



**UNIVERSIDAD JUAN AGUSTÍN MAZA**  
**FACULTAD DE KINESIOLOGÍA Y FISIOTERAPIA**  
**CARRERA LICENCIATURA EN TERAPIA OCUPACIONAL**

**Métodos de entrenamiento en el manejo de cuchillo y tenedor  
para la ingesta en niños y niñas de 3 a 12 años, desde la  
perspectiva de los profesionales de TO.**

Autor: Eliana Carolina Heredia.

Directora: Lic. en Terapia Ocupacional: Agostina Ciampa.

Tutor metodológico: Prof. Lic. Francisco Fornabay.

**Mendoza, 2024**

## **Dedicatoria**

*El presente trabajo se lo quiero agradecer a una persona muy especial en mi vida, ella es mi mamá, que este año no me acompaña físicamente, pero siento que está conmigo dándome fuerzas desde el lugar donde esté, ayudándome a seguir adelante, por eso, finalmente decidí seguir y terminar mi tesina, cumpliendo su deseo de verme recibida y feliz.*

*También dedicado a mi familia y amigas, por el apoyo constante y amor incondicional que me han brindado. Agradecer a cada una de las personas que tuvieron un gesto o una palabra de apoyo mientras cursaba la carrera.*

*Y agradecer a cada uno de mis profesores que acompañaron a lo largo de la carrera, muchos de ellos fueron un ejemplo a seguir y muchos marcaron mi camino para llegar a este momento tan deseado.*

## **Página de aceptación**

Mediante el presente Trabajo Final Integrador y la presentación oral del mismo aspiro al título de Licenciada en Terapia Ocupacional.

Nombre y Apellido: Eliana Carolina Heredia.

DNI: 33.051.300

Matrícula: 2573

Fecha del examen final:

Calificación:

Docentes del Tribunal Evaluador:

## Resumen

El objetivo general de la presente investigación fue analizar los diferentes tipos de entrenamiento del manejo de cuchillo y tenedor en niños y niñas, de 3 a 12 años con dificultades en el desarrollo, según la perspectiva de profesionales de T.O. Para ello, se llevó a cabo un estudio de tipo cualitativo con alcance descriptivo, y se conformó una muestra de expertos, mediante el procedimiento de bola de nieve. La técnica utilizada para la recogida de la información fue la entrevista semiestructurada de corte cualitativo. Los profesionales determinaron características del entrenamiento en el manejo de cuchillo y tenedor, además de las habilidades requeridas para ello. A su vez, especificaron criterios para la utilización de Dispositivos de Tecnología de Asistencia en la alimentación. Como conclusión general, no existe un procedimiento o método de enseñanza básico para el manejo de cuchillo y tenedor pero es posible establecer un procedimiento que considera la evaluación de diversos prerrequisitos necesarios para la ejecución de la actividad. Es por ello que como resultado de lo recogido por los profesionales entrevistados y puntos en común entre los mismos, se elaboró un posible protocolo de entrenamiento en el manejo de cuchillo y tenedor, que considera 7 pasos de valoración.

**Palabras claves:** *Alimentación, manejo de cuchillo y tenedor, dispositivos de tecnología de asistencia para la alimentación, terapia ocupacional.*

## **Abstract**

The general objective of the present research was to analyze the different types of knife and fork handling training in boys and girls, from 3 to 12 years old with developmental difficulties, according to the perspective of O.T. professionals. To this end, a qualitative study with a descriptive scope was carried out, and a sample of experts was formed, using the snowball procedure. The technique used to collect the information was the qualitative semi-structured interview. The professionals determined characteristics of training in the handling of a knife and fork, in addition to the skills required for it. In turn, they specified criteria for the use of Assistive Technology Devices in feeding. As a general conclusion, there is no basic teaching procedure or method for handling a knife and fork, but it is possible to establish a procedure that considers the evaluation of various prerequisites necessary for the execution of the activity. That is why, as a result of what was collected by the professionals interviewed and common points among them, a possible training protocol was developed in the handling of a knife and fork, which considers 7 assessment steps.

**Keywords:** *Feeding, knife and fork handling, assistive feeding technology devices, occupational therapy.*

## Índice

<b>Dedicatoria</b> .....	<b>2</b>
<b>Página de aceptación</b> .....	<b>3</b>
<b>Resumen</b> .....	<b>4</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>5</b>
<b>Índice</b> .....	<b>6</b>
<b>Índice de Tablas y Figuras</b> .....	<b>7</b>
<b>Introducción</b> .....	<b>8</b>
Problema de investigación .....	8
Objetivos de investigación.....	11
Objetivo General .....	11
Objetivos específicos.....	11
Justificación.....	11
<b>Marco teórico</b> .....	<b>12</b>
<b>Capítulo 1: Terapia Ocupacional y áreas ocupacionales</b> .....	<b>12</b>
1.1. Terapia Ocupacional y Áreas Ocupacionales .....	12
1.2. Actividades de la vida diaria:.....	14
<b>Capítulo 2: Terapia Ocupacional en la Alimentación</b> .....	<b>16</b>
2.1. La alimentación como actividad básica de la vida diaria.....	16
2.1.1. <i>La alimentación</i> .....	16
2.1.2. <i>Desarrollo de las habilidades para la alimentación</i> .....	16
2.1.3. <i>Dificultades en el desarrollo que afectan la alimentación</i> .....	21
2.2. Dispositivos de Tecnología de Asistencia para la alimentación .....	21
<b>Marco Metodológico</b> .....	<b>24</b>
<b>Capítulo 3: Metodología de la investigación</b> .....	<b>24</b>
3.1. Tipo de estudio y diseño de investigación.....	24
3.2. Participantes .....	24
3.3. Técnicas de recolección de datos .....	25
3.3.1. <i>Entrevista semiestructurada</i> .....	25
3.4. Procedimiento .....	26
<b>Capítulo 4: Presentación de resultados</b> .....	<b>26</b>
<b>Capítulo 5: Discusión de resultados</b> .....	<b>43</b>
<b>Conclusiones</b> .....	<b>50</b>
Sugerencias o recomendaciones .....	53
Limitaciones del estudio .....	54
Futuras líneas de investigación.....	55
<b>Referencias bibliográficas</b> .....	<b>56</b>
<b>Anexos</b> .....	<b>60</b>
Anexo I: Consentimiento informado para los participantes de la investigación.	60
Anexo II: Guía de preguntas de la entrevista semiestructurada.....	62

## Índice de Tablas

<b>Tabla 1:</b> <i>Patrones manipulativos para la ejecución de la alimentación, de acuerdo con la edad.....</i>	20
<b>Tabla 2:</b> <i>Datos sociodemográficos de los participantes.....</i>	27
<b>Tabla 3:</b> <i>Conocimiento de los participantes acerca de entrenamientos estandarizados en manejo de cuchillo y tenedor .....</i>	28
<b>Tabla 4:</b> <i>Categorización respecto de los estilos de entrenamiento, según los profesionales de T.O.....</i>	30
<b>Tabla 5:</b> <i>Categorización acerca de habilidades y destrezas para el trozado de alimentos, según los profesionales de T.O. ....</i>	34
<b>Tabla 6:</b> <i>Categorización acerca de los criterios para la utilización de DTA, según los profesionales de T.O. ....</i>	38

## Índice de Figuras

<b>Figura 1:</b> <i>Mapa conceptual de las características del entrenamiento en manejo de cuchillo y tenedor, de acuerdo con los profesionales de T.O.....</i>	32
<b>Figura 2:</b> <i>Mapa conceptual sobre las principales habilidades y/o destrezas necesarias en el trozado de alimentos, de acuerdo con los profesionales de T.O. ....</i>	36
<b>Figura 3:</b> <i>Mapa conceptual sobre los criterios para la utilización de Dispositivos de Tecnología de Asistencia, según los profesionales de T.O.....</i>	41
<b>Figura 4:</b> <i>Mapa conceptual sobre los diferentes tipos de entrenamiento del manejo de cuchillo y tenedor en niños y niñas, de 3 a 12 años con dificultades en el desarrollo, según la perspectiva de profesionales de T.O .....</i>	42

## **Introducción**

El presente estudio tiene como objetivo general analizar los diferentes estilos de entrenamiento del manejo de cuchillo y tenedor en niños y niñas de 3 a 12 años, según la perspectiva de profesionales de T.O.

Para ello, se realizan entrevistas a profesionales de la terapia ocupacional que mencionan características, ventajas y desventajas del o los métodos que utilizan, además de las habilidades y destrezas requeridas para llevarlos a cabo. Por medio de este trabajo, se busca aportar conocimientos, y ampliar la información sobre los métodos de enseñanza desde la Terapia Ocupacional, para facilitar el desempeño de la actividad de alimentación.

### **Problema de investigación**

La Terapia Ocupacional [T.O] tiene como objeto de intervención la ocupación humana, desde múltiples ámbitos y espacios. Sus profesionales “brindan servicios a personas de diferentes grupos etarios cuyas ocupaciones se vean afectadas por situaciones de estrés, enfermedad, discapacidad u otro motivo afectando el desempeño ocupacional, su calidad de vida, y por consiguiente su salud integral” (Asociación Argentina de Terapia Ocupacional, [AATO], 2024, párr. 2). La finalidad de su atención especializada es que las personas puedan desarrollar destrezas, habilidades y capacidades para superar las barreras que impidan sus actividades en la vida cotidiana.

Las actividades de la vida diaria [AVD], objeto de intervención privilegiado, se definen como:

Todas aquellas actividades que uno debe empeñarse o llevar a cabo para participar con comodidad en otras facetas de la vida. Estas actividades que uno debe desempeñar en otras facetas de la vida. Estas actividades pueden dividirse en autocuidado, comunicación y transporte. (Mosey, 1986, citado en Moruno Miralles y Romero Ayuso, 2006, p.7)

La alimentación es una parte de las AVD, y una necesidad fisiológica básica para la supervivencia del ser humano (Ley N° 27.051/2014) y requiere de habilidad en las funciones de succión, deglución, masticación y digestión (Losada Gómez, 2007).

Como se mencionó, la alimentación implica desarrollar la habilidad de realizar una prensión correcta y adecuada de los cubiertos, poder orientarlos y desplazarlos adecuadamente con relación al alimento que esté en el plato y así llevarlo a la boca para realizar satisfactoriamente dicha actividad. Alimentarse, comer y tragar son actividades complejas e interdependientes que requieren una función efectiva y coordinada de los sistemas motor, sensorial y cognitivo (Martin Martin, 2011).

La terapia ocupacional participa e interviene en el manejo integral de problemas de la alimentación y posibilita el desempeño de la persona en actividades relacionadas con la ingesta de alimentos (Martin Martin, 2011). Abarca tres componentes esenciales desde la T.O.: Funciones corporales, estructuras corporales, y actividad y participación, ligados al funcionamiento o a la discapacidad (Organización Mundial de la Salud, OMS, 2011).

Como todas las capacidades motoras y cognitivas, los agarres en el niño tienen una evolución, siguiendo hitos de desarrollo. En la actividad de alimentación influye la lateralidad, entendida como el predominio funcional de un lado del cuerpo humano sobre el otro, establecido por la preponderancia de un hemisferio cerebral. Existen diferentes dominancias para brazo, ojo, mano, pierna estática, pierna dinámica y oído, la cual se instaura entre los 2 y los 6 años de edad (Aragó Miñana, 2018).

Es importante que los niños comiencen a utilizar los cubiertos desde edades muy tempranas con supervisión, con el objeto de adquirir esta habilidad progresivamente. La estimulación de esta habilidad y de la motricidad fina desde muy pequeños, permite el desarrollo gradual de autonomía del niño, acorde con su edad. Si esto no se impulsa, puede interferir en su desarrollo motor fino, dificultando así el fortalecimiento de la musculatura de la mano que interviene también en la escritura (Aragó Miñana, 2018).

Las ayudas técnicas para facilitar la alimentación son denominadas habitualmente como dispositivos de tecnología de asistencia para la alimentación [DTA] y han sido desarrollados para facilitar el desempeño de esta actividad. Es pertinente referir que existen diferentes dispositivos de tecnología para la alimentación, los cuales están relacionados con cada una de sus funciones (orales o motoras). Entre ellos están los elementos que se utilizan para llevar el alimento a la boca (acarreo) para luego ingerirlo y deglutirlo, que son los cubiertos (cuchara, tenedor y cuchillo) (Zamora, 2009). En los niños que presentan algún tipo de discapacidad que limite la ejecución de esta habilidad, es posible introducir diversos dispositivos de asistencia (Losada Gómez, 2007).

