



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA EDUCACIÓN, EL ARTE Y LA COMUNICACIÓN
CARRERA DE PSICORREHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL

TÍTULO

LA ATENCIÓN TEMPRANA Y SU INFLUENCIA EN EL DESARROLLO MOTRIZ GRUESO EN LOS NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS DE EDAD CON PARÁLISIS CEREBRAL, QUE ASISTEN AL CENTRO DE REHABILITACIÓN PARA NIÑAS, NIÑOS Y JÓVENES CON DISCAPACIDAD SENDERO DE ALEGRÍA, DE LA CIUDAD DE LOJA. PERIODO 2014.

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE LICENCIADA EN PSICORREHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL.

AUTORA

Maricela Delfina Maza Maza

DIRECTORA

Dra. Alexandra del Carmen Guerrero Analuisa Mg. Sc.

LOJA-ECUADOR

2016

CERTIFICACIÓN

**DRA. ALEXANDRA DEL CARMEN GUERRERO ANALUISA, MG. SC.
DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICORREHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN
ESPECIAL DEL ÁREA DE LA EDUCACIÓN, EL ARTE Y LA
COMUNICACIÓN DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA.**

CERTIFICA:

Haber dirigido, asesorado, revisado con pertinencia y rigurosidad científica en todas sus partes, en concordancia con el mando del Art. 139 del Reglamento de Régimen Académico de la Universidad Nacional de Loja, el desarrollo de la tesis de Licenciatura en Psicorrehabilitación y Educación Especial: **LA ATENCIÓN TEMPRANA Y SU INFLUENCIA EN EL DESARROLLO MOTRIZ GRUESO EN LOS NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS DE EDAD CON PARÁLISIS CEREBRAL, QUE ASISTEN AL CENTRO DE REHABILITACIÓN PARA NIÑAS, NIÑOS Y JÓVENES CON DISCAPACIDAD SENDERO DE ALEGRÍA, DE LA CIUDAD DE LOJA. PERIODO 2014**, de la autoría de la egresada Maricela Delfina Maza Maza. En consecuencia, el informe reúne los requisitos, formales y reglamentos, autorizo su presentación y su sustentación ante el Tribunal de grado que se designe para el efecto.

Loja, 31 de julio del 2014



Dra. Alexandra del Carmen Guerrero Analuisa Mg. Sc.

DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo, Maricela Delfina Maza Maza, declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.

Autora: Maricela Delfina Maza Maza

Firma: 

Cédula: 110490834-6

Fecha: 21 de junio del 2016

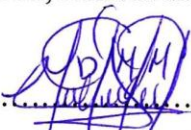
CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DE LA AUTORA, PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL, Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO.

Yo, Maricela Delfina Maza, declaro ser autora de la tesis titulada **LA ATENCIÓN TEMPRANA Y SU INFLUENCIA EN EL DESARROLLO MOTRIZ GRUESO EN LOS NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS DE EDAD CON PARÁLISIS CEREBRAL, QUE ASISTEN AL CENTRO DE REHABILITACIÓN PARA NIÑAS, NIÑOS Y JÓVENES CON DISCAPACIDAD SENDERO DE ALEGRÍA, DE LA CIUDAD DE LOJA. PERIODO 2014**, como requisito para optar al grado de Licenciada en Psicorrehabilitación y Educación Especial; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los veintiún días del mes de Junio del dos mil dieciséis, firma la autora.

Firma: 

Autora: Maricela Delfina Maza Maza

Cédula: 110490834-6

Dirección: Loja, calles Alemania y Grecia Manuel Alberto Zambrano-EPOCA

Correo Electrónico: maricelita_86@hotmail.com

Teléfono: 072107220 **celular:** 0986628516

DATOS COMPLEMENTARIOS

Directora de Tesis: Dra. Alexandra del Carmen Guerreo Analuisa, Mg. Sc.

Tribunal de Grado:

Dra. Alba Valarezo Cueva. Mg. Sc.

Presidenta de Tribunal

Dra. Lourdes Ordoñez Salinas Mg. Sc.

Primer Vocal

Lic. Esther González Mg. Sc.

Segunda Vocal

AGRADECIMIENTO

Primeramente me gustaría agradecerle a mi Dios por darme sabiduría para llegar hasta donde he llegado, porque hiciste realidad este sueño anhelado a la UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA, DE LA CARRERA DE PSICORREHABILITACIÓN Y EDUCACION ESPECIAL por haberme dado la oportunidad de estudiar y ser una profesional

Agradezco a todos los docentes de la institución donde me forme como profesional por haberme impartido sus conocimientos, su paciencia y su motivación a terminar mis estudios con éxito.

También doy gracias al Lic. Néstor Morales coordinador del centro de rehabilitación para niñas, niños con discapacidad “Sendero de Alegría” donde se desarrolló el proyecto de tesis, por su colaboración en el suministro de los datos necesarios para la realización de la parte empírica de esta investigación.

Son muchas las personas que han formado parte de mi vida profesional y las que me encantaría agradecerles por su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de mi vida. Algunas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y en mi corazón, mas sin importar en donde estén quiero darles las gracias por formar parte de mí, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones.

La Autora

DEDICATORIA

La concepción de este proyecto está dedicado a Dios por darme vida, fuerza y perseverancia que me permitió superar obstáculos y dificultades a lo largo de toda mi carrera.

A mis padres por ser el pilar fundamental en mi vida y por manifestarme siempre su cariño, amor y apoyo incondicional en los momentos más difíciles, con su ejemplo me han enseñado a no desmayar ni rendirme ante nada.

Para mis hermanos (as) que estuvieron siempre apoyándome en los buenos y malos momentos siendo lo más importante para mí.

