 programas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Actividades manipulativas y de coordinación.</li> <li>- Reconocimiento e identificación de objetos simbólicos en una caja grande (añadiendo que hay que explicar para qué es su uso mediante conversación verbal).</li> <li>- Motricidad gruesa: circuito con obstáculos en la sala o en el pasillo, lanzamiento de pelota a un lugar concreto en sesión grupal que incluya respeto de turnos, jugar a los dardos con diana, juegos con pelotas, etc.</li> <li>- Motricidad fina: pintar con los dedos, jugar con plastilina, jugar con pinzas simulando tender ropa, hacer un puzle, pintar con pinceles, etc.</li> <li>- Juegos que supongan integración bilateral: enhebrar abalorios, jugar a “Simón dice”, actividades de construcción que impliquen el uso de ambas manos, jugar a simular una orquesta usando los instrumentos musicales de juguete como el tambor, etc.</li> <li>- Trabajo con un libro con texturas como algodón, terciopelo, esponja, lana, etc.</li> <li>- Juego libre con arena.</li> <li>- Aprendizaje por imitación en el entorno natural.</li> <li>- Aprendizaje de secuencias con pictogramas.</li> <li>- Juego de construcción con bloques.</li> </ul>
Programa 2A: ocupación vestido
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reconocimiento de las partes del cuerpo para que puedan reconocer donde se coloca la ropa.</li> <li>- Jugar a vestir muñecos, vestido con disfraces o partes de estos (anexo 17) (juego simbólico).</li> <li>- Empleo de un rompecabezas de un cuerpo humano para continuar con el reconocimiento de partes del cuerpo.</li> </ul>

- Quitarse lo que lleve en ese momento para ponerse las nuevas prendas seleccionadas en el entorno natural adecuando la elección de ropa al clima.
- Distinción entre el derecho y el revés de las prendas de ropa.
- Subir y bajar cremalleras, abrochar botones, atado de cordones... graduando la dificultad según cada niño/a.
- Utilización de un espejo mientras se viste ya que le aporta información y seguridad, y, si es necesario una silla para sentarse (en el entorno natural).
- Empleo de pictogramas para hacer una secuencia con las prendas y organizar el orden del vestido.

### **Programa 2B: ocupación de alimentación**

- Jugar a restaurantes y cocinitas, dar biberón a un muñeco (juego simbólico).
- Hacer “salchichas” o “filetes” con plastilina o masilla terapéutica blanda y simular cortarlo con cuchillo y tenedor.
- Uso de cubiertos usando plastilina.
- Normas en la mesa y qué objetos se usan.
- Reconocimiento de alimentos con juguetes simulados.
- Alimentación mediante encadenamiento, se trabaja paso a paso.

### **Programa C: ocupación aseo**

- Jugar a peluquerías, a clínica de belleza, a cepillar los dientes a un muñeco (juego simbólico).
- Empleo de cepillo de dientes para comenzar a normalizar la sensibilidad intraoral.
- Cepillado de dientes utilizando el modelaje para el aprendizaje por imitación (niño/a imita a terapeuta ocupacional).
- Uso de pictogramas para formar una secuencia de lavado de manos, de lavado de cara, de cepillado de dientes y de peinado.
- Lavado de cara y de manos en el entorno natural.
- Diferentes actividades de aseo como el cepillado de dientes o el lavado de manos mediante encadenamiento o usando secuencias de pictogramas.

*Nota.* Elaboración propia.

**Anexo 15.**

*Ejemplo de ficha de diario de sesiones página 1 (cara delantera del folio).*

**DIARIO  
DE SESIONES**



NOMBRE  SESIÓN N°

FECHA  OBJETIVO

PROPUESTA DE TRABAJO

ACTIVIDADES REALIZADAS

MATERIALES UTILIZADOS

*Ejemplo de ficha de diario de sesiones página 2 (cara trasera del folio).*

The image shows a form template for session notes on a grid background. It consists of three orange rounded rectangular boxes. The first box is labeled 'NOMBRE' (Name). The second box is labeled 'SESIÓN N°' (Session N°). The third box is labeled 'COMENTARIOS' (Comments). The fourth box is labeled 'CONCLUSIONES - NOTAS' (Conclusions - Notes). The form is set against a light gray grid background with decorative curved shapes in the corners.