Por otro lado, al momento de sentarse en la mesa, ya sea para un encuentro formal o informal, suelen marcarse estilos sociales de etiqueta para utilizar el tenedor y cuchillo, entre ellos, se destacan el estilo americano y el europeo. El estilo americano, se basa en el conocido *zigzag*, y el estilo europeo, donde el tenedor siempre se utiliza con la mano dominante, y el cuchillo, con la mano no dominante (Gómez Benítez, 2019).

Por lo expuesto, se formulan la siguiente pregunta de investigación, que serán respondida, de acuerdo con el punto de vista de los profesionales de T.O.: *¿Cuáles son las diferentes características del entrenamiento del manejo de cuchillo y tenedor en niños y niñas, de 3 a 12 años con dificultades en el desarrollo?*

## **Objetivos de investigación**

### ***Objetivo General***

- Analizar los diferentes tipos de entrenamiento del manejo de cuchillo y tenedor en niños y niñas, de 3 a 12 años con dificultades en el desarrollo, según la perspectiva de profesionales de T.O.

### **Objetivos específicos**

- Describir las características del entrenamiento en el manejo de cuchillo y tenedor en niños y niñas, de 3 a 12 años con dificultades en el desarrollo, de acuerdo a los profesionales de T.O.
- Indagar acerca de las habilidades y destrezas necesarias en el entrenamiento del manejo de cuchillo y tenedor en niños y niñas, de 3 a 12, con dificultades en el desarrollo, de acuerdo a los profesionales de T.O.
- Explorar los criterios para la utilización de Dispositivos de Tecnología de Asistencia para la Alimentación, según los profesionales de T.O.

### **Justificación**

La relevancia práctica del estudio radica en caracterizar los métodos de entrenamiento en el uso de tenedor y cuchillo, acordes a las características del paciente, lo cual permitirá que los profesionales en Terapia Ocupacional realicen una correcta evaluación, educación y reeducación, y/o la creación o mejora de dispositivos de tecnología de asistencia para la alimentación, en desarrollos típicos o en patologías. Los profesionales de T.O. usan sus conocimientos para brindar servicio a una amplia gama de edades, condiciones médicas, y situaciones sociales.

Por otra parte, la utilidad social del trabajo es que las intervenciones centradas en las ocupaciones de la vida diaria mejoran la capacidad del individuo para participar en las actividades de alimentación que le sean significativas, aprenda a comer de forma independiente, se junte con amigos para comer o darle de comer a un niño, etc.

## **Marco teórico**

### **Capítulo 1: Terapia Ocupacional y áreas ocupacionales**

#### **1.1. Terapia Ocupacional y Áreas Ocupacionales**

La Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (por sus siglas en inglés, WFOT, 2024) define la Terapia Ocupacional como una profesión que se ocupa de la promoción de la salud y el bienestar a través de la ocupación, y que tiene por objetivo principal capacitar a las personas para participar en las actividades de su vida diaria. Los terapeutas ocupacionales logran este resultado mediante la habilitación de los individuos para realizar aquellas tareas que mejorarán su capacidad, o mediante la modificación de su entorno para que éste refuerce la participación.

La Asociación Argentina de Terapeutas Ocupacionales (AATO, 2024) refiere que sus profesionales intervienen en ámbitos sanitarios, educativos, laborales, judiciales y socio-comunitarios y brindan servicios a personas de diferentes grupos etarios cuyas ocupacional se vean afectadas por situaciones de estrés, enfermedad, discapacidad u otro motivo afectando el desempeño ocupacional, su calidad de vida, y por consiguiente su salud integral.

Las personas, grupos o comunidades afectadas en el desempeño cotidiano de sus actividades, requieren de la intervención y atención especializada de profesionales de Terapia Ocupacional a fin de desarrollar destrezas, habilidades y capacidades que les permitan superar las barreras que impiden su desempeñar actividades en su vida cotidiana.

El instrumento de intervención de la Terapia Ocupacional son las ocupaciones y actividades que realizan todos los seres humanos a lo largo de sus vidas desde que nacen hasta el final de la misma. Éstas implican tanto aquellas que aprendemos y nos son transmitidas a través de las relaciones vinculares y de la cultura como: las actividades básicas de la vida diaria (higiene, arreglo personal, entre otros), actividades instrumentales de la vida diaria

(manejo del dinero, transporte, entre otros), ocio, juego, trabajo, educación, participación social y tiempo libre.

Los servicios provistos por profesionales terapeutas ocupacionales incluyen: consultas, evaluación, educación, promoción de la salud desde una perspectiva integral, la intervención directa, la adaptación y/o adecuación del entorno (hogar, trabajo, escuela etc.), la prescripción de equipamiento adaptado (artesanías, ayudas técnicas, etc.) y el acompañamiento de la familia, el usuario y los cuidadores desde el nacimiento hasta la muerte digna en el sistema sanitario y social (AOTA, 2020).

La terapia ocupacional sirve para rehabilitar, fomentar, promover, proveer y/o mantener las habilidades y capacidades para su mayor bienestar.

La T.O en la infancia cumple principalmente dos funciones: rehabilitadora (realizada cuando el niño sufre una pérdida en su funcionalidad y en consecuencia un déficit en sus roles ocupacionales producto de una enfermedad o trauma) y habilitadora (realizada cuando el niño sufre algún déficit desde edad temprana que le dificulta o impide un desempeño ocupacional competente) (Polonio López et al., 2008).

Es una profesión que además busca autonomía de la persona en las actividades de la vida diaria, el desarrollo de habilidades nuevas, la capacidad en la participación social y comunitaria, el desempeño en el área cognitiva, de destrezas de ejecución, motoras y sensoriales, la incorporación de nuevos hábitos, entre otros, ofreciendo actividades para cada área y así estimularla. Es decir, centrado en la persona, viendo sus necesidades personales y abordando según su caso.

El Marco de trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso (AOTA, 2020) define las ocupaciones como:

Las actividades cotidianas que las personas realizan como individuos, en familia y con las comunidades para ocupar el tiempo y dar sentido y propósito a la vida. Las ocupaciones incluyen las cosas que las personas necesitan, desean y se espera que hagan. (p. 6)

En el mismo marco, clasifica a las ocupaciones en 9 grupos: Actividades de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria, gestión de la salud, descanso y sueño, educación, trabajo, juego, ocio y participación social.

## **1.2. Actividades de la vida diaria:**

En el capítulo IV de la Ley Argentina nº 27.051 (2014), Ejercicio de la Profesión de Terapeutas Ocupacionales, Terapistas Ocupacionales y Licenciados en Terapia Ocupacional, menciona los alcances e incumbencias de dicha profesión, donde comprende como ocupaciones que realizan las personas y comunidades en su vida cotidiana a las Actividades de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria, descanso y sueño, educación, trabajo, juego, ocio y participación social. Entendiéndose por Actividades de la vida diaria (AVD): las orientadas al cuidado de sí mismo, como alimentación, higiene y vestido; Actividades Instrumentales (AIVD) de la vida diaria: las de apoyo a la vida cotidiana en la casa y en la comunidad, que incluyen la movilidad comunitaria, manejo del dinero y elaboración de alimentos, entre otras; y Ocupaciones productivas: son las actividades necesarias para participar en un empleo formal, informal, protegido y de voluntariado.

Siguiendo este concepto, la terapeuta ocupacional trabaja con diferentes áreas de la ocupación, (AOTA, 2020):

- Actividades de la Vida Diaria (AVD), o también conocidas como actividades básicas de la vida diaria (ABVD), actividades orientadas al cuidado propio del cuerpo y que se realizan de forma rutinaria (Bañarse o ducharse, Higiene de baño y del aseo, vestirse, comer y tragar, alimentación, movilidad funcional, higiene personal y aseo, actividad sexual).

- Actividades de la Vida Diaria Instrumentales (AVDI) actividades que apoyan la vida diaria y en la comunidad. (cuidado de otros, cuidado de mascota y animales, crianza de niños, gestión de la comunicación, conducción y movilidad comunitaria, gestión económica, establecimiento y gestión de hogar, preparación de comida y limpieza, expresión religiosa y espiritualidad, seguridad y mantenimiento de emergencia, compras).

Dentro de las AVD o ABVD está incluida la alimentación que consiste en preparar, organizar y llevar alimentos o líquidos del vaso a la boca (incluye autoalimentación y alimentar a otros) (AOTA, 2020).

## **Capítulo 2: Terapia Ocupacional en la Alimentación**

La alimentación es una necesidad fisiológica básica del ser humano, necesaria para su supervivencia, y es de suma prioridad en las edades tempranas para lograr un mejor funcionamiento de todos los sistemas fisiológicos, orgánicos, musculoesqueléticos y neurológicos (Losada Gómez 2007).

### **2.1. La alimentación como actividad básica de la vida diaria**

#### **2.1.1. La alimentación**

La alimentación es un proceso vital en el ser humano y para que se lleve a cabo de una manera efectiva debe haber una maduración y evolución adecuada de cada una de las estructuras estomatognáticas (Losada Gómez, 2007, p. 4). Asimismo, se define como “un gran proceso biopsicosocial ya que comprende a la función sensoriomotora, maduración neurológica, cognición, emoción e interacción humana” (Aguilar Rebolledo, 2005, p. 49).

Alimentarse, comer y tragar son actividades complejas e interdependientes que requieren una función efectiva y coordinada de los sistemas motor, sensorial y cognitivo (Martin Martin et al., 2011, p. 10).

#### **2.1.2. Desarrollo de las habilidades para la alimentación**

Las habilidades funcionales de alimentación, que dependen de la integridad de las estructuras anatómicas, cambian por la maduración neurológica, propia del sistema nervioso central y el aprendizaje experiencial. Las habilidades de alimentación son tanto motoras como cognitivas e incluyen múltiples factores que interactúan e influyen, tales como prácticas sociales y creencias culturales (Aguilar Rebolledo, 2005).

La alimentación incluye el proceso y la habilidad de la prensión correcta del cubierto o vaso, y así orientar y desplazar, en forma adecuada, el alimento desde el plato hacia la boca (Losada Gómez, 2007). Además, se compone de

las habilidades motoras y sensoriales orales requeridas para conducir la comida a la boca, manipular los alimentos y coordinar el proceso de tragado mientras se secuencia la respiración (Martin Martin et al., 2011). La alimentación incluye dos funciones básicas (Losada Gómez, 2007):

**1. Funciones bucales:** Se llevan a cabo en la cavidad oral y son la succión, deglución, masticación y, por último, la digestión.

- **Succión:** Es un reflejo primitivo que se manifiesta desde el nacimiento, controlado por el sistema nervioso central (Losada Gómez, 2007), ligado a la estructura anatómica del lactante. La lengua, por su capacidad limitada dentro de la cavidad bucal, realiza movimientos de extensión-retracción, de entrada y salida, semejantes al movimiento de lamer-mamar. En la succión verdadera, la lengua, en conjunto con la mandíbula, realiza movimientos para extraer líquido, los labios se cierran apretadamente y crean presión negativa en la cavidad bucal. Una mezcla de succión y chupada permanece hasta los seis meses de edad, cuando predomina la succión (Aguilar Rebolledo, 2005).

- **Deglución:** Se define como “una acción motora semiautomática de los músculos, de los aparatos gastrointestinal y respiratorio para empujar el alimento de la boca al estómago” (Aguilar Rebolledo, 2005, p. 55). Esta acción es modificada por múltiples estímulos sensoriales de la boca, faringe y laringe y del sistema nervioso central. Se presenta coordinadamente con la respiración ya que no es posible ejecutar ambos procesos en forma simultánea (Losada Gómez, 2007). Los tipos de respiración varían con la edad y desarrollo, y a los seis meses de edad el lactante utiliza secuencias más largas de succión, deglución y respiración. A los 12 meses, la deglución madura con la elevación de la punta de la lengua (Aguilar Rebolledo, 2005).

- **Masticación:** El patrón de masticación es una combinación de movimientos: de la lengua, arriba y abajo; de la mandíbula hacia arriba y abajo y rotatorios para machacar alimentos fibrosos y duros. El contacto repetitivo de las encías posibilita mover la comida del centro de la lengua al lado y lado de la boca. Esta función se desarrolla con la erupción de los dientes y se da en tres fases: de incisión, de corte y de trituración (Aguilar Rebolledo, 2005; Losada Gómez, 2007).

- **Digestión:** Es el “proceso mediante el cual los alimentos que se ingieren se descomponen en sus unidades constituyentes hasta conseguir elementos simples que el ser humano sea capaz de asimilar” (Losada Gómez, 2007, p. 6). Las enzimas digestivas tienen como función principal romper los enlaces entre los componentes de los alimentos, por lo cual son las responsables del proceso de digestión. La misma se realiza en varias partes del organismo: en la boca, en el estómago, en el intestino y en la absorción celular (Losada Gómez, 2007).