A mis hijos Arelis y Gabriel, que son el motivo y la razón para seguir superándome día a día, para alcanzar mis más apreciados ideales de superación, ellos fueron quienes en los momentos más difíciles con su amor, comprensión y fortaleza me alentaron para poder superarlos. También dejo a cada uno de ellos una enseñanza que cuando se quiere alcanzar algo en la vida, no hay tiempo ni obstáculo que lo impida para poderlo realizar.

Maricela Maza

MATRIZ DE ÁMBITO GEOGRÁFICO

| ÁMBITO GEOGRÁFICO DE LA INVESTIGACIÓN | | | | | | | | | | | |
|---|---|--------|-----------|-------------------|----------|------------|--------|-----------|-------------------|-----------------------|---|
| BIBLIOTECA: ÁREA DE LA EDUCACIÓN, EL ARTE Y LA COMUNICACIÓN | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO | AUTORA / NOMBRE DEL DOCUMENTO | FUENTE | FECHA AÑO | ÁMBITO GEOGRÁFICO | | | | | | OTRAS Desagregaciones | OTRAS OBSERVACIONES |
| | | | | NACIONAL | REGIONAL | PROVINCIAL | CANTÓN | PARROQUIA | BARRIOS COMUNIDAD | | |
| TESIS | Maricela Delfina Maza Maza LA ATENCIÓN TEMPRANA Y SU INFLUENCIA EN EL DESARROLLO MOTRIZ GRUESO EN LO NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS DE EDAD CON PARÁLISIS CEREBRAL, QUE ASISTEN AL CENTRO DE REHABILITACION PARA NIÑAS, NIÑOS Y JOVENES CON DISCAPACIDAD SENDERO DE ALEGRÍA, DE LA CIUDAD DE LOJA. PERIODO 2014. | UNL | 2016 | ECUADOR | ZONA 7 | LOJA | LOJA | El Valle | Ciudad la Paz | CD | LICENCIADA EN PSICORREHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL |

ESQUEMA DE TESIS

- i. PORTADA
- ii. CERTIFICACIÓN
- iii. AUTORÍA
- iv. CARTA DE AUTORIZACIÓN
- v. AGRADECIMIENTO
- vi. DEDICATORIA
- vii. MATRIZ DE ÁMBITO GEOGRÁFICO
- viii. MAPA GEOGRÁFICO Y CROQUIS
- ix. ESQUEMA DE TESIS
 - a. TÍTULO
 - b. RESUMEN (CASTELLANO E INGLÉS) SUMMARY
 - c. INTRODUCCIÓN
 - d. REVISIÓN DE LITERATURA
 - e. MATERIALES Y MÉTODOS
 - f. RESULTADOS
 - g. DISCUSIÓN
 - h. CONCLUSIONES
 - i. RECOMENDACIONES
 - j. BIBLIOGRAFÍA
 - k. ANEXOS
 - PROYECTO DE TESIS
 - OTRO ANEXOS

a. TÍTULO

LA ATENCIÓN TEMPRANA Y SU INFLUENCIA EN EL DESARROLLO MOTRIZ GRUESO EN LOS NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS DE EDAD CON PARÁLISIS CEREBRAL, QUE ASISTEN AL CENTRO DE REHABILITACIÓN PARA NIÑAS, NIÑOS Y JÓVENES CON DISCAPACIDAD SENDERO DE ALEGRÍA, DE LA CIUDAD DE LOJA. PERIODO 2014.

b. RESUMEN

La presente investigación se encaminó con el propósito de conocer cómo la atención temprana influye en el desarrollo motriz grueso en los niños de 2 a 5 años de edad con parálisis cerebral, que asisten al centro de rehabilitación para niñas, niños y jóvenes con discapacidad Sendero de Alegría de la ciudad de Loja. Para el cumplimiento del mismo se utilizaron métodos: Científico, Cualitativo, Analítico, Inductivo, Método Hermenéutico, Técnica Estadístico-Descriptivo; instrumentos: Adaptación del test de desarrollo psicomotor TEPSI de 0-5 años de edad.

Con una muestra de 5 niños/as con Parálisis Cerebral de 2 a 5 años, los cuales en la valoración de los niños se diagnosticó que presentan problemas en equilibrio, tono muscular y locomoción, la mayoría se encuentra con un indicador de riesgo y luego durante la aplicación de las actividades de atención temprana (equilibrio, tono muscular, locomoción) se presencié una mejoría progresiva. Luego de haber obtenido los resultados se concluye que por medio de la atención temprana que se le brinda al niño como terapias y actividades, se logra una significativa mejora en todos los parámetros anteriormente expresados. La idea es abrir canales sensoriales para que el niño adquiriera mayor información del mundo que lo rodea. Es importante conocer al niño y evaluarlo con una observación focalizada, para saber por dónde empezar a ofrecerle la ayuda, poniendo el énfasis en sus áreas de desarrollo y al mismo tiempo atendiendo diferentes funciones como atención y memoria. Por lo tanto es recomendable continuar las actividades que potencian el desarrollo motriz grueso.