NOMBRE

SESIÓN N°

COMENTARIOS

CONCLUSIONES - NOTAS

*Nota.* Elaboración propia.

**Anexo 16.**

*Recomendaciones para los cuidadores de los niños durante la realización de las AVD.*

# RECOMENDACIONES

- 

1  
ESPERAR LO SUFICIENTE  
PARA QUE EL NIÑO REALICE  
LA TAREA
- 

2  
MANTENER UNA ACTITUD  
CALMADA
- 

3  
SUSTITUIR SI ES POSIBLE LAS  
AYUDAS FÍSICAS POR PAUTAS  
VERBALES
- 

4  
SABER PEDIR AYUDA
- 

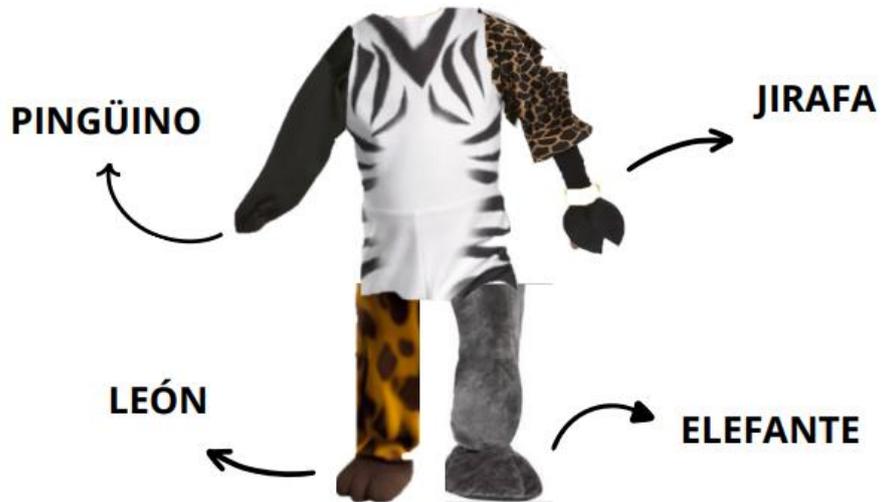
5  
HACER SABER AL NIÑO QUE  
ESTÁ CONSIGUIENDO  
OBJETIVOS
- 

6  
PACIENCIA Y CONSTANCIA YA  
QUE LA CREACIÓN DE  
HÁBITOS REQUIERE TIEMPO

*Nota.* Elaboración propia.

**Anexo 17.**

*Ejemplo del vestido con partes de diferentes disfraces que se realiza en el ejemplo de la sesión individual con un niño del grupo 2A.*



*Nota.* Elaboración propia.

**Anexo 18.**

*Material referente al juego que se quiere comprar.*

<b>Material</b>	<b>Unidades</b>	<b>Precio</b>
Kit de arena mágica de 1 kg y con 39 moldes	X2	32,00€
Caja de plástico (largo 15,3cm x ancho 20cm x altura 23cm)	x2	56,40€
Muñeca (los niños tendrán que traer si se solicita y teniendo en cuenta disponibilidad)	X4	107,80€
Encajable para motricidad fina	X4	20,00€
Juego de secuenciación	X2	21,00€
Juego de alimentación simulada a un oso	X3	26,25€
Kit para trabajar higiene dental	X2	9,50€
Masilla terapéutica theraflex putty 85g de resistencia especial suave	X3	36,30€
Masilla terapéutica theraflex putty 85g de resistencia suave	X3	33,99€
Juego de motricidad fina	X5	17,50€
Pack 90 abalorios para enhebrar con cordón	X5	17,50€
Diana de colores para lanzar pelotas	X2	5,50€
Juego de encajables	X3	11,25€