**2. Funciones motoras:** Dichas funciones requieren de un programa motor que determine la posición, orientación y precisión correctas para el movimiento funcional. Es necesario, a su vez, de un esquema y subesquemas de acción para el conjunto de componentes sensorio-motores de la secuencia de alimentarse (Losada Gómez, 2007).

- **Control postural:** con el propósito de generar estabilidad corporal y mantener el balance, usando la musculatura activamente en contra de la gravedad. El control mantiene el diámetro necesario de la faringe para la respiración, el cual emerge alrededor de la articulación temporomandibular. A través del desarrollo del control del maxilar inferior se logra la movilidad oral para la precisión en la alimentación. El desarrollo motor se da por segmentos controlados a nivel subcortical, como lo son el cuello, el tronco, segmentos proximales de los miembros superiores y miembros inferiores (Losada Gómez, 2007). La estabilidad es necesaria antes de que el lactante pueda aprender la movilidad (Aguilar Rebolledo, 2005).

- **Patrones motores gruesos:** El control de la cabeza y la estabilidad del tronco proporcionan el fundamento motor grueso indispensable para la función motora fina observada en manos y boca (Aguilar Rebolledo, 2005). Los patrones finos requieren de la previa maduración e integración de las conductas reflejas, así como del control cefálico y del control de tronco, que mantiene la posición sedente básica para el desempeño de esta actividad. El ser humano logra el control cefálico en los tres primeros meses de vida extrauterina, a partir del quinto mes el bebé tiene mayor dominio sobre su cuerpo, y al final

del sexto mes es capaz de sentarse firmemente con apoyo, usando las manos como sostén (Losada Gómez, 2007).

- **Patrones motores finos:** Como se mencionó con anterioridad, el proceso de desarrollo motor se lleva a cabo a nivel céfalo-caudal, próximo-distal y masivo-específico, por lo tanto, para llegar a un patrón fino se debe partir de un patrón grueso (Losada Gómez, 2007). Una vez que la cabeza y el tronco han logrado estabilidad, simetría y alineación (Aguilar Rebolledo, 2005), pueden desarrollarse los movimientos oral-motores precisos para la alimentación. Los patrones motores finos se definen como “la habilidad para ejecutar actividades utilizando grupos musculares pequeños para lograr movimientos coordinados especialmente en la manipulación” (Losada Gómez, 2007, p. 9).

La función de la mano se vincula con la motricidad fina y el desempeño de la alimentación requiere de dicha función de manipulación para agarrar, alcanzar, soltar y realizar pinzas e incluye el patrón mano-boca y la coordinación y precisión de los movimientos. Estos patrones manipulativos son conductas que se desarrollan para la ejecución independiente de la actividad de alimentación, y se visualizan en la Tabla 1.

**Tabla 1**

*Patrones manipulativos para la ejecución de la alimentación, de acuerdo con la edad.*

<b>Edad</b>	<b>Patrón Manipulativo</b>
De los 3 a los 6 meses	Aparece el patrón de alcanzar.
De los 6 a los 9 meses	Se evidencia el patrón de agarrar.
De los 9 a los 12 meses	El niño comienza a ejecutar el patrón mano-boca e inicia el patrón de pinza fina.
De los 12 a los 24 meses	Se presenta la pronosupinación con el uso de la cuchara.
De los 2 a los 3 años	Continúa realizando agarre dígito-palmar.
Para los 3 años	El niño puede comer solo con cuchara y sin derramar, servir líquido de una jarra a un vaso y esparcir con cuchillo.
A partir de los 4 años	El niño ya utiliza el tenedor y puede servir solo el alimento.
A los 5 años	Inicia el uso del cuchillo en alimentos blandos, realiza actividades más complejas y especializadas como cortar alimentos blandos con cuchillo.
A los 6 años	El niño logra usar el cuchillo en alimentos sólidos, especializa la actividad de cortar alimentos desarrollando destrezas en precisión y fuerza para cortar alimentos sólidos.

*Fuente:* Losada Gómez (2007, pp. 9-10).

Aquí cabe mencionar que, de acuerdo con Papalia y Martorell (2017), la lateralidad manual, es decir, la preferencia por el uso de una mano en lugar de la otra suele ser notorio alrededor de los tres años. Frecuentemente, el hemisferio izquierdo es el dominante, por lo cual, la mayoría de las personas utiliza más el lado derecho. En las personas cuyo cerebro es funcionalmente más simétrico, suele dominar el hemisferio derecho, lo que las convierte en zurdas. Sin embargo, la lateralidad no siempre es totalmente definida, ya que no todos prefieren una mano para todas las tareas.

### **2.1.3. Dificultades en el desarrollo que afectan la alimentación**

El desarrollo de las habilidades de alimentación es un proceso muy complejo, influido por múltiples factores anatómicos, neurofisiológicos, ambientales, sociales y culturales. La mayoría de los niños logran la secuencia necesaria de desarrollo sin dificultades importantes. El conocimiento del desarrollo de las capacidades normales de alimentación ayuda al médico general, al pediatra y al neurólogo a vigilar este proceso notable en los pacientes normales, y también a enfrentar el trato de un niño con problemas complejos de alimentación (Aguilar Rebolledo, 2005).

La integración estrecha de las funciones sensorial y motora es indispensable para el desarrollo de las habilidades normales de alimentación (Aguilar Rebolledo, 2005).

Cuando no existe una adecuada coordinación entre cada una de las funciones del sistema estomatognático puede darse origen a los llamados “problemas de alimentación” que van a repercutir con gran frecuencia en el desarrollo de actividades cada vez más complejas, incluyendo en éstas el habla. Estos problemas pueden ser causados por un mal funcionamiento corporal, fallas anatómicas u orgánicas o neurológicas, también pueden ser originadas por problemas en la organización sensorial que junto con los otros van a interferir para el desarrollo complejo de este proceso (Losada Gómez, 2007).

## **2.2. Dispositivos de Tecnología de Asistencia para la alimentación**

Los productos de apoyo son elementos que posibilitan prevenir, mantener, suplir o mejorar una función disminuida o perdida de la persona, ello con el objetivo de aumentar su independencia y facilitar el desempeño en las actividades de la vida diaria, siendo la alimentación imprescindible en la vida de los seres humanos (Rincón Martínez et al., 2016). Los dispositivos de tecnología de asistencia [DTA] están relacionados con cada una de las funciones de la alimentación, tanto orales como motoras, y pueden ser de alta, media o baja tecnología. Su efectividad dependerá de las características específicas de cada individuo (Losada Gómez, 2007).

Entre los DTA dirigidos a facilitar la actividad de alimentación, existen aquellos de material pre-alimenticio como cucharas, vasos, sorbetes, mamaderas, chupetes, accesorios como agarraderas y material de estimulación oral-facial (Losada Gómez, 2007):

- **Tipos de cucharas:** Ejemplos son la cuchara animada, cuchara con agarre, cuchara en acero, cuchara ergonómica, cuchara mango ancho, manopla universal.

- **Tipos de tenedores:** Tales como el tenedor de toque suave, el tenedor con mango ancho o mango largo, el tenedor curvo, el tenedor con inclinación cubital y el tenedor ergonómico.

- **Tipos de cuchillos:** Como el cuchillo de mango ancho o de mango largo, el cuchillo ergonómico, el cuchillo ovalado y el cuchillo curvo.

También existen otros implementos como las sillas y las mesas importantes en el control postural.

- **Tipos de platos:** Platos con cuchara, platos hondos, platos con divisiones, platos con reborde, platos con inclinación, platos con menor profundidad.

- **Tipos de vasos:** Adaptaciones que presentan los vasos como: vaso con boquilla, de diferentes tamaños, vaso con sorbete, vasos con escotadura, con pico plástico, con agarradera, antideslizante, antiderrame, con peso, vaso de entrenamiento.

- **Tipos de mamaderas:** De fácil agarre, antigoteo, con agarradera, ergonómico, angular.

- **Tipos de sorbetes:** Existen sorbetes curvos, comunes, plásticos, gruesos y para vasos.

- **Accesorios:** Ejemplos de ellos: Individuales antideslizantes, baberos, servilletas, abrefrascos.

- **Mesas:** Facilitan mantener la postura sedente, tales como mesas antideslizantes, con escotadura, graduales, con barreras, auxiliares y mesas auxiliares para sillas terapéuticas, mesas de bipedestación.

- **Sillas:** Sillas graduables, sillas con curva.
- **DTA relacionados con la succión:** Sorbetes curvos y comunes, cepillos de dedo, guantes de silicona.
- **DTA relacionados con la deglución:** Guías de lengua, mordedores, cepillos de dedo, guantes de silicona, kits de botones y algodones.
- **DTA relacionados con la masticación:** Guías de lengua, mordedores refrigerantes, cepillos de dedo, guantes de silicona, kits de botones.
- **DTA relacionados con el control postural:** Dispositivos que permiten mejorar el control postural como el corrector de postura, el corsé, correas y soportes para estimular el tronco.
- **DTA relacionados con la actividad refleja:** Como cepillos de silicona, masajeadores, estimuladores, mordedores, guía de lengua, bajalengua, guante de silicona.
- **DTA relacionados con la coordinación mano-boca:** Dispositivos adaptados con la finalidad de mejorar la coordinación mano-boca, tales como cubiertos curvos y con adhesivo, agarraderas, cuchara mango ovalado, mango ancho, chupas, banda elástica y utensilio clip.
- **DTA relacionados con la precisión de movimiento:** Tales como cubiertos curvos, mango ancho, agarraderas, altura de mesas, utensilios clip, cubiertos de mango largo, cubiertos con mango alargado de mango largo, peso de objetos (Losada Gómez, 2007).

## **Marco Metodológico**

### **Capítulo 3: Metodología de la investigación**

#### **3.1. Tipo de estudio y diseño de investigación**

El tipo de estudio del presente trabajo es cualitativo, el cual resulta adecuado para comprender fenómenos desde la perspectiva de quienes los viven y para la búsqueda de patrones y diferencias en los puntos de vista de los sujetos. Se entiende que la realidad se define a través de las interpretaciones de los participantes, por lo que la investigadora recopila información y profundiza sobre sus percepciones y opiniones y construye el conocimiento en forma colectiva, en relación con el contexto.

Por su parte, el estudio posee un alcance descriptivo, es decir, apunta a hacer una descripción del fenómeno bajo estudio, mediante la caracterización de sus atributos (Yuni y Urbano, 2014). Dicho alcance permite comprender el problema desde la perspectiva de los involucrados (Hernández Sampieri y Mendoza Torres, 2018). Asimismo, se caracteriza por ser una investigación de tipo sincrónica o transversal al estudiar fenómenos que se dan en un tiempo único.

#### **3.2. Participantes**

La selección de participantes se realizó de forma intencionada, de acuerdo con los criterios que establece la investigadora, y se prioriza que posean información rica respecto al tema en análisis (Rodríguez Gómez et al., 1999). Por ello, la muestra de la investigación se constituyó como una muestra de expertos, ya que para dar respuesta a los objetivos del estudio es necesaria la opinión y conocimientos de especialistas y recoger sus perspectivas diversas (Hernández Sampieri y Mendoza Torres, 2018).

Las participantes en total fueron 9 profesionales. El tamaño muestral cualitativo no se fijó a priori, sino que se conformó de acuerdo con el criterio de saturación de la información, es decir, cuando en su análisis, los nuevos datos

que se agreguen ya no aportan conocimientos novedosos o adicionales y se vuelven redundantes (Hernández Sampieri y Mendoza Torres, 2018; Rodríguez Gómez et al., 1999).

Los criterios de inclusión de la muestra fueron:

- Ser Licenciadas/os en Terapia Ocupacional o Terapistas Ocupacionales.
- Contar con una trayectoria profesional de 2 (dos) o más años.
- Haber trabajado con pacientes pediátricos, en edad de 3 a 12 años.

Los criterios de exclusión de la muestra:

- No ser Licenciadas/os en Terapia Ocupacional o Terapistas Ocupacionales.
- Contar con una trayectoria profesional menor a 2 (dos) años.
- No haber trabajado con pacientes pediátricos, en edad de 3 a 12 años.

Se accedió a la muestra mediante la técnica de bola de nieve: se identificaron participantes y conforme se incorporaron a la muestra, recomendaron a otros, que reunían los mismos criterios de inclusión del estudio.

### **3.3. Técnicas de recolección de datos**

La técnica utilizada para la recogida de la información es la entrevista semiestructurada de corte cualitativo.

#### **3.3.1. Entrevista semiestructurada**

Se define como “una reunión para conversar e intercambiar información entre una persona (el entrevistador) y otra (el entrevistado) u otras (entrevistados)” (Hernández Sampieri y Mendoza Torres, 2018, p. 449).