SUMMARY

This research was headed for the purpose of applying care how early influences large motor development in children 2-5 years old with cerebral palsy, who attend the rehabilitation center for children and youth with disabilities Trail Joy city of Loja. To comply with the same methods were used: Scientific, Quantitative, Analytical, inductive-deductive, hermeneutical method, descriptive statistical method; tools: Adaptation of psychomotor development test TEPSI 0-5 years as a result of the investigation it was determined that the sample initially comprised of 5 children / as with Cerebral Palsy 2-5 years found that balance in paragraphs, muscle tone, locomotion most children lies in the assessment of late, and during the implementation of early intervention activities (balance, muscle tone, locomotion) witnessed a gradual improvement and revaluation in the balance parameter , muscle tone and locomotion, most are in the risk indicator. After obtaining the results we conclude that through the stimulation will provide the infant situations that invite them to learning. The idea is to open sensory channels for the child to acquire more information about the world around him. It will be important to know the child and evaluate it with a focused observation, to know where to begin to offer the experiences, emphasizing areas of development while stimulating go different functions as attention, memory, language. Therefore it is recommended to perform more activities for them to improve skills that boost gross motor development.

c. INTRODUCCIÓN

La presente investigación tiene como propósito conocer LA ATENCIÓN TEMPRANA Y SU INFLUENCIA EN EL DESARROLLO MOTRIZ GRUESO EN LOS NIÑOS Y NIÑAS DE 2 A 5 AÑOS DE EDAD CON PARÁLISIS CEREBRAL QUE ASISTE AL CENTRO DE REHABILITACIÓN PARA NIÑAS, NIÑOS Y JÓVENES CON DISCAPACIDAD SENDERO DE ALEGRÍA, DE LA CIUDAD DE LOJA PERIODO 2014.

Para este trabajo investigativo se tomaron en cuenta las tres categorías, en primera instancia señalar la definición de cada una de las variables en estudio, que a continuación se indican:

(Montaño, 2002, pág. 45) Afirma:

La atención Temprana e Intervención Temprana coinciden en un momento de su significado, cuando reconocen a la prevención, como un efecto real y objetivo de su discurso teórico y su praxis específica; pero es en esta última, donde estriba la diferencia: la estimulación se constata generalmente, como un proceso natural y en ocasiones intuitivo, para el cual, cuando el sustrato biológico y socio ambiental son adecuados, no se requiere de especialización ni planificación; se trata de un instrumento valioso de activación de las potencialidades del niño. En cambio, intervenir significa y presupone, activar un conjunto de acciones dirigidas a modificar el curso del desarrollo en presencia de un estigma que puede condicionar una alteración en el niño.

La atención temprana es fundamental en el recién nacido ya que permite mejorar la calidad de vida de los niños y niñas que padecen de este trastorno de parálisis cerebral, consiste en aprovechar la estimulación a nivel de los músculos y articulaciones, buscando mejorar la motricidad gruesa en los niños, niñas y jóvenes con parálisis cerebral.

Para (Arce, 1999, págs. 37-38) menciona que el desarrollo motor grueso:

Es el primero en hacer su aparición, desde el momento en el que el bebé empieza a sostener su cabeza. Sentarse sin apoyo, gatear, caminar, correr, saltar, subir escaleras, son otros logros de motricidad gruesa que, con el paso de los años, irá adquiriendo y aprendiendo el niño. La

motricidad permite al niño relacionarse con su entorno. La motricidad depende de la integridad del sistema piramidal, extra piramidal, de los circuitos tono reguladores, de los pares craneales (tronco cerebral), que rigen los movimientos de cabeza y cuello; y de los nervios espinales (ME), que rigen los movimientos del tronco y extremidades.

En el desarrollo normal, etapa tras etapa, los logros iniciales se modifican, se perfeccionan y se adaptan para integrarse en patrones de movilidad y destreza más finas y selectivas. El niño con PC también se desarrolla, pero con mayor lentitud. Su desarrollo no solo se retarda, sino que sigue cauces anormales. Todos los niños con PC cumplen sus etapas más tarde de lo normal, no importa su inteligencia y su grado de desenvolvimiento. Además, tarde o temprano, según la severidad del caso, a este retardo de la maduración se suma una desviación con respecto al desarrollo normal, desviación que se manifiesta con actividades motoras anormales. Estas actividades motoras anormales se evidencian cuando el niño aumenta su actividad, cuando intenta sentarse, usar sus brazos y manos, etc.

(Ferrero, 2013, pág. 79) considera que la parálisis cerebral “Es un grupo de alteraciones no progresivas del movimiento y la postura que limitan la actividad, debida a un lesión del cerebro no progresiva, ocurrida durante el desarrollo cerebral del feto o el niño pequeño”

La Parálisis Cerebral no es una enfermedad aislada, sino un nombre dado a una gran variedad de síndromes con alteraciones neuromotoras, ocurridas de manera secundaria a una lesión en el cerebro en desarrollo. El daño al cerebro es permanente y no puede ser curado, pero las consecuencias pueden ser minimizadas.

El presente trabajo investigativo contiene los siguientes objetivos específicos:

Caracterizar los referentes teóricos y metodológicos de la atención temprana para el desarrollo motriz grueso en los niños y niñas de 2 a 5 años de edad con Parálisis Cerebral, Diagnosticar el nivel del desarrollo motriz grueso de los niños y niñas de 2 a 5 años de edad con Parálisis Cerebral, Establecer la atención temprana para el desarrollo motriz grueso en lo niños y niñas de 2 a 5 años de edad con Parálisis Cerebral, Aplicación de la atención temprana para el desarrollo motriz grueso en lo niños y niñas

de 2 a 5 años de edad con Parálisis Cerebral, Validar la aplicación de la atención temprana para el desarrollo motriz grueso en los niños y niñas de 2 a 5 años de edad con Parálisis Cerebral.

Dentro de la revisión de literatura que sustenta el trabajo investigativo se encuentra distribuida de las siguientes variables; El primer apartado del marco teórico se encuentra constituido por, **PARÁLISIS CEREBRAL**, en la cual consta, concepto, causas, clasificación fisiológica según el grado de dependencia, Desarrollo del niño con parálisis cerebral.

En la segunda sección por, **MOTRICIDAD GRUESA**, en la que se incluyó introducción, definición de la motricidad gruesa, áreas de la psicomotricidad, motricidad fina, desarrollo motriz.