Juego de pesca mediante imán con 2 cañas y 39 unidades de peces	X3	11,25€
Juego partes del cuerpo con 36 cartas (adaptarlo a español)	X2	5,00€
Maletín de abrochado (vestido)	X2	14,40€
Libro de abrochado (vestido)	X3	26,25€
Reconocimiento de alimentos (24 unidades)	X2	11,00€
Atado de cordones	X5	8,75€
Set para trabajo sensorial con texturas de 7 piezas	X2	9,50€
Lanzamiento de anillas en cruz Tiger	X2	18,00€
Kit de decoración de rocas Tiger	X3	12,00€
Libro de pegatinas de vestido para secuenciación y colocación Tiger	X3	12,00€
Libro de pegatinas de partes del cuerpo Tiger	X3	12,00€
Plastilina para niños 6 colores Tiger	X3	15,00€
Dressy Kid de Playskool	X2	53,54€
<b>Total:</b>		<b>603,68€</b>

*Nota.* Elaboración propia.

## Anexo 19.

*Encuesta de evaluación del proyecto para cumplimentar por los padres, CP o TL.*

### ENCUESTA DE EVALUACIÓN DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN DE TO



Estimado/a padre, madre, cuidador/a,  
agradecer su colaboración en la encuesta y con el proyecto. Con sus respuestas se podrá evaluar el proyecto de forma general con el fin de mejorar. Rodee la opción que más considere en relación con cada apartado.

**1 ¿Cuál es su satisfacción general con el proyecto?**

Muy satisfecho/a	Satisfecho/a	Neutro	Insatisfecho/a	Muy insatisfecho/a
---------------------	--------------	--------	----------------	-----------------------

**2. En relación con la independencia en las AVD, ¿ha observado un aumento de esta en su hijo/a?**

Mucho	Algo	No he notado cambios	Muy poco	Ha empeorado
-------	------	-------------------------	----------	-----------------

**3. En relación con la autonomía en las AVD, ¿ha observado una mejora de esta en su hijo/a?**

Mucho	Algo	No he notado cambios	Muy poco	Ha empeorado
-------	------	-------------------------	----------	-----------------

**4. En relación con la motricidad fina y gruesa, ¿ha observado una mejora?**

Mucho	Algo	No he notado cambios	Muy poco	Ha empeorado
-------	------	-------------------------	----------	-----------------

**5. En cuanto a las sesiones de TO, ¿cómo las calificaría?**

Excelentes	Buenas	Adecuadas	Deficientes	Muy deficientes
------------	--------	-----------	-------------	--------------------

**6. ¿Cree que la terapeuta ocupacional tuvo en cuenta las necesidades de su hijo/a?**

Siempre	Casi siempre	A veces	Rara vez	Nunca
---------	--------------	---------	----------	-------

**7. ¿Considera que el proyecto ha supuesto un impacto positivo y un beneficio para el desempeño ocupacional de su hijo/a?**

Muy significativa mente	En cierta medida	No estoy seguro/a	Un poco	En absoluto
----------------------------	---------------------	----------------------	---------	-------------

**8. Teniendo en cuenta los materiales que se utilizaron en las sesiones, ¿cree que fueron suficientes y adecuados?**

Siempre	Casi siempre	A veces	Rara vez	Nunca
---------	--------------	---------	----------	-------

**9. ¿Se siente satisfecho/a con la organización y los horarios de las sesiones, tanto grupales como individuales?**

Muy satisfecho/a	Satisfecho/a	Neutro	Insatisfecho/a	Muy insatisfecho/a
---------------------	--------------	--------	----------------	-----------------------

**10. ¿Recibió información suficiente durante todo el proyecto?**

Siempre	Casi siempre	A veces	Rara vez	Nunca
---------	--------------	---------	----------	-------

**11. Aspectos del proyecto que considere positivos:**

Sí, muchos	Sí, bastantes	Algunos	Pocos	No, ninguno
------------	---------------	---------	-------	-------------

**12. Aspectos del proyecto que cree que podrían mejorarse:**

--

**Gracias por tomarse el tiempo para completar esta encuesta. Las respuestas se tendrán en cuenta para mejorar la calidad del proyecto.**

**Si tiene cualquier otra sugerencia, comentario o pregunta puede escribirlo a continuación:**

proyectot21@gmail.com

*Nota.* Elaboración propia.