El tipo de preguntas utilizadas fueron las de opinión, las mismas aluden a perspectivas o puntos de vista respecto al tema de estudio, de los participantes. Asimismo, se usan las preguntas de conocimientos (Mertens, 2015 en

Hernández Sampieri y Mendoza Torres, 2018), orientadas a recolectar información empleada en el campo de trabajo de la T.O. En el Anexo II se detalla la guía de preguntas que se realizaron a los profesionales.

### **3.4. Procedimiento**

La instancia de recolección se realiza en dos etapas: 1) Se diseñó un *Google Forms* que consta del consentimiento informado, para afirmar la voluntad de ser parte de esta investigación, y el llenado de algunos datos sociodemográficos de que fue enviado vía email a las participantes y 2) por medio de una entrevista semiestructurada, virtual o presencial, donde se busca ampliar los datos recolectados.

Los datos generados a partir de las entrevistas se analizaron a través del método de codificación temática de Gibbs (2012). Primero, se crearon códigos descriptivos a partir del párrafo (unidad de análisis) de las entrevistas de los participantes, las cuales fueron transcritas de una grabación de audio. En segunda instancia, se generaron códigos categoriales y para ello, se utilizó la codificación por los datos, es decir, las categorías fueron creadas a posteriori y surgieron de los datos emergentes brindados por los participantes. Posterior a ello, se llevó a cabo la jerarquización de las subcategorías y categorías de información. Finalmente se crearon códigos analíticos con el objetivo de interpretar teóricamente la información relevada (Gibbs, 2012). Se utilizó el programa Atlas Ti como soporte para el análisis cualitativo.

## Capítulo 4: Presentación de resultados

En este apartado se realiza la presentación y el análisis de los resultados. Respecto a los participantes que integraron la muestra acorde a los criterios de inclusión y exclusión, se exponen en la Tabla 2 los datos demográficos y otras características relevantes de los mismos.

**Tabla 2**

*Datos sociodemográficos de los participantes.*

<b>Participantes</b>	<b>Años de ejercicio</b>	<b>Dispositivo de intervención</b>
S1	3 años	Consultorio. Centro de día. Centro de Rehabilitación Neuropsicológica.
S2	3 años	Instituto de rehabilitación. Centro de día.
S3	19 años	Estimulación temprana. Consultorio privado. Docencia universitaria. Centro de rehabilitación pediátrica.
S4	22 años	Centro de día. Hospital psiquiátrico. Dispositivos de rehabilitación. Capacitación laboral y psicosocial.
S5	27 años	Hospital pediátrico. Consultorio. Docencia Universitaria.
S6	15 años	Centro de día. Hogar. Centro Educativo Terapéutico. Rehabilitación neurológica. Consultorio. ART.
S7	21 años	Consultorio. Centro de día. Centro Educativo Terapéutico. Domicilio. Programa de atención temprana.
S8	15 años	Consultorio privado.
S9	22 años	Consultorio de atención a pacientes neurológicos. Instituto integral de rehabilitación.

Para dar cumplimiento a los objetivos específicos de investigación, se llevó a cabo un análisis categorial de las entrevistas semiestructuradas realizadas a los participantes, a través del método de codificación temática. Se crearon códigos descriptivos, en un primer nivel de información, para luego constituir códigos categoriales, en un nivel de inferencia teórico-empírico (Gibbs, 2012).

En relación con el primer objetivo específico de investigación, describir las características del entrenamiento en el manejo de cuchillo y tenedor en población pediátrica, de acuerdo con los profesionales de T.O, en primer lugar, se indagó acerca del conocimiento sobre un método o protocolo estandarizado de entrenamiento. 7 de las profesionales entrevistadas refirieron no conocer ningún método en particular (Ver Tabla 3).

**Tabla 3**

*Conocimiento de los participantes acerca de entrenamientos estandarizados en manejo de cuchillo y tenedor.*

<b>Conocimiento de método estandarizado de entrenamiento</b>	<b>f</b>	<b>Porcentaje</b>
NO	7	77,78%
SI	2	22,22%
Total	9	100%

En segundo lugar, se analizaron los datos de las entrevistas y se generaron las siguientes categorías y sus subcategorías de información:

**1. Características del entrenamiento en manejo de cuchillo y tenedor:**

Esta categoría incluye las características que los profesionales de T.O. mencionan respecto a la manera en que entrenan a sus pacientes.

1.1. Dominancia y motricidad: Los profesionales consideran fundamentalmente las habilidades motrices y la dominancia o lateralidad.

1.2. Método Integral: Las profesionales además de considerar la mano dominante o lateralidad, y la motricidad adecuada incorporan diversas técnicas como juego simbólico, amasado, utilizando plastilinas y/o masas y agregan técnicas de imitación y/o material audiovisual.

1.3. Finalidad de los utensilios: Las profesionales priorizan al entrenar la finalidad de cada utensilio.

Lo expuesto, se representa en la Tabla 4.

**Tabla 4**

*Categorización respecto de los estilos de entrenamiento, según los profesionales de T.O.*

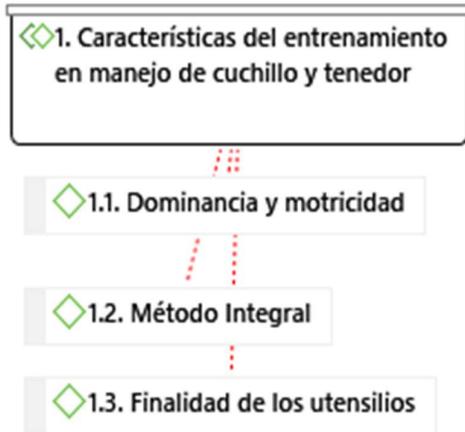
<b>Eje temático</b>	<b>Categorías</b>	<b>Subcategorías</b>	<b>Observable</b>
<b>Entrenamiento del manejo de cuchillo y tenedor</b>	<b>Características</b>	<b>Dominancia y Motricidad</b>	<p>S1: <i>Una vez presentado el plato con el objeto o alimento a cortar: Tomar el cuchillo con la mano dominante utilizando dedo índice y pulgar, y el tenedor con mano no dominante. Con el tenedor pinchar y sujetar el alimento y con el cuchillo realizar los cortes.</i></p> <p>S6: <i>Primeramente estímulo coordinación, precisión y fuerza de manos y brazos. continuo mediante el juego con el elemento en concreto. Ejemplo: Utilizo masas para cortar con tenedor y cuchillo.</i></p> <p>S7: <i>El cuchillo se toma con la mano derecha (en el caso que sea este el dominante, si es al revés se hace al revés), el tenedor se toma con la mano izquierda y las púas hacia abajo, siendo su misión llevar los alimentos a la boca. Se toma entre los dedos pulgar, índice y corazón.</i></p> <p>S8: <i>1. Habilidades motoras previas 2. Simulación de la actividad 3. Cortado con cuchillo y tenedor.</i></p>
		<b>Método Integral (Juego + amasado + material audiovisual)</b>	<p>S2: <i>1- definición de lateralidad del paciente. 2- enseñar cuál es la finalidad de cada utensilio desde el juego simbólico. 3- entrenamiento mediante el gesto motor con masas/plastilina. 4- evaluación mediante lo observado en los pasos anteriores de la necesidad de indicar adaptaciones para la alimentación, o sugerencias en la familia para crear un ambiente ameno para dicho momento. 5- comenzar entrenamiento en consultorio con alimentos de su agrado, utilizar técnicas de imitación, mano sobre mano si requiere, juego simbólico, exploración, etc. 6- mediante material audiovisual y haciendo pasar a los papás al consultorio brindar estrategias y lineamientos de trabajo para la continuidad de dicho tratamiento en el hogar.</i></p>

Eje temático	Categorías	Subcategorías	Observable
		<p data-bbox="722 342 968 500"><b>Método Integral (Juego + amasado + material audiovisual)</b></p>	<p data-bbox="974 342 1906 553"><i>S4: Se realiza evaluación de los desafíos del niño para identificar las necesidades de apoyo. el mobiliario adecuado (altura), manipulación de los elementos, texturas, cruce de línea media, lateralidad, colocación del material a utilizar con diferente resistencia, se evalúa intervención necesaria para sostener utensilios, necesidad de ajustes y adaptaciones, primero con tenedor (unilateral), luego la utilización de los dos elementos (bimanual), recorrido y distancia entre el alimento y la boca. Velocidad de ingesta, realización de secuencias para identificar necesidades.</i></p> <p data-bbox="974 570 1906 987"><i>S9: Primero jugamos con plastilinas y observó los gestos de pinchar con tenedor y trasladar a recipientes (ollas, tazas, platos) después jugamos a sostener con una mano la plastilina y ensayar el cortado usando cuchillo plástico o de untar, cuando se han entrenado ambas manos unimos el gesto de sostener con tenedor y cortar con cuchillo. Realizó una progresión de plastilina a alimentos blandos hasta llegar a los de mayor resistencia cuando ya la coordinación y gesto motor están logrados, es decir: banana, queso de máquina, hamburguesa, tartas.... para al último incorporar los que tengan hueso.</i></p> <p data-bbox="974 813 1906 987"><i>La que tiene que tener precisión y movimiento es la mano dominante, la otra es estabilizador nada más. (...) En la terapia yo siempre usaría la mano hábil para el cuchillo, por una cuestión de precaución, de que no se vaya a lastimar el paciente. Y en el caso de que la persona es hemipléjica o algo por el estilo, por supuesto la mano pléjica o más parética usa el tenedor y la que está más hábil, aunque no haya sido la dominante, pero es ahora la más hábil usa el cuchillo.</i></p>
		<p data-bbox="722 1024 968 1089"><b>Finalidad de los utensilios</b></p>	<p data-bbox="974 1024 1906 1065"><i>S3: 1) presión de los cubiertos 2) pincho 3) sujeto con fuerza 4) corto.</i></p> <p data-bbox="974 1073 1906 1162"><i>S5: Primero tener en cuenta posición y postura que se requiere, alturas adecuadas de silla y mesa, luego la toma del tenedor con o sin adaptación (pinchar) y luego el cuchillo con o sin adaptación para cortar.</i></p>

En la Figura 1, se presenta un mapa conceptual de las categorías.

### Figura 1

*Mapa conceptual de las características del entrenamiento en manejo de cuchillo y tenedor, de acuerdo con los profesionales de T.O.*



Nota: Figura creada con programa Atlas Ti.

Respecto al segundo objetivo específico de investigación indagar acerca de las habilidades y destrezas necesarias en el trozado de alimentos, de acuerdo con los profesionales de T.O., se generaron las siguientes categorías y subcategorías de información:

**2. Principales habilidades:** Esta categoría incluye todas las habilidades, destrezas que el profesional de T.O. reconoce necesarias para el trozado de alimentos.

2.1. Noción y/o comprensión del peligro: Los profesionales consideran importante que el niño o niña tenga la madurez para comprender el proceso y la noción del peligro que puede tener el manejo del cuchillo.

2.2. Motoras: Consideran necesario que el niño presente control postural del tronco y la cabeza, movilidad y fuerza de miembros superiores, prensiones palmares y digitales, coordinación fina y gruesa (bimanual diferenciada y viso-motora), organización del cuerpo en el espacio.

2.3. Cognitivas: Se destacan el nivel atencional y comprensivo para poder ejecutar órdenes de 3 pasos, imitación, percepción, propiocepción y conexión con el entorno.

2.4. Motivacionales: La motivación debe tenerse presente en todo momento, motivación intrínseca para mantener su atención en la actividad y las ganas de aprender.

2.5. Adaptación a las habilidades del paciente: El modo de entrenamiento siempre debe adecuarse y establecerse en función de las habilidades y capacidades de cada persona.

Las categorías creadas pueden visualizarse en la Tabla 5.