En el tercer epígrafe por, **LA ATENCIÓN TEMPRANA** en la cual se describe, definición, beneficios que tiene la atención temprana, técnicas dentro de la atención temprana.

Para el avance de la investigación se requirió de la utilización de varios métodos los cuales fueron:

Método analítico: Permite conocer el objeto de estudio con el cual se logró realizar comparaciones de los datos obtenidos logrando llegar de una manera clara y concisa a la relación de las variables establecidas en el trabajo investigativo.

Método Inductivo: Este método fue utilizado durante la investigación para procesar de la mejor manera, los datos obtenidos a través de la misma, permitiéndonos una adecuada interpretación de los datos. Así una síntesis de un trabajo producto de la realidad que sirvió de conocimiento y experiencia.

Método Hermenéutico: Permite la recopilación y clasificación de la literatura y la bibliografía adecuada, para poder comprender toda la revisión de literatura que fue de utilidad y para adquirir un análisis correcto de los datos obtenidos y una comparación

basándose en criterios de diferentes autores pretendiendo explicar las relaciones existentes entre un hecho y el contexto en el cual acontece.

Técnica Estadística: Sirvió como proceso de obtención, representación, simplificación, análisis e interpretación de los valores numéricos de los resultados obtenidos; logrando de una manera más probable la mejor comprensión de la realidad.

Método Descriptivo: Sirvió para realizar la descripción integral de todas las actividades que se llevaron a cabo dentro del proceso del trabajo de investigación realizado.

La población del presente trabajo investigativo estuvo conformado por 98 personas entre niños/as y terapistas, de los cuales se tomó como muestra 5 niños/as con parálisis cerebral.

Los instrumentos aplicados, fueron: la adaptación del test de desarrollo psicomotor TEPSI 0-5 años con sub test de equilibrio, tono muscular, locomoción con 9 parámetros observables cada uno de ellos, calificando con 1 el parámetro de SI y -1 el cuantificación de NO, la prueba tiene un valor de 27 puntos; el test cuenta con valoraciones de 0-9 Retraso, de 10-18 Riesgo y de 19-27 Normal. El registro de actividades consta de técnicas de atención temprana para el desarrollo motriz grueso mismas que se aplicaron en un tiempo considerado de 30 a 45 minutos diarios alternando actividades para cada una de las áreas a atender para mejorar el desarrollo motriz grueso. Por último se revaloró la motricidad gruesa con instrumento la adaptación del test de desarrollo psicomotor TEPSI 0-5 años.

La atención temprana mediante el desarrollo motriz grueso de los niños y niñas se mejoró ya que a través de la práctica de las actividades de coordinación, flexión extensión, equilibrio y ejercicios de tono muscular las habilidades motoras gruesas se agudizan permitiendo que el niño tenga movimientos más amplios de brazos, piernas y pies, o del cuerpo entero, para de esta manera poder ponerse en contacto con su alrededor, por lo tanto se recomienda a los terapistas que trabajen con ejercicios que permitan estimular el nivel del desarrollo motriz grueso de los niños y niñas, utilizando una adecuada atención temprana, ya que esto ayudara en lo posterior al desarrollo óptimo de los niños y niñas.

d. REVISIÓN DE LITERATURA

1. PARÁLISIS CEREBRAL

Concepto de parálisis cerebral

(Castellanos, 2007, pág. 67) Afirma que:

La Parálisis cerebral (en adelante PC), también conocida como Parálisis cerebral Infantil, abarca un conjunto de trastornos crónicos debidos a una lesión o defecto en el desarrollo del cerebro inmaduro (trastorno neuromotor). Para poder hablar de PC, la lesión tiene que ocurrir en el período comprendido entre los primeros días de gestación y los 3 o 5 años de vida.

(García C. , 1993, pág. 65) Menciona que:

El término Parálisis hace referencia a una debilidad o problema en la utilización de los músculos, que se manifiesta con alteraciones en el control del movimiento, el tono muscular y la postura. Mientras que el término Cerebral quiere resaltar que la causa de la parálisis cerebral radica en una lesión en las áreas motoras del cerebro que controlan el movimiento y la postura.

La Parálisis Cerebral es un término descriptivo que se ha empleado históricamente para agrupar con objetivos terapéuticos, epidemiológicos y administrativos a diversos desórdenes motores y posturales causantes de limitación en la actividad.

Causas de la Parálisis Cerebral

(Pallas, 2007, pág. 70) Concluye que:

No se puede decir que haya una causa de la parálisis cerebral, sino que puede sobrevenir por distintos factores que tienen lugar antes, durante o después del nacimiento, dentro de los tres primeros años de vida. Entre un diez y un quince por ciento de los niños/as con PC adquieren este trastorno en los meses siguientes al parto y suele ser consecuencia de infecciones cerebrales, como la meningitis bacteriana o la encefalitis vírica, o bien, por lesiones en la cabeza. En muchos casos, ni siquiera se conoce la causa que la desencadenó; únicamente se

observa una alteración del desarrollo cerebral o una lesión en la región del cerebro encargada del control de la función motora. Lo que sí es cierto, es que es muy rara la Parálisis Cerebral.

Causas prenatales

Para el autor (Pallas, 2007, pág. 55):

Las causas prenatales son la incompatibilidad sanguínea está relacionada con la Ictericia Infantil. La PC se puede producir a causa de algún acontecimiento que tiene lugar durante el parto o en los momentos inmediatamente posteriores al nacimiento; también por desprendimiento de la placenta, anoxia o asfixia perinatal, en los casos de asfixia grave, existe riesgo de daño cerebral a largo plazo, pudiendo dar origen a un encéfalo patiahipóxica-isquémica y las causas postales son aquellas que actúan después del parto, hasta los tres años de vida: Enfermedades infecciosas o accidentes cardiovasculares, meningitis, traumatismos o golpes en la cabeza, deshidratación.