## Anexo 20.

*Encuesta de satisfacción para el equipo de profesionales de la ASD.*

## ENCUESTA DE EVALUACIÓN DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN DE TO



Estimado/a profesional de la asociación de Síndrome de Down de Asturias, agradecer su colaboración en la encuesta y con el proyecto. Con sus respuestas se podrá evaluar el proyecto de forma general con el fin de mejorar. Rodee la opción que más considere en relación con cada apartado.

**1 ¿Cuál es su satisfacción general con el proyecto?**

Muy satisfecho/a	Satisfecho/a	Neutro	Insatisfecho/a	Muy insatisfecho/a
------------------	--------------	--------	----------------	--------------------

**2. En relación con la independencia en las AVD, ¿ha observado un aumento de esta en los niños/as?**

Mucho	Algo	No he notado cambios	Muy poco	Ha empeorado
-------	------	----------------------	----------	--------------

**3. En relación con la autonomía en las AVD, ¿ha observado una mejora de esta en los niños/as?**

Mucho	Algo	No he notado cambios	Muy poco	Ha empeorado
-------	------	----------------------	----------	--------------

**4. En relación con la motricidad fina y gruesa, ¿ha observado una mejora en los niños/as?**

Mucho	Algo	No he notado cambios	Muy poco	Ha empeorado
-------	------	----------------------	----------	--------------

**5. En cuanto a las sesiones de TO, ¿cómo las calificaría?**

Excelentes	Buenas	Adecuadas	Deficientes	Muy deficientes
------------	--------	-----------	-------------	-----------------

**6. ¿Cree que la terapeuta ocupacional tuvo en cuenta las necesidades de los niños/as?**

Siempre	Casi siempre	A veces	Rara vez	Nunca
---------	--------------	---------	----------	-------

**7. ¿Considera que el proyecto ha supuesto un impacto positivo y un beneficio para el desempeño ocupacional de los niños/as?**

Muy significativa mente	En cierta medida	No estoy seguro/a	Un poco	En absoluto
----------------------------	---------------------	----------------------	---------	-------------

**8. Teniendo en cuenta los materiales que se utilizaron en las sesiones, ¿cree que fueron suficientes y adecuados?**

Siempre	Casi siempre	A veces	Rara vez	Nunca
---------	--------------	---------	----------	-------

**9. ¿Cree que la comunicación de la terapeuta ocupacional con el resto de profesionales fue adecuada y efectiva?**

Siempre	Casi siempre	A veces	Rara vez	Nunca
---------	--------------	---------	----------	-------

**10. ¿Cree que la colaboración de la terapeuta ocupacional con el resto de profesionales fue adecuada y efectiva?**

Siempre	Casi siempre	A veces	Rara vez	Nunca
---------	--------------	---------	----------	-------

**11. ¿Cree que tras llevarse a cabo el proyecto ha adquirido habilidades o nuevos conocimientos?**

Sí, muchos	Sí, bastantes	Algunos	Pocos	No, ninguno
------------	---------------	---------	-------	-------------

**12. Aspectos del proyecto que cree que podrían mejorarse y aquellos que considere positivos:**

--

**Gracias por tomarse el tiempo para completar esta encuesta. Las respuestas se tendrán en cuenta para mejorar la calidad del proyecto.**

**Si tiene cualquier otra sugerencia, comentario o pregunta puede escribirlo a continuación:**

proyectot21@gmail.com

*Nota.* Elaboración propia.