**Tabla 5**

*Categorización acerca de habilidades y destrezas para el trozado de alimentos, según los profesionales de T.O.*

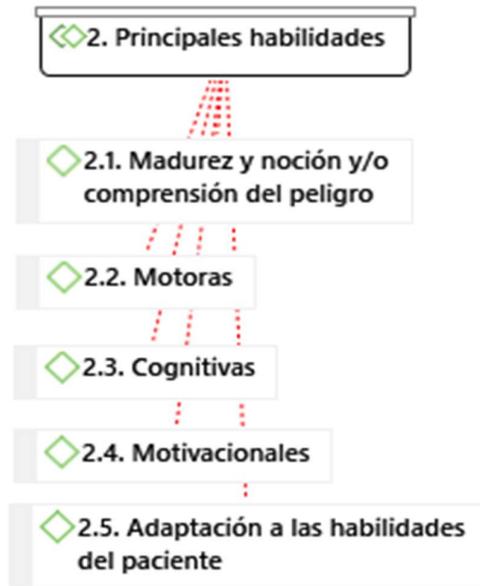
<b>Eje temático</b>	<b>Categorías</b>	<b>Subcategorías</b>	<b>Observable</b>
<b>Habilidades y destrezas para el trozado de alimentos</b>	<b>Principales Habilidades</b>	<b>Noción y/o comprensión del peligro</b>	S1: <i>Primero tener la suficiente madurez para comprender y no correr peligro al utilizar cuchillo.</i> S3: (...) <i>Noción de peligro.</i>
		<b>Motoras</b>	S1: <i>Presentar habilidades y destrezas motoras, cognitivas, psicológicas.</i> S3: <i>Control postural del tronco y cabeza. Movilidad de miembros superiores. Prensión de ambas manos. Fuerza en miembros superiores(...) Sensibilidad en miembros superiores.</i> S4: (...) <i>Prensión, fuerza, coordinación bimanual, estabilidad de tronco, organización del cuerpo en el espacio.</i> S5: <i>Control postural adecuado (control de tronco, cefálico, apoyo de pies, disociación de movimientos de miembros superiores), movimientos de alcance; apertura, cierre de mano y sostén del tenedor y cuchillo. Coordinación fina (bimanual, óculo manual).</i> S6: <i>Coordinación visomotora, (...), fuerza, prensión.</i> S7: (...) <i>Movimientos globales de miembros superiores (hombro, codo principalmente).</i> S8: <i>Praxias motoras.</i> S9: <i>Destreza manual gruesa. La coordinación bilateral diferenciada, coordinación fina, coordinación visomotora son necesarias pero se pueden ir entrenando con el mismo ejercicio de la actividad (...)</i>
		<b>Cognitivas</b>	S4: <i>Atención, comprensión de consignas orales o gráficas de 3 pasos.</i> S5: <i>Atención, que pueda imitar, el nivel cognitivo para el mismo (...).</i>

<b>Eje temático</b>	<b>Categorías</b>	<b>Subcategorías</b>	<b>Observable</b>
	<b>Principales Habilidades</b>	<b>Cognitivas</b>	S6: (...) <i>Percepción.</i> S7: <i>Conexión e intención con el medio (...).</i>
		<b>Motivacionales</b>	S3: (...) <i>Intención de querer hacer la actividad.</i> S4: <i>Motivación (...).</i> S9: (...) <i>Es muy importante que el chico tenga ganas de aprender y eso también lo tenes que generar vos con la motivación, con el juego con la dinámica.</i>
		<b>Adaptación a las habilidades del paciente</b>	S2: <i>El modo de entrenamiento debe adaptarse a las habilidades y capacidades de cada paciente.</i>  S5: <i>Lo que pasa, los protocolos sociales, cuando nosotros desde TO enseñamos o readaptamos, hacemos todo lo que es el entrenamiento, por lo general en el 99,9%, no tenemos en cuenta lo social ¿Por qué? Porque lo social, si bien uno lo tiene en cuenta cuando uno hace el análisis de la actividad de lo que lo social te pide, no es que uno no lo tiene en cuenta, lo que pasa es que nosotros no entrenamos cuchillo y tenedor en chicos comunes que no tienen ningún problema o en un adulto que tiene que readaptar o reentrenar, generalmente entrenamos en niños que tienen algún tipo de dificultad, la que sea, o en un adulto que ha perdido una función y tenemos que reeducar y generalmente cuando uno reeduca o cuando vuelve a reentrenar o cuando inicia el entrenamiento, los protocolos sociales no son acordes a la posibilidad del niño ni del adulto que tiene dificultad; entonces no los tengo en cuenta a eso, porque generalmente lo que uno busca es que es que lo pueda hacer, y el que lo pueda hacer por lo general va en contra del protocolo social.</i>

En la Figura 2, se representa un mapa conceptual de las principales categorías y subcategorías creadas.

## Figura 2

*Mapa conceptual sobre las principales habilidades y/o destrezas necesarias en el trozado de alimentos, de acuerdo con los profesionales de T.O.*



*Nota:* Figura creada con programa Atlas Ti.

Por último, respecto al tercer objetivo específico de investigación, explorar los criterios para la utilización de Dispositivos de Tecnología de Asistencia para la Alimentación, según los profesionales de T.O, y con base en la entrevista realizada a los profesionales, se crearon las siguientes categorías:

### **3. Criterios para la utilización de Dispositivos de Tecnología de Asistencia.**

3.1. Funcionalidad: En esta subcategoría, los profesionales interpretan que se incorporan los DTA cuando sean realmente útiles, accesibles, y fáciles en su manejo, con el objetivo de que le ayuden al niño en la actividad de alimentación.

3.2. Socialización: Al estar inmersos en un medio social, el entrenamiento en manejo de DTA busca que los niños y niñas puedan responder a normas y conductas socialmente aceptables, que les permitan ser incluidos y participar con su entorno. Los productos de apoyo se utilizan como elementos socializadores que les posibilite agregar valor social y vincular a la actividad, al ser compartida con otros.

3.3. Requisitos motores y lateralidad definida: Para utilizar los DTA es necesario que el niño presente habilidades motoras gruesas y finas, y ya se presente dominancia manual.

3.4. Madurez (Edad cronológica): Esta subcategoría hace referencia al inicio del entrenamiento en DTA, el cual es decidido en conjunto con la familia o responsable del niño o niña, o en ocasiones iniciada por consejo del profesional, y se da aproximadamente a los 5 años de edad.

3.5. Comprensión del funcionamiento y noción integral del utensilio: No solo observar desde el punto de vista biomecánico sino considerarlo desde una noción integral del desarrollo y con lo que significa ese desafío para el niño. Además, considerar que el niño o niña debe tener la madurez cognitiva necesaria para poder comprender el proceso y su importancia.

Las categorías y subcategorías de información de este eje temático pueden visualizarse en la Tabla 6.

**Tabla 6**

*Categorización acerca de los criterios para la utilización de DTA, según los profesionales de T.O.*

<b>Eje temático</b>	<b>Categorías</b>	<b>Subcategorías</b>	<b>Observable</b>
<b>Criterios para la utilización de DTA</b>	<b>Tenedor y cuchillo</b>	Funcionalidad	<p>S5: (...) <i>Lo que pasa es que nosotros no entrenamos cuchillo y tenedor en chicos que no tienen ningún problema o en un adulto que tiene que readaptar o reentrenar, generalmente entrenamos en niños que tienen algún tipo de dificultad, la que sea, o en un adulto que ha perdido una función y tenemos que reeducar y generalmente cuando uno reeduca o cuando vuelve a reentrenar o cuando inicia el entrenamiento, los protocolos sociales no son acordes a la posibilidad del niño ni del adulto que tiene dificultad; entonces no los tengo en cuenta a eso, porque generalmente lo que uno busca es que es que lo pueda hacer, y el que lo pueda hacer por lo general va en contra del protocolo social.</i></p> <p>S7: (...) <i>Muchas de las que hacen alimentación, en cuanto a niños autistas y todo eso, lo que menos ven, es en cómo es el agarre, el fin de la alimentación, en niños autistas que son tan selectivos o en otros niños normales que son selectivos, es que comen ¿Cómo comen? no importa. Ahí vuelvo a hacerte hincapié en cuanto a la funcionalidad.</i></p>
		Socialización	<p>S9: <i>Si uno como adulto está trabajando en un medio socializador donde intenta que el niño vaya alcanzando normas y conductas socialmente aceptables y ... tenes que empezar a incorporarlo y está bien (...) Desde ese lugar, veo que es mi forma de llegar como elemento socializador, porque el después tiene la misión, además de que le puede compartir a familia las galletas que él hizo, y tiene otro valor y el así incorpora el uso del cuchillo y tenedor desde otro lugar. Una vez que yo incorporo eso, para mí, es como que se abre un abanico de posibilidades en la cabecita del niño y no es solamente la presión social de que tengo que llevar el tenedor porque no me dejan llevarme la mano a la boca. El hecho de compartir con otros lo que él hizo y compartir el espacio o comer junto con otros también tiene como un valor.</i></p>

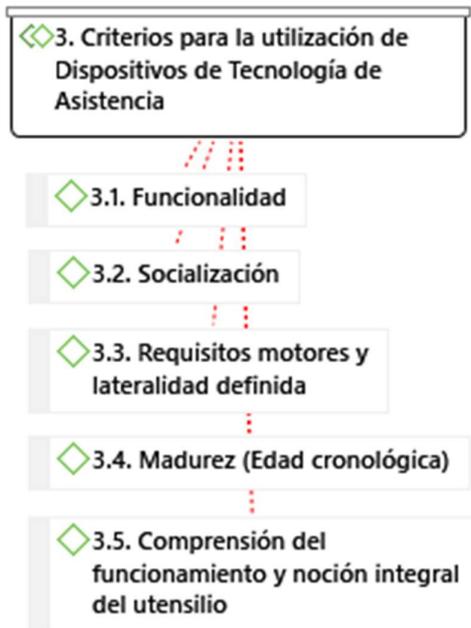
Eje temático	Categorías	Subcategorías	Observable
Criterios para la utilización de DTA	Tenedor y cuchillo	Requisitos motores y lateralidad definida	<p>S2: (...) Obviamente que la lateralidad también va ayudando a definir esa destreza para el uso de cuchillo y tenedor, pero en principio entre el protocolo americano y europeo yo varío entre los dos depende las habilidades y capacidades que adquiriera ese paciente digamos. Ponle yo tengo un paciente que es zurdo pero al momento de las destrezas su mano hábil es la derecha, pero o sea de las destrezas me refiero a cortar , la tijera todas esas cuestiones es derecho, pero después para la escritura para las actividades espontáneas las ordenes como inesperadas y todas esas cosas es zurdo, entonces en base a eso yo no me quedo solo por ahí con la lateralidad bueno entonces vos sos derecho vas a usar el tenedor en la mano derecha, no vamos viendo y vamos probando de acuerdo a cómo se lleve mejor ese desempeño digamos.</p> <p>S5: Si vos le pones a un niño un cuchillo primero, es como si le quisieras poner que aprenda a cortar cuando primero tiene que agarrar la comida con la mano, ocupar la cuchara, ocupar el tenedor y después recién ocupar el cuchillo, es decir hacer el proceso que corresponde, excepto en adultos que es reentrenar, que es distinto, porque se supone que todo eso ya lo hizo y ya lo tuvo incorporado, pero estamos hablando de un niño y yo también tengo en cuenta eso, primero el uso de la cuchara, después el uso del tenedor, y después al final, en función de lo que tenga, incorporar el cuchillo. Para mí el cuchillo es lo último, salvo que vos hayas evaluado y todo lo anterior lo pueda hacer, entonces vas directamente a lo que no puede. Eso por un lado, para mi es algo como básico, digamos, a tener en cuenta lo que es el uso de cubiertos, cuchara, cuchillo, tenedor.</p>
		Madurez (Edad Cronológica)	S9: (...) Pero sí, para mí sino tiene la motricidad fina y aun con dificultad cognitiva lo entreno igual ... pero si a partir de los 5 años ... Aun teniendo una debilidad mental porque le generó un hábito, es como si te dijera que porque tiene una debilidad mental no se lava las manos.
		Comprensión del funcionamiento y noción integral	S4: Mientras te escuchaba yo estaba pensando como algo biomecánico y yo a la hora de evaluar a alguien en su alimentación no es lo único que miro, miro la fuerza, la rotación, .... Pero en realidad lo que yo miro es si la persona está pudiendo entender el proceso, si yo lo siento y le enseñó vos a cualquier persona, el ser humano le podes enseñar a comer de esta forma .... yo tenía un paciente que

Eje temático	Categorías	Subcategorías	Observable
<b>Criterios para la utilización de DTA</b>	<b>Tenedor y cuchillo</b>	Comprensión del funcionamiento y noción integral	<p><i>primero han comido en la silla y después en la mesa pero la forma correcta de comer, para mí, es la forma en la que vos encontras, bueno dentro de los parámetros, primero esto, luego esto ..., que la forma en la que vos puedas integrarte en la mesa, para mí eso ... Hay gente que come con cuchara y por una cuestión de seguridad, entonces vos para que vas a hacer el entrenamiento del manejo del cuchillo y tenedor si después le van a dar una cuchara, porque el sujeto no va a poder elegir ni la comida, ni cuándo comer, ni cómo sentarse, ni cuánto tiempo va a tardar en comer, entonces ... yo me centro en otra cosa, por eso me costaba tanto pensar ... porque no me fijaba en eso, y si me fijo en eso pero nada más que me concentro en otra cosa.</i></p> <p><i>(...) Igual yo creo que cualquier actividad que vos hagás que tenga que ver con las actividades cotidianas (...) son múltiples los aspectos. Si yo solamente voy a mirar cómo toma el cuchillo y tenedor y si está bien sentado, me falta la mitad de las partes. Es mirar en una noción integral con todo su desarrollo y con todo lo que significa ese desafío para el niño. Ponte a pensar en el sujeto, tienes sus intereses, sus desafíos, ... hay niños que tienen dificultad para sostener un cubierto, hay montones de factores.</i></p>

Asimismo, lo descrito, se representa en un mapa conceptual en la Figura 3.