Clasificación Fisiológica según el grado de dependencia

Según (Martínez, 2003). El grado de afectación está determinado por la extensión de la lesión cerebral.

Grave. Carece de autonomía para la realización de todas o casi todas las actividades de la vida diaria (vestirse, comer, asearse), por lo que precisa de la ayuda de otra persona para poder vivir. Necesitará una silla de ruedas o un equipo especial o Moderada. Necesita apoyo de una tercera persona para determinadas actividades y/o ayudas técnicas u ortopédicas como un bastón.

Leve. Es totalmente independiente, aunque parece torpe cuando realiza alguna actividad.

Características orofaciales según efectos funcionales.

(Nasso, 2008). Indica que la clasificación clínica de la cuadriplejia se basa en la naturaleza del trastorno motriz, tono muscular y la distribución anatómica del problema y nos interesa tener muy claros estos tipos de alteraciones ya que las repercusiones orofaciales son visibles y detectables tempranamente:

Espástica: significa rigidez, aumento del tono muscular, se produce normalmente cuando las células nerviosas de la capa externa del cerebro o corteza, no funcionan correctamente. Se subclasifican por su localización en: Hemiplejía; unilateral, la mitad izquierda o la derecha del cuerpo está afectada, Cuadriplejía; afecta a todas las extremidades, los dos brazos y las dos piernas, Diplejía; afecta a las dos piernas, pero los brazos están bien o ligeramente afectados.

Atetosis: Se encuentran afectados los núcleos de la base, se caracteriza por movimientos involuntarios prominentes y/o tono muscular fluctuante, el subtipo más común, los músculos cambian rápidamente de flojos a tensos. Sus brazos y sus piernas se mueven de una manera descontrolada, y puede ser difícil entenderles debido a que tienen dificultad para controlar su lengua, la respiración y las cuerdas vocales. (Nasso, 2008).

Atáxica: se afecta el cerebelo, hay dificultades para controlar el equilibrio, y si aprenden a caminar lo harán de una manera bastante inestable. Son propensos a tener movimientos en las manos.

Las disfunciones neuromusculares pueden provocar que el niño rechine los dientes (bruxismo) que de acuerdo a la fuerza se escuche como fricción, en estos casos puede recurrirse a placas de relajación que deberán cambiarse periódicamente ya que son perforadas después de un tiempo (Nasso, 2008).

Desarrollo Psicoevolutivo del niño

| EDAD | DESARROLLO MOTOR | DESARROLLO SOCIAL | DESARROLLO AFECTIVO | DESARROLLO COGNITIVO |
|-------------------|--|--|---|---|
| 0 A 1 AÑOS | -Función oral alimenticia -Ritmos de sueño, vigilia y alimentación | -Relación Madre-hijo -Reconoce rostros desconocidos | -A través de la lactancia se completa el ciclo de la maternidad, y | -Ejercicios de reflejos -Función de succionar -Función de |
| 1 A 2 AÑOS | -Estadio del reflejo -Movilidad (volteo) -Manipula objetos -Balbucea | -Se disgusta -Reacciona frente a los extraños con lloros | por medio de ésta se desarrolla la empatía -Expresa necesidades a través de gestos, actitudes, los cuales intercambian afectivamente con los demás | morder -Etapa del suelo: movimiento, desplazamiento, gateo -Emisión de la primera palabra |
| 3 A 4 AÑOS | -Se mantiene de pie -Da sus primeros pasos -Controla y domina su cuerpo -Camina correctamente -Curiosidad por explorar diferentes partes del cuerpo. | -Relaciones con el medio exterior -Surge el “no” (negación frente a todo) -Control de esfínteres | -Se inicia la conquista de la autonomía -Interioriza prohibiciones (deben ser pocas y permanentes, ya que ello le darán seguridad y confianza) | -Actividad objetal (aprende la función que tiene cada objeto) -Desarrollo del lenguaje en forma importante |

| | | | | |
|-----------------------|--|--|--|---|
| 4 A 5 AÑOS | <ul style="list-style-type: none"> -Coordina mejor sus movimientos -Se pone de puntillas -Apila en equilibrio cubos | <ul style="list-style-type: none"> -Control de esfínteres (diurna y nocturna) -Curiosidad -Fase del negativismo -Reconoce a otras personas | <ul style="list-style-type: none"> -Puede coger rabinetas -Puede pegar o morder -Puede dar patadas -Puede entrar en rabinetas con los padres -Teme a ser abandonado | <ul style="list-style-type: none"> -Aumento de vocabulario (de 150 a los 2 años a 1.500) |
|-----------------------|--|--|--|---|

Fuente: Estimulación Temprana: Prevención, Rehabilitación (Mariana E. Narvarte Tomo 1)

2. ATENCIÓN TEMPRANA

Definición de atención temprana

(García F. , 2002, pág. 74) Afirma que “La atención temprana es un conjunto de técnicas psicopedagógicas que, trabajadas en forma sistemática con los niños, permite mantener, acelerar y optimizar el desarrollo del niño, durante los dos primeros años de vida.”

(Aranda, 2008, pág. 34) Menciona que “Es el conjunto de medios técnicas, y actividades que se aplica en forma sistémica y secuencial desde el nacimiento con el objetivo de desarrollar al máximo las capacidades cognitivas, físicas psíquicas y afectivas de nuestros hijos“

Beneficios que tiene la atención temprana

(López, 2010, pág. 16) Concluye que “Los niños que han vivido diferentes y variadas experiencias en un ambiente lúdico y sin presión, se sienten más capaces, disfrutan de numerosos intereses y tienen mayor facilidad para aprender”

La atención temprana permite aprovechar la capacidad de aprendizaje y adaptabilidad del cerebro, proporcionando estímulos repetitivos que potencien las funciones cerebrales de mayor interés: Durante los 5 primeros años de vida, el cerebro tiene como una de sus principales características la “plasticidad” la cual va disminuyendo poco a poco sin perderse por completo.