### Figura 3

*Mapa conceptual sobre los criterios para la utilización de Dispositivos de Tecnología de Asistencia, según los profesionales de T.O.*

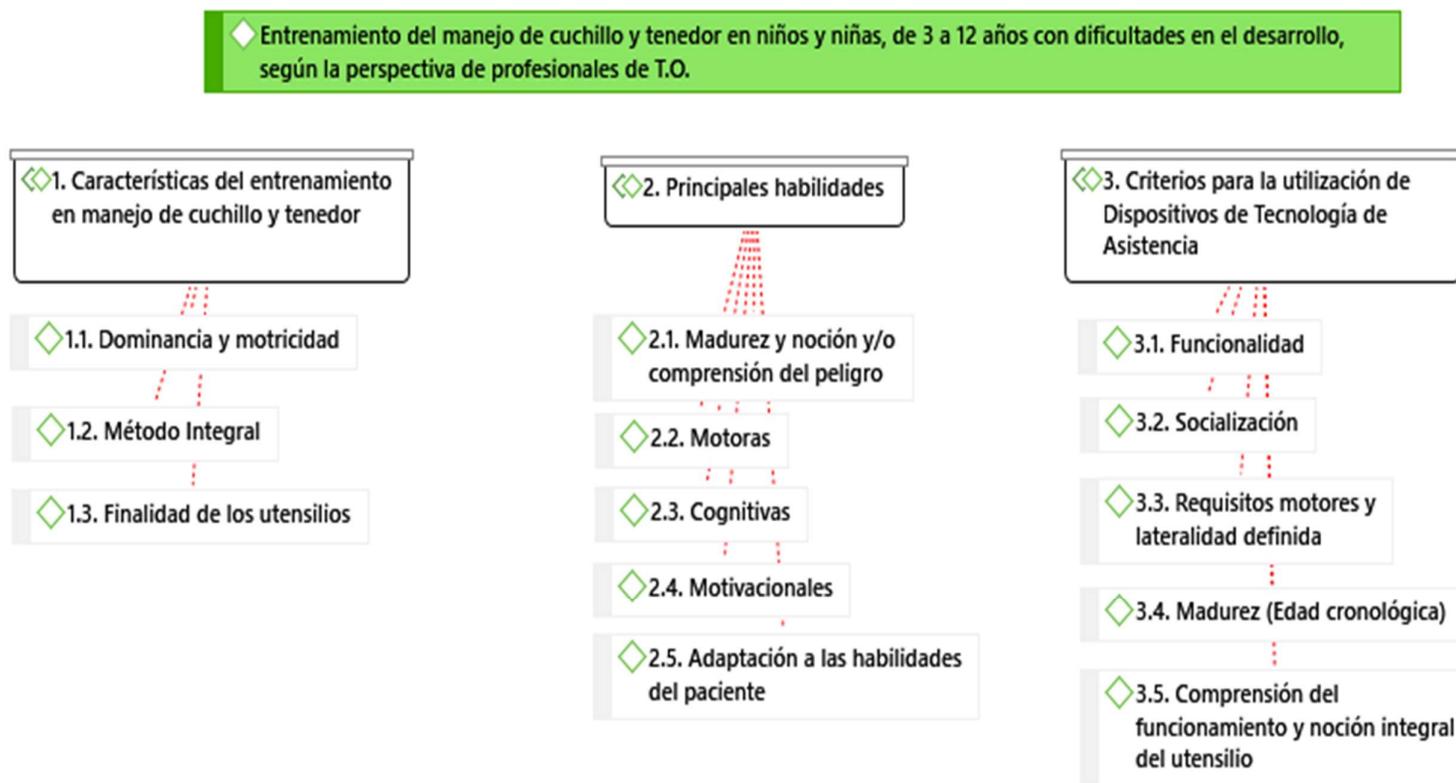


*Nota:* Figura creada con programa Atlas Ti.

Para cerrar este capítulo, se exponen las categorías y las subcategorías correspondientes a los resultados de los 3 objetivos específicos del estudio, para así dar cumplimiento al objetivo general. Cada objetivo específico representa a los 3 ejes temáticos de información. Ello se representa en la Figura 4, a continuación.

#### Figura 4

Mapa conceptual sobre los diferentes tipos de entrenamiento del manejo de cuchillo y tenedor en niños y niñas, de 3 a 12 años con dificultades en el desarrollo, según la perspectiva de profesionales de T.O.



Nota: Figura creada con programa Atlas Ti.

## Capítulo 5: Discusión de resultados.

En este capítulo, se analizarán los resultados obtenidos, con relación a los conceptos teóricos presentados en el marco teórico y se discutirán con los resultados de otros estudios semejantes. Cabe recordar aquí que este trabajo de tesina fue diseñado para analizar los diferentes tipos de entrenamiento del manejo de cuchillo y tenedor en niños y niñas, de 3 a 12 años con dificultades en el desarrollo, según la perspectiva de profesionales de T.O.

Respecto al primer objetivo específico de investigación: describir las características del entrenamiento en el manejo de cuchillo y tenedor en población pediátrica, de acuerdo con los profesionales de T.O., se halló un protocolo que no es de entrenamiento, sino más bien es de comportamiento social, e incluye dos estilos (Gómez Benítez, 2019):

- **Estilo americano:** El manejo del cuchillo lo realiza la mano hábil o dominante y el del tenedor en la no hábil o no dominante.
- **Estilo europeo:** El manejo del cuchillo lo realiza la mano no dominante o no hábil y el del tenedor la mano dominante o hábil.

Por otro lado, las profesionales refirieron acerca de **1. Características del entrenamiento en manejo de cuchillo y tenedor**, creándose la primera categoría de información, de la cual derivaron 3 subcategorías: 1.1. Dominancia y motricidad; 1.2. Método Integral, y 1.3. Finalidad de los utensilios, de acuerdo con la característica que predominó en su respuesta.

Como se ha citado en los capítulos anteriores, la alimentación forma parte de una actividad de vida diaria, descrita como el proceso de preparar, organizar y llevar alimentos o líquidos del vaso a la boca (incluye autoalimentación y alimentar a otros). Para ejecutar dicha actividad se debe conocer las demandas de la misma, es decir, lo que típicamente se requiere para llevar a cabo la actividad independientemente del cliente y el contexto (AOTA, 2020).

Es por ello que las características del entrenamiento en el manejo de cuchillo y tenedor en población pediátrica según los profesionales de T.O., se centra en el procedimiento en sí, considerando puntos a tener en cuenta y dependiendo de las características del paciente, como la edad, déficits motrices y cognitivas, según la dominancia, características motrices, cognitivas y psicosociales del paciente. El conocimiento específico de las demandas de actividad ayuda a los profesionales a seleccionar ocupaciones con fines terapéuticos, es decir se necesita conocer las características del procedimiento y las demandas necesarias de la actividad (AOTA, 2020).

Los profesionales de T.O. al momento de elegir un método, modo, estilo o procedimiento para el entrenamiento del manejo del cuchillo y tenedor consideran que utilizan es el estilo tradicional o el que el usa el común de la población en general y coincide con el estilo americano. Dicho procedimiento consiste en considerar iniciar desde los aprendizajes incorporados del paciente al momento de evaluarlos inicialmente.

Estos aprendizajes previos consisten en:

- Una lateralidad definida: La misma consideran que a partir de los 6-7 años estaría definida, en cambio antes de esta edad la misma es moldeable.
- El manejo de utensilios de forma unilateral, siendo primero lograr la destreza y dominancia del manejo de la cuchara y luego el manejo del tenedor y por último el manejo del cuchillo por separado. Luego poder incorporar el manejo del cuchillo en coordinación diferenciada con el tenedor.

Durante el proceso de entrenamiento las profesionales utilizan diversas estrategias como el juego simbólico, juego con masas, material concreto como alimentos que le sean de agrado al niño o niña y siempre manteniendo la motivación del niño o niña en la actividad para lograr trasladar a la vida cotidiana. Martin Martin et al. (2011) dicen que la alimentación es una actividad personal e individual, pero que permite la comunicación, la cohesión, la participación, el disfrute, el sentimiento de autonomía y la motivación, de tal manera que los profesionales que la abordan conjugan una labor no sólo a nivel motor, sino afectivo, psicológico y social.

Respecto al segundo objetivo específico de investigación, indagar acerca de las habilidades y destrezas necesarias en el trozado de alimentos, de acuerdo con los profesionales de T.O., lo dicho por los profesionales se englobó en la categoría **2. Principales habilidades**, y de ella se derivaron 5 subcategorías de datos: 2.1. Noción y/o comprensión del peligro, 2.2. Motoras, 2.3. Cognitivas, 2.4. Motivacionales, y 2.5. Adaptación a las habilidades del paciente.

Al momento de poder detallar o describir las habilidades y destrezas necesarias en el trozado de alimentos los profesionales de TO recurren a realizar un *análisis de la actividad* donde la AOTA la define como “Análisis genérico y descontextualizado que busca desarrollar una comprensión de las demandas típicas de la actividad dentro de una cultura determinada” (AOTA, 2020).

Cabe aclarar que, para enseñar una actividad, y asimismo posibilitar su aprendizaje, se debe analizar primero las partes de la misma, así como los procesos y los pasos para complementarla. Esta separación de la actividad en unidades puede justificar los pasos o logros durante la sesión de tratamiento (Ares Senra, 2012). Por tal razón, se necesita conocer las habilidades y destrezas que requiere la actividad, también conocidas como demandas de la actividad que según la AOTA son aspectos de una actividad necesarios para llevarla a cabo, incluida la relevancia e importancia para el cliente, los objetos utilizados y sus propiedades, las demandas de espacio, las demandas sociales, la secuenciación y el tiempo, las acciones requeridas y las habilidades de desempeño, y las funciones y estructuras corporales subyacentes requeridas (AOTA, 2020).

Las habilidades y destrezas que las profesionales de T.O consideran necesarias en el trozado de alimentos son diversas y se observan durante todo el proceso de enseñanza, teniendo en cuenta como eje transversal la motivación del paciente, ya que estamos trabajando con una población pediátrica y se debe generar en todo momento el deseo de aprender y poder luego trasladarlo a la vida cotidiana utilizando diferentes técnicas y estrategias. “La participación en una situación de la vida” (OMS, 2008, p. 10). Se produce de forma natural cuando los clientes participan activamente en la realización de ocupaciones o actividades

de la vida diaria que les resultan útiles y significativas. Los resultados más específicos de la intervención de terapia ocupacional son multidimensionales y respaldan el resultado final de la participación (AOTA, 2020), y se considera que a lo largo del proceso de enseñanza la actividad debe ser adaptada de acuerdo con las necesidades del paciente para que las intervenciones sean eficaces.

En el mismo sentido que enunciaron los profesionales la multiplicidad de habilidades y destrezas, Romero Ayuso (2007) describe que las actividades de la vida diaria abarcan las actividades cotidianas y frecuentes que realiza una persona, y además, se relacionan con lo familiar, con las necesidades humanas, con la independencia y con el uso del tiempo. Asimismo, la autora destaca la importancia de contemplar los procesos cognitivos subyacentes a la actividad. Es por ello que las actividades de la vida diaria no pueden reducirse a la mera conducta motora observable, también incluyen la consideración de las tareas concretas y su relación con el sujeto, con el contexto y el entorno.

La autora sostiene la relevancia de las AVD en la construcción de la identidad personal y satisfacción de los roles sociales. Su desempeño está relacionado con la percepción de competencia, su motivación e intereses, con la posibilidad de desarrollar hábitos y estrategias. Estos son los aspectos trascendentales en el establecimiento de programas de entrenamiento, “donde es imprescindible considerar la tarea, el contexto y al sujeto” (Romero Ayuso, 2007, p. 270). Sheperd et al. (1996, citados en Alegre Fernández y Sánchez, 2018) enuncian que, en general, los niños están altamente motivados para mejorar su nivel de funcionamiento, incluso utilizando adaptaciones, ayudas técnicas y modificaciones del entorno.

Las intervenciones en la alimentación desde Terapia Ocupacional pretenden mejorar esta función como ámbito físico, desde procedimientos comportamentales y oro-motores, intervenciones motoras-orales y no orales, aplicación de dispositivos de asistencia. Además, se realiza educación parental, y se desarrolla la motivación interna del niño, llevando a cabo actividades motivantes que incrementan la implicación y participación, y logran que las

rutinas de la comida comprendan un rol integral para el desarrollo emocional, la integración social y la comprensión cultural (Martin Martin et al., 2011).