Esta característica ayuda a agilizar la conexión entre las neuronas haciendo posible que el niño fije los conocimientos con mayor facilidad, ayuda a establecer nuevas conexiones logrando que el niño relacione los nuevos conocimientos con los ya aprendidos y favorece al correcto proceder, lo que ayuda a realizar correctamente una tarea en un determinado momento.

Por lo tanto la Atención Temprana estrechar la relación adulto-niño, es importante rescatar la importancia de este vínculo porque es a través de las enseñanzas y el afecto del adulto hacia los niños que ellos crecerán en un ambiente de sana convivencia.

Atención Temprana y las Técnicas.

Actividades sala cuna menor.

(Benito, 2000, pág. 98) Manifiesta que:

Durante los primeros meses, los niños (as) juegan con su propio cuerpo, juntan las manos, se toman los pies, chupan objetos. Necesitan juguetes que los ayuden a descubrir su cuerpo y a distinguir diferentes texturas, formas y colores. Entre los 6 a 8 meses, tratan de incluir en sus juegos a todas las personas que están a su alrededor y suelen demostrar afecto hacia otros niños.

Ejercicios de atención temprana

Ejercicios de equilibrio

- ✓ Colocar un taburete pequeño, un diccionario voluminoso, etc. y mostrar cómo subirse primero con un pie y luego el otro.

- ✓ Sentarse en el suelo con el niño situados a una distancia de noventa centímetros y suavemente rodar la pelota hacia él.
- ✓ Pedir al niño que señale la parte del cuerpo que se le indica haciendo uso de canciones, como; mi cabeza dice sí, mi manita dice no...
- ✓ Jugar a imitar a un conejo haciendo que el niño se ponga en cuclillas y salte.
- ✓ Encontrar un área despejada con superficie suave, como una alfombra o el césped, invitar al niño a girar sobre el piso, con los brazos pegados al cuerpo y las manos lisas contra sus caderas. Se puede hacer girando hacia adelante y hacia atrás en la misma postura.
- ✓ Colocar cinta en el suelo formando una línea recta y pedir al niño que pase sobre esta.
- ✓ Utilizar una pelota y comenzar a botarla varias veces y después aventarla al niño, invitándolo que realice lo mismo.
- ✓ Darle al chico una cuchara y ponerle un limón en esta, pedirle que se la ponga en la boca y comience a caminar a un lugar determinado es importante que mantenga el equilibrio
- ✓ Saltar la cuerda primero un salto y después incrementarlos de manera constante.
- ✓ Trazar una rayuela en el piso (avión) para que brinque con un pie o dos según corresponda el recuadro.

Ejercicios de tono muscular

- ✓ Sentar al niño, con las piernas abiertas, delante de un bastón y pedir que la tome de los extremos con los pies o con los dedos.
- ✓ Colocar al niño de rodillas y entregarle una pelota, la cual deberá mover con las manos, sin perderla de vista (alejlarla, acercarla, hacia un lado y al otro).
- ✓ El niño en el suelo boca abajo, imagina que están nadando moviendo sólo las piernas. Primero de forma alternada y luego las dos juntas. Hacer lo mismo con los brazos. Después se repetirá el ejercicio estando boca arriba.
- ✓ Inventar una historia sobre la selva, en la cual se va encontrando con diferentes animales que deberá imitar.
- ✓ El niño imaginará que es una marioneta, y tendrá que imitar todo lo que hace el adulto.

- ✓ Realizar actividades que proporcionen al niño el máximo de sensaciones posibles, en diversas posiciones.
- ✓ Realizar juegos tranquilos que le permita estar en una actitud estática y juegos de movimiento que propicien una actitud dinámica.

Ir incrementando el grado de dificultad de las actividades, permitiéndole adoptar diferentes niveles de tensión muscular.

Ejercicios de locomoción

- ✓ Marchar (caminar), trotar y correr coordinadamente ubicando la posición de los brazos adecuadamente para control respiratorio.
- ✓ Salte a un pie en el mismo lugar primero con derecho, luego con izquierdo.
- ✓ Salte a un pie distancias cortas primero con derecho, luego con izquierdo.
- ✓ Salte a un pie distancias largas primero con derecho, luego con izquierdo.
- ✓ Salte a dos pies en el mismo lugar.
- ✓ Salte a dos pies distancias cortas.
- ✓ Salte a dos pies distancias largas.
- ✓ Salte a dos pies obstáculos aterrizando sobre el éste.
- ✓ Salte a dos pies obstáculos pasando.
- ✓ Salte obstáculos a un pie aterrizando sobre éste (superficie plana) primero con derecho, luego con izquierdo.
- ✓ Salte obstáculos a un pie pasando primero con derecho, luego con izquierdo.
- ✓ Salte un lazo que esté a 30 cm de altura y vaya incrementándola.
- ✓ Salte laso.
- ✓ Con la ayuda de los padres quienes deben batir laso permitir que el niño salte.

3. DESARROLLO MOTRIZ GRUESO PARA NIÑOS CON P.C

Desarrollo Motriz

(Brito, 2009) Determina que el desarrollo motriz es toda aquella acción muscular o movimiento del cuerpo requerido para la ejecución con éxito de un acto deseado, una

habilidad supone un acto consciente e implica la edificación de una competencia motriz. “Es preciso señalar que en este aspecto se agrupan contenidos cuyo objetivo es estimular el desarrollo de la percepción y la coordinación motriz. Ubicación en el espacio y en el tiempo, equilibrio, lateralidad coordinación viso motriz y psicomotriz estos contenidos se enfatizan en los tres primeros grados de educación primaria y continúan en los grados superiores para estimular las capacidades físicas coordinativas”.