Por último, respecto al tercer objetivo específico de investigación, explorar los criterios para la utilización de Dispositivos de Tecnología de asistencia para la alimentación, según los profesionales de T.O., se generaron las siguientes subcategorías, para la categoría: **3. Criterios para la utilización de Dispositivos de Tecnología de Asistencia.** 3.1. Funcionalidad; 3.2. Socialización; 3.3. Requisitos motores y lateralidad definida; 3.4. Madurez (Edad cronológica); 3.5. Comprensión del funcionamiento y noción integral del utensilio.

Los productos de apoyo son elementos que posibilitan prevenir, mantener, suplir o mejorar una función disminuida o perdida de la persona, ello con el objetivo de aumentar su independencia y facilitar el desempeño en las actividades de la vida diaria, siendo la alimentación imprescindible en la vida de los seres humanos (Rincón Martínez et al., 2016). La OMS (2024) explica que la tecnología de asistencia o de apoyo, promueve la inclusión y la participación de las niños y adultos con discapacidad, y tiene como función principal conservar o mejorar las funciones y la autonomía de las personas y así, contribuir a su bienestar, poniendo en práctica a su vez, los derechos de las personas con discapacidad.

Dichos dispositivos refieren, entre otros, a los elementos y adaptaciones que se utilizan para trozar alimentos. La alimentación conlleva a desarrollar la habilidad de realizar una presión correcta del cubierto, poder orientarlo y desplazarlo adecuadamente con relación al alimento que esté en el plato y así llevarlo a la boca para realizar satisfactoriamente esta actividad (Losada Gómez, 2007). Los profesionales de T.O consideran que los criterios para la utilización de Dispositivos de Tecnología de Asistencia son:

- Su funcionalidad: En este aspecto, coinciden Moruno Miralles y Romero Ayuso (2006) ya que sostienen que el terapeuta ocupacional debe determinar la conveniencia de la incorporación de cualquier elemento facilitador o incluso de abordajes compensadores, para el logro de una determinada habilidad, y que la finalidad última es favorecer la independencia en alimentación.

- Como elemento socializador: Es importante que en el entrenamiento del niño y para evaluar su desempeño se contemplen las expectativas normativas de la sociedad y la cultura en la que vive la persona, con la finalidad de que puede participar del medio social en el que está inmerso (Alegre Fernández y Sánchez, 2018). Martin Martin et al. (2011), enuncian que el alimento es un objeto nutritivo que causa satisfacción y placer y a su vez, posee una significación simbólica que le da el tono emotivo, que relaciona la cultura y el valor social con el alimento.

Por ello, “la alimentación es una actividad situada en la intersección de procesos biológicos, sociales, psicológicos y culturales” (Martin Martin et al. (2011, pp. 2-3), en la que se asume un rol social y con significado compartido, ligado a las costumbres alimenticias del paciente dentro de su ambiente natural.

- Requisitos motores y lateralidad definida: Al respecto, Alegre Fernández y Sánchez (2018), plantean que el niño debe adquirir en primer término aquellas capacidades fundamentales como mantener el equilibrio en sentado, controlar los movimientos de la boca, cabeza y tronco, para luego coordinar sus ojos y sus manos y llevarlos a la boca, y finalmente logre un desempeño adecuado con los DTA.

- Madurez (Edad cronológica): Como mencionaron los profesionales, la edad puede ser un parámetro que implique que el niño o niña incorpore determinados DTA para su uso en la alimentación, para el desarrollo típico. Losada Gómez (2007), expresa que, a partir de los 4 años, el niño puede utilizar el tenedor y servir solo el alimento. A los 5 años, inicia el uso del cuchillo en alimentos blandos, y a los 6 años, logra usar el cuchillo en alimentos sólidos, especializa la actividad de cortar alimentos desarrollando destrezas en precisión y fuerza.

- Tener comprensión del funcionamiento y noción integral: Los profesionales postulan que la incorporación de DTA, puede implementarse cuando el niño comprende el para qué de su uso en la alimentación, desde una mirada integral del T.O hacia el proceso. El niño efectúa un repertorio de múltiples conductas durante la alimentación, que le llevan a entender y alcanzar

predisposición y motivación para cenas familiares, con pares, en el comedor escolar o recreos, donde desarrolla la interacción social, y participación social significativa (Jorquera y Romero Ayuso, 2016).

## Conclusiones

A continuación, se presentan las conclusiones a las que se ha podido llegar en el presente trabajo. Cabe precisar que al ser un estudio cualitativo las conclusiones no son generalizables al resto de la población. Los resultados obtenidos se circunscriben a los participantes del estudio.

El objetivo general que guió el estudio fue analizar los diferentes tipos de entrenamiento del manejo de cuchillo y tenedor en niños y niñas, de 3 a 12 años con dificultades en el desarrollo, según la perspectiva de profesionales de T.O. Para dar cumplimiento a los objetivos de investigación, se elaboró un marco conceptual que dio el sustento teórico pertinente y se administró la técnica de entrevista semiestructurada a los profesionales de T.O. Posteriormente, se analizaron los datos recabados, se respondió a los objetivos, y se arribó a las siguientes conclusiones:

Para el primer objetivo se pudieron englobar características generales en tres grandes subgrupos para poder abordar el entrenamiento en el manejo del cuchillo y tenedor. Las mismas son Dominancia y motricidad; Método Integral, y Finalidad de los utensilios. Los profesionales de TO entrevistados coinciden en que estas características serán las demandas consideradas de la actividad y entraría dentro de las funciones corporales requeridas o demandas motrices. Destacan la dominancia y motricidad en este aspecto. La dominancia permite establecer una brecha de edad para el aprendizaje, considerando que antes de los 6 años la misma se encuentra en desarrollo y la consideran moldeable. Para ejecutar esta actividad se necesita que la dominancia se encuentre más establecida. En cuanto a la motricidad, definida por Zapata (1989) como la capacidad de producir movimientos, producto de contracción muscular por los desplazamientos y segmentos del cuerpo, y la actitud y el mantenimiento del equilibrio, hace referencia tanto a la motricidad fina como a la gruesa, y a la capacidad de poder realizar una pinza más dirigida, prensiones palmares para poder sostener los utensilios, disociación falángica, disociación y armonía entre los segmentos corporales para mejorar la precisión en el mismo, entre otras,

partiendo desde un patrón postural óptimo hasta la liberación de los miembros superiores.

En cuanto a método integral como dicen Martin Martin et al. (2011, p. 1): “La alimentación es una actividad personal e individual, pero que permite la comunicación, la cohesión, la participación, el disfrute, el sentimiento de autonomía y la motivación, de tal manera que los profesionales que la abordan, conjugan una labor no solo a nivel motor, sino afectivo, psicológico y social” y como coinciden las profesionales entrevistadas, no solo se ve lo antropológico o motriz sino se ve desde una perspectiva holística, un todo, así como la manera de abordarlo utilizando diversas estrategias que va a depender de las características del paciente (edad, nivel cognitivo, destrezas motrices y propioceptivas, entre otras).

Desde la finalidad de la utilización de los utensilios destacan las profesionales el procedimiento previo al desarrollo de la actividad, la necesidad de considerar el manejo de otros utensilios con un orden preestablecido, comenzando por un el manejo unilateral de la cuchara, poder hacer el acarreo y cargar la misma; el manejo del tenedor, pudiendo pinchar y luego realizar el acarreo a la boca; el manejo del cuchillo, pudiendo realizar el aserrado; y por último poder incorporar el coordinación bimanual disociada el manejo del cuchillo y tenedor. Por lo que para considerar el abordaje del manejo del cuchillo y tenedor no solo es poder observar su lateralidad o dominancia, visión holística, sino poder colocarnos desde una perspectiva de coherencia necesaria para la enseñanza en el manejo del cuchillo y tenedor.

Respecto al segundo objetivo específico de investigación, indagar acerca de las habilidades y destrezas necesarias en el trozado de alimentos, de acuerdo con los profesionales de T.O., las profesionales, enfatizaron en las habilidades y destrezas que debe tener el niño para cubrir las demandas de dicha actividad. Como se comentó en el primer objetivo todas coinciden en que el requerimiento para ejecutar esta actividad es más complejo de lo que se supone, se necesita conocimientos previos para poder realizarla, tanto capacidades motrices como cognitivas, es decir la capacidad de poder conocer el proceso y que el paciente

será capaz de comprender la peligrosidad del manejo de los utensilios, más específicamente del cuchillo.

Además pensar que toda actividad tiene un procedimiento base pero siempre se adapta a las necesidades de cada paciente pudiendo adaptar o amoldar las habilidades del paciente a la tarea, no siempre es la tarea la que se adapta; como sostienen Dunn et al. (1998, p. 533): “la adaptación es el enfoque de intervención dirigido a encontrar formas para revisar los ámbitos actuales o demandas de la actividad para apoyar el desempeño en un ambiente natural incluyendo técnicas compensatorias, mejorando algunas características para proveer claves o reduciendo otras características para reducir la distracción”, es decir la adaptación es modificar la tareas, la forma de realizarla y/o el entorno para lograr la mayor independencia y autonomía en el funcionamiento ocupacional.

Por último, y en relación con el tercer objetivo específico de investigación, los criterios de utilización de los DTA que las profesionales destacan son 5. Comprender la funcionalidad que va a tener los mismos, porque si el paciente atraviesa algún factor anexo que se considere más importante que el manejo de los alimentos con utensilios, como en el caso de un déficit nutricional, se centran en que el niño ingiera comida en lugar de como lo hace. Como dice Losada Gómez (2007, p. 3): “los DTA para la alimentación han sido desarrollados por la misma necesidad que existe de facilitar el desempeño en esta actividad”.

Además, al observar al niño o niña desde una perspectiva holística también se considera los rasgos étnicos, etarios, culturales, entre otros, es decir el considerarlo como un medio socializador para poder compartir con sus seres queridos, ya que somos seres sociales y estamos inmersos en un medio social. En cuanto a la madurez, no solo es la edad que algunos autores consideran como punto de partida para ejecutar esta actividad, algunos consideran desde los 4 años de edad, sino la madurez cognitiva para poder comprender el proceso, su finalidad y el manejo de cada uno de los utensilios.

El valor del estudio radica en caracterizar los métodos de entrenamiento en el uso de tenedor y cuchillo, siempre acordes a las características del

paciente, y así brindar a los profesionales de T.O., sean experimentados o noveles, conocimientos y procesos que les permitan una guía o eje vertebral en sus intervenciones, las cuales en su mayoría están centradas en las ocupaciones de la vida diaria, para el caso, en las actividades de alimentación. Todo aquello que contribuya a mejorar la inclusión y/o participación de la persona en su contexto, aporta la relevancia social a un estudio y es garantía de acceso y ejercicio de sus derechos.

### ***Sugerencias o recomendaciones***

Como conclusión general, no existe un procedimiento o método de entrenamiento básico para el manejo de cuchillo y tenedor, pero es posible poder establecer un modelo posible, que existen “prerrequisitos” que se necesita que el niño o la niña haya desarrollado para poder ejecutar esta actividad, no pudiendo abordar en una primera instancia. Es por ello que, como resultado de lo recogido por los profesionales entrevistados y puntos en común entre los mismos, se elaboró un procedimiento o método de entrenamiento en el manejo de cuchillo y tenedor, constituido por los siguientes pasos:

- **Paso 1:** Definición de lateralidad del paciente: Mano hábil, mano dominante. Chequeo de habilidades motrices. Se realiza evaluación de los desafíos del niño para identificar las necesidades de apoyo.
- **Paso 2:** El mobiliario adecuado (altura), manipulación de los elementos, texturas, colocación del material a utilizar con diferente resistencia. Determinación de los DTA.
- **Paso 3:** Enseñar la finalidad de cada DTA desde el juego simbólico u otras técnicas didácticas.
- **Paso 4:** Entrenamiento mediante el gesto motor con masas/plastilinas, alimentos de su agrado, utilizar técnicas de imitación, mano sobre mano, exploración, etc.
- **Paso 5:** Mediante material audiovisual y haciendo pasar a los papás al consultorio brindar estrategias y lineamientos de trabajo para la continuidad de dicho tratamiento en el hogar.

- **Paso 6:** Evaluación mediante lo observado en los pasos anteriores de la necesidad de indicar adaptaciones para la alimentación, o sugerencias en la familia para crear un ambiente ameno para dicho momento.

- **Paso 7: Manejo de dispositivos de Tecnología de Asistencia (DTA):** Se evalúa intervención necesaria para sostener utensilios, necesidad de ajustes y adaptaciones.

a) *Tenedor y Cuchillo (con o sin adaptación):* El inicio del entrenamiento en el manejo del cuchillo y tenedor es decidido en conjunto con la familia o responsable del niño o niña, siendo en ocasiones iniciada por consejo del profesional.

**Unilateral:** Primero lograr la destreza y dominancia del manejo de la cuchara y luego el manejo del tenedor. Por último el manejo del cuchillo por separado.

**Bimanual:** Luego poder incorporar el manejo del cuchillo en coordinación diferenciada con el tenedor (utilización de dos elementos). Realizar recorrido entre el alimento y la boca. Evaluar la velocidad de ingesta y llevar a cabo secuencias para identificar necesidades.

### ***Limitaciones del estudio***

Si bien un estudio cualitativo permite recabar la información desde la mirada de los involucrados en un fenómeno, y esa es su máxima utilidad, asimismo involucra limitaciones metodológicas, al no brindar la posibilidad de generalizar los datos al resto de la población, ya que no es uno de sus objetivos intrínsecos. Tampoco permite explicar, es decir, no habla de causalidad de un resultado, sino más bien permite realizar una exhaustiva descripción y la comprensión de un fenómeno desde una perspectiva subjetiva.

En cuanto al proceso de recolección de datos, se procuró hallar conocimientos y criterios sobre protocolos de entrenamiento en el manejo del cuchillo y tenedor, sobre esto se encontraron dificultades en la comprensión de las preguntas y en dar respuestas ligadas a métodos estandarizados, por parte

de las profesionales. El criterio de las mismas se centraba en que justamente no se podía establecer un protocolo o método básico del cual partir. Depende esencialmente del paciente la intervención adecuada y pertinente y a ello remiten las conclusiones de esta tesis.

### ***Futuras líneas de investigación***

Nuevos interrogantes se generan a partir de la realización de este estudio para ser abordados por métodos de investigación, entre ellos, medir la efectividad de la aplicación de los diferentes DTA en diferentes trastornos en la alimentación o limitaciones funcionales. Por otro lado, la posibilidad de establecer un diseño de caso único, con dificultades para la alimentación y evaluar el tratamiento adecuado desde la intervención de un T.O.

## Referencias bibliográficas

- Aguilar Rebolledo, F. (2005). Alimentación y deglución. Aspectos relacionados con el desarrollo normal. *Plasticidad y restauración neurológica*, 4(1-2), 49-57. [https://www.medigraphic.com/pdfs/plasticidad/prn-2005/prn051\\_2h.pdf](https://www.medigraphic.com/pdfs/plasticidad/prn-2005/prn051_2h.pdf)
- Alegre Fernández, M. L., y Sánchez, M. B. (2018). *Modificaciones en la adecuación del desempeño ocupacional a partir del uso de productos y tecnología de ayuda en niños de 6 a 12 años con diagnóstico de parálisis cerebral durante la actividad de alimentación en un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017*. (Tesis de grado en Terapia Ocupacional). Universidad Nacional de San Martín. [https://ri.unsam.edu.ar/bitstream/123456789/64/1/TLIC\\_ICRM\\_2018\\_AF\\_ML-SMB.pdf](https://ri.unsam.edu.ar/bitstream/123456789/64/1/TLIC_ICRM_2018_AF_ML-SMB.pdf)
- Aragó Miñana, A. I. (18 de junio de 2018). *Uso de los cubiertos en la infancia*. Psicología Infantil Ábaco. <https://psicoabaco.es/uso-de-los-cubiertos-en-la-infancia/>
- Ares Senra, L. D. (2012). Análisis de una actividad ocupacional: Marco de trabajo para la práctica de la terapia ocupacional de la Asociación Americana de Terapia Ocupacional: Dominio y proceso. *Revista Gallega de Terapia Ocupacional TOG (A Coruña)*, 9(16), 1-15. <http://revistatog.com/num16/pdfs/caso2.pdf>
- Asociación Argentina Terapeutas Ocupacionales (AATO). (2024). *Terapia Ocupacional*. AATO. [https://terapia-ocupacional.org.ar/?page\\_id=769](https://terapia-ocupacional.org.ar/?page_id=769)
- Asociación Americana de Terapia Ocupacional (2020). *Marco de trabajo para la práctica en Terapia Ocupacional: Dominio y proceso* (4ª ed.). The American Journal of Occupational Therapy. <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.74S2001>

- Dunn, W., McClain, L. H., Brown, C., & Youngstrom, M. J. (1998). The ecology of human performance. In M. E. Neistadt & E. B. Crepeau (Eds.), *Willard and Spackman's occupational therapy* (pp. 525–535). Lippincott Williams & Wilkins.
- Dunton, W. R. y Licht, S. (1957). *Terapia Ocupacional. Principios y práctica*. Charles C. Thomas.
- Gibbs, G. (2012). *El análisis de datos cualitativos en investigación cualitativa*. Ediciones Morata.
- Gómez Benítez, Y. (2019). *Manual de etiqueta y protocolo en la mesa*. Editorial Arcopress.
- Hernández Sampieri, R., y Mendoza Torres, C. P. (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw-Hill education.
- Jorquera, S., y Romero Ayuso, D. M. (2016). Terapia ocupacional utilizando el abordaje de integración sensorial: Estudio de caso único. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 16(1), 115-124.  
[https://www.researchgate.net/profile/Dulce-Romero-Ayuso/publication/304936647\\_Terapia\\_Ocupacional\\_utilizando\\_el\\_abordaje\\_de\\_integracion\\_sensorial/links/577d509e08aed39f598f7272/Terapia-Ocupacional-utilizando-el-abordaje-de-integracion-sensorial.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Dulce-Romero-Ayuso/publication/304936647_Terapia_Ocupacional_utilizando_el_abordaje_de_integracion_sensorial/links/577d509e08aed39f598f7272/Terapia-Ocupacional-utilizando-el-abordaje-de-integracion-sensorial.pdf)
- Ley nº 27.051. (2015). *Ejercicio de la Profesión de Terapeutas Ocupacionales, Terapistas Ocupacionales y Licenciados en Terapia Ocupacional*. Boletín Nacional, Argentina. 23 de diciembre de 2015.  
<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27051-240572>
- Losada Gómez, A. (2007). Dispositivos de tecnología de asistencia para alimentación. *Revista Gallega de Terapia Ocupacional*, (5), 1-23.  
<http://www.revistatog.com/num5/pdfs/ORIGINAL3.pdf>

- Martin Martín, L., Serrano Guzmán, M., Valenza Marie, C., Cabrera Martos, I. (2011). La alimentación humana. La perspectiva de la terapia ocupacional y la antropología. *Revista Gallega de Terapia Ocupacional TOG (A Coruña)*, 8(14), 1-15.  
<https://www.revistatog.com/num14/pdfs/original3.pdf>
- Moruno Miralles, P., y Romero Ayuso, D. M. (2006). *Actividades de la vida diaria*. Editores Masson.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2011). *Clasificación Internacional del Funcionamiento y la discapacidad*, [CIF].
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2024). *Tecnología de asistencia*.  
[https://www.who.int/es/health-topics/assistive-technology#tab=tab\\_2](https://www.who.int/es/health-topics/assistive-technology#tab=tab_2)
- Papalia, D. E., y Martorell, G. (2017). Desarrollo físico y cognoscitivo en la niñez temprana. En D. E. Papalia y G. Martorell, *Desarrollo Humano* (Decimotercera edición) (pp. 194-229). McGraw-Hill Education.
- Polonio López, B., Castellanos Ortega, M. C., y Viana Moldes, I. (2008). *Terapia Ocupacional en la infancia: teoría y práctica*. Editorial Médica Panamericana.
- Rincón Martínez D. C., Ríos J. P., y Romero Espinosa, M. (2016). Desarrollo de una guía para la prescripción de productos de apoyo de baja complejidad en la actividad de alimentación. *Revista Ocupación Humana*, 16(1), 5–18.  
<https://doi.org/10.25214/25907816.10>
- Rodríguez Gómez, G., Gil Flores, J., y García Giménez, E. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa*. Ediciones Aljibe.
- Romero Ayuso, D. M. (2007). Actividades de la vida diaria. *Anales de Psicología*, 23(2), 264–271.  
<https://revistas.um.es/analesps/article/view/22291/21571>.
- WFOT. (2024). *About Occupational Therapy*. <https://wfot.org/about/about-occupational-therapy>

- Yuni, J. A., y Urbano, C. A. (2014). *Técnicas para investigar. Recursos metodológicos para la preparación de proyectos de investigación*. Editorial Brujas.
- Zamora, J. G. (2009). Ayudas técnicas para facilitar la alimentación de las personas discapacitadas. *Fichas de Ortopedia*, 28(4), 108-113.  
<https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-ayudas-tecnicas-facilitar-alimentacion-personas-13136835>
- Zapata, O. (1989). *El aprendizaje por el juego en la escuela primaria* (1ª edición). Editorial Pax.

## **Anexos**

### **Anexo I: Consentimiento informado para los participantes de la investigación.**

#### **Parte informativa**

El propósito del presente documento de consentimiento informado es brindar a cada participante de la investigación titulada: “Métodos de entrenamiento en el manejo de cuchillo y tenedor para la ingesta en niños y niñas de 3 a 12 años, desde la perspectiva de los profesionales de TO”, una explicación clara de la naturaleza, objetivos, características y del rol que se espera de ellos en la misma.

La investigación mencionada es llevada adelante por la/el estudiante Eliana Carolina Heredia de la Facultad de Kinesiología, de la Universidad Juan A. Maza. El objetivo de este estudio es exponer los diferentes estilos de enseñanza del manejo de cuchillo y tenedor en niños y niñas de 3 a 12 años de edad desde la Terapia Ocupacional. Para participar, se requiere que sea Lic. en Terapia Ocupacional y que haya trabajado alguna vez con niños/as.

Si usted accede a participar en esta investigación se le va a pedir que pueda responder a este formulario con el consentimiento informado y preguntas de datos sociodemográficos. Luego a una entrevista semiestructurada, la cual se hará a través de una videollamada o presencial (a convenir). La misma será grabada en su audio, sólo con razones académicas y para su posterior transcripción para el análisis de datos.

La participación en este estudio es voluntaria, no presenta ningún riesgo para quien participa y puede ejercer el derecho a retirarse en cualquier momento que el participante lo desee. La información proporcionada y recabada es absolutamente confidencial y anónima. El uso de la misma será sólo con fines de investigación y estrictamente académicos. Si tiene alguna duda sobre la naturaleza y/o procedimiento de este estudio, en cualquier momento que desee, puede realizar preguntas que permitan aclararlas; como también puede abandonar la investigación, sin que ello lo perjudique. Si alguna pregunta o

situación le resulta incómoda, tiene el derecho de hacérsela saber al investigador o de no responderla.

Al finalizar este trabajo, se procederá a realizar una devolución de los resultados obtenidos.

En el caso de tener dudas, preguntas, comentarios sobre la participación y/o procedimiento, puedo contactar a Eliana Carolina Heredia al mail herediaeliana27@gmail.com o cel. 261-2486268.

Desde ya, se agradece su participación.

### **Parte declarativa**

Por medio de la presente, hago constar por mi propio derecho, que estoy de acuerdo en formar parte, de manera voluntaria, del proyecto de investigación sobre "Dos métodos de entrenamiento en el manejo de cuchillo y tenedor para un objetivo en común: Alimentación " la cual es conducida por la estudiante de Terapia Ocupacional Eliana Heredia.

Reconozco que la información que pueda brindar en esta investigación es confidencial y anónima. El uso de la misma será sólo con fines de investigación y estrictamente académicos.

He sido informado/a de que puedo realizar preguntas en cualquier momento y de la misma manera, puedo retirarme del mismo sin que ello implique algo perjudicial hacia mi persona.

Acepto:

**SÍ**

**NO**

## **Anexo II: Guía de preguntas de la entrevista semiestructurada**

La guía se basa en los ejes temáticos que derivan de los objetivos específicos de investigación:

**Eje temático 1:** Características, ventajas y desventajas de cada estilo de enseñanza.

- *¿Conoce algún protocolo o método de enseñanza en relación con la enseñanza del manejo de cuchillo y tenedor?*
- *¿Cuál es ese método o protocolo? Describir.*
- *Por favor, describa cómo es el paso a paso en el momento de enseñar el manejo de cuchillo y tenedor en el trozado de alimentos ¿Qué características tiene cada estilo?*

**Eje temático 2:** Habilidades y destrezas necesarias en la enseñanza en el trozado de alimentos.

- *¿Qué habilidades y destrezas cree que debería de tener el niño/a para el manejo de cuchillo y tenedor en la alimentación?*

**Eje temático 3:** Criterios utilizados en el manejo de Dispositivos de Tecnología de asistencia para la alimentación.

- *¿Con qué criterio el/la Terapeuta Ocupacional selecciona el modo de usar los DTA para la alimentación (cuchillo y tenedor) más adecuados para cada paciente? ¿Por qué?*