El desarrollo motriz grueso consiste de dos patrones para el alcance de dominio de destrezas:

El patrón céfalo caudal y el patrón próximo distal establece que las habilidades motrices, consiste en el dominio de la cabeza, tronco, brazos, piernas y finalmente de los pies y dedos, es decir este dominio va de arriba abajo.

Estos dos patrones de adquisición de destrezas son importantes de considerar para entender el desarrollo evolutivo de los niños/as, y para programar las experiencias de aprendizaje.

Psicomotricidad

(Pic, 2009, págs. 90-91) Menciona que:

El término psicomotricidad basado en una visión global, integra las interacciones cognitivas, emocionales, simbólicas y sensomotrices en la capacidad de ser y de expresarse en un contexto psicosocial. La psicomotricidad así definida, desempeña un papel fundamental en el desarrollo armónico de la personalidad.

El autor (Pic, 2009, pág. 87) señala “En este sentido, la educación de la psicomotricidad debe ser integral, estimulando a partir del cuerpo y el movimiento la capacidad de relacionarse mejor consigo mismo y con los demás personas”

ÁREAS DE LA PSICOMOTRICIDAD

Esquema Corporal

(Schilder, 1999, pág. 69) Define el esquema corporal como:

La representación mental, tridimensional, que cada uno de nosotros tiene de sí mismo, esta representación se constituye con base en múltiples sensaciones, que se integra dinámicamente en una totalidad o gestual del propio cuerpo. Todo esto nos da a conocer que el esquema corporal mal estructurado se traduce en deficiencias en diversos aspectos de la personalidad como puede ser: en la organización espacio- temporal, en la coordinación motriz, e incluso, en una falta de seguridad en las propias aptitudes, circunstancias que dificultan establecer una adecuada comunicación con el entorno.

Lateralidad

Conde & Viciano (1997) asegura que: La lateralidad es el dominio funcional de un lado del cuerpo sobre el otro y se manifiesta en la preferencia de servirnos selectivamente de un miembro determinado (mano, pie, ojo) para realizar actividades concretas.

La lateralidad es por consecuencia sinónimo de diferenciación y organización global corporal, donde están inmersos por lo tanto la coordinación el espacio y tiempo, la lateralidad es indispensable en el proceso de aprendizaje, porque permite desarrollar la orientación del cuerpo, además de ser la base para la proyección del espacio en la organización motora y del lenguaje, dando como resultado su influencia en la lectura, la escritura y lógica matemática.

Por su parte, la lateralidad es un proceso que tiene una base neurológica, y es una etapa más de la maduración del sistema nervioso, por lo que la dominancia de un lado del cuerpo sobre el otro va a depender del predominio de uno u otro hemisferio. En este sentido se considera una persona diestra cuando hay predominio del hemisferio izquierdo y una persona zurda, cuando la predominancia es del hemisferio derecho (Conde & Viciano, 1997).

Equilibrio

(Toledo, 2010, pág. 72) Explica que:

Es considerado como la capacidad de mantener la estabilidad mientras se realizan diversas actividades motrices. Esta área se desarrolla a través de una ordenada relación entre el esquema corporal y el mundo exterior. Es el resultado de distintas integraciones sensorio-perceptivo-motrices que conducen el aprendizaje en general.

Tono Muscular

Para (Panez, 2010, págs. 134-135) menciona que:

El tono muscular al estado permanente de contracción parcial, pasiva y continua de los músculos. Se trata del estado de reposo de los músculos que ayuda a mantener la postura corporal acorde para cada movimiento, el tono muscular se reduce mientras dormimos debido a la relajación, y vuelve a incrementarse en la vigilia. El reflejo miotático y las diversas unidades motoras son necesarias para que los músculos puedan regular y mantener el estado de reposo.

El estado de contracción también depende de impulsos nerviosos inconscientes. Ante un tirón, por ejemplo, la tensión muscular se incrementa de manera automática para que el cuerpo mantenga el equilibrio y como forma de protección ante el peligro. Cabe resaltar que el mantenimiento del tono muscular no requiere de esfuerzos, ya que se regula mediante la actividad inconsciente del sistema nervioso.

Evolución del Tono Muscular

Al nacer, presencia de una hipertonía fisiológica de las extremidades, debido a la posición fetal, por ese motivo presenta una postura característica en flexión de los brazos y las piernas. Entre los 2 a 6 meses se da una disminución el tono muscular empezando de la cabeza y siguiendo por los brazos, lo que le permite una mayor libertad de movimiento de estas partes. A los seis meses se produce un aumento del tono del tronco permitiendo la incorporación de la posición sentada. Llegando al año, el tono muscular del cuello, columna y miembros inferiores se encuentran lo suficientemente desarrollados para dar

inicio a la posición de pie. Es a partir del año, que el control del tono se irá incrementando obteniendo mayor control en la postura para finalmente lograr el control total de su cuerpo entre los 8 y 10 años, cuando el tono muscular se encuentra completamente desarrollado. (Panez, 2010)

Alteraciones del Tono Muscular

Entre los trastornos más comunes tenemos la Hipotonía y la Hipertonía. La Hipotonía es la disminución del tono muscular, aquí los músculos mantienen un estado de flacidez, mientras que la Hipertonía es todo lo contrario, el aumento anormal del tono muscular que produce un estado de rigidez en los músculos.

Diferencia entre Hipotonía e Hipertonía

| HIPOTONÍA | HIPERTONÍA |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Disminución o falta de movimiento. • Debilidad Muscular. • Cuello y extremidades extremadamente relajadas. • Movilidad articular desordenada. | <ul style="list-style-type: none"> • Movimientos descontrolados. • Aumento de la resistencia muscular. • Cuello tenso y extremidades flexionadas o rígidas. • Marcha en tijeras y de puntillas. |

FUENTE: *Neuroanatomía y Neurofisiología. Quinta Edición. México.* Editorial El Manual Moderno.

Motricidad

(Abreo, 2003, pág. 80) Caracteriza que:

Los músculos esqueléticos, que están bajo el control del sistema nervioso, garantizan la motricidad (locomoción, postura, mímica, etc.). El sistema nervioso central (cerebro, cerebelo, medula espinal) es una auténtica torre de control del organismo y constituye el lugar en el que se integra la información y la orden motora gracias a la que se realizan los movimientos voluntarios. El sistema nervioso periférico (raíces nerviosas y nervios periféricos) lleva esta información hasta el musculo por medio de la unión neuromuscular. Cada musculo esquelético está conectado a la medula espinal por un nervio periférico. La transmisión del impulso nervioso al musculo desencadena la contracción muscular. Al contraerse, el musculo produce fuerza y movimiento. La motricidad es la capacidad del hombre y los animales de generar movimiento por sí mismo tiene que existir una adecuada

coordinación y sincronización entre todas las estructuras que intervienen en el movimiento las cuales son: sistema nervioso, órgano de los sentidos, sistema musculo esquelético.

Coordinación motora gruesa

(Chango, 2009, pág. 86) Argumenta que:

La capacidad motriz gruesa consiste en la capacidad de contraer grupos musculares diferentes de forma independiente, o sea, llevar a cabo movimientos que incluyen a varios segmentos corporales. Para que sea eficaz la coordinación psicomotriz se requiere de una buena integración del esquema corporal así como de un conocimiento y control del cuerpo. Esta coordinación dinámica exige la capacidad de sincronizar los movimientos de diferentes partes del cuerpo. Por ejemplo salta, brincar en un pie, sobre llantas etc.

Motricidad gruesa

(Conde J. , 2007) Explicó que la motricidad gruesa comprende todo lo relacionado con el desarrollo cronológico del niño/a especialmente en el crecimiento del cuerpo y de las habilidades psicomotrices respecto al juego y a las aptitudes motrices de manos, brazos, pierna y pies. Lo más importante para evitar complicaciones a nivel neurológico es el ambiente en el que se desarrolle naturalmente el pequeño.

La motricidad gruesa abarca el control de nuestro cuerpo. Por ejemplo: el control de la cabeza boca abajo, el volteo, el sentarse, el gateo, el ponerse de pie, caminar, subir y bajar escaleras, saltar.

A partir de los reflejos, un bebe inicia su proceso motriz grueso y aunque no puede manejar adecuadamente sus brazos, intenta agarrar objetos a mano llena e introducir por sí mismo el alimento a la boca. Así, poco a poco su nivel motor se integrara para desarrollar patrones como el control de la cabeza, giros en la cama, arrodillarse o alcanzar una posición bípeda.

e. MATERIALES Y MÉTODOS

El presente trabajo investigativo se llevó a cabo a través de métodos y técnicas que facilitaron la obtención de información coherente, pertinente y con ello poder dar un desenlace adecuado de la atención temprana para mejorar el desarrollo motriz grueso en los niños de 2 a 5 años de edad con parálisis cerebral, que asistieron al Centro de Rehabilitación para niñas, niños y jóvenes con discapacidad SENDERO DE ALEGRIA. Periodo 2014. Como primera instancia se llevó a cabo la observación, misma que destaco las características del problema.

La metodología participativa, permitió conocer los diferentes contextos y situaciones específicas del estudio, lo que accedió al reconocimiento de problemas concretos que se presentaron en esta realidad del objeto de análisis lo que permitió encontrar soluciones a los problemas de desarrollo motriz grueso que presentan los niños con parálisis cerebral que asistieron al centro SENDERO DE ALEGRIA.

Los métodos analítico-sintético e inductivo fueron de gran ayuda para el manejo de datos cualitativos y cuantitativos de la investigación, los mismos que se tabularon y plasmaron en cuadros y gráficas que demuestran el estudio.

El trabajo de investigación ha sido realizado en el centro de rehabilitación para niñas, niños y jóvenes con discapacidad SENDERO DE ALEGRIA de la ciudad de Loja se seleccionó esta institución por tratar con personas que poseen alguna discapacidad, la mencionada institución cuenta con 98 personas las cuales se dividen entre los terapeutas y niños /as y adolescentes con discapacidades intelectuales y físicas con síndrome de Down, parálisis cerebral, autismo y otros.

El método hermenéutico, con la utilización del mismo se pudo seleccionar una coherente y adecuada información relevante al tema, utilizando fuentes bibliográficas tanto virtuales como en textos impresos, las mismas que contribuyeron en la elaboración de un análisis correcto de los datos obtenidos permitiendo explicar las relaciones existentes entre la teoría y el contexto en la cual acontece en la investigación.

Técnica estadístico descriptiva. Permitió la representación de los datos obtenidos para resumir y analizar los datos a fin de extraer el máximo de información requerida en la investigación.

De toda la población antes mencionada se estableció una muestra selectiva de 5 niños/as de 2 a 5 años de edad que poseen parálisis cerebral y problemas de desarrollo motriz grueso.

Para dar secuencia a este trabajo de investigación se utilizaron técnicas y métodos que fueron indispensables para el desarrollo del presente trabajo investigativo.

Para determinar la atención temprana a niños/as con problemas de desarrollo motriz grueso, surge la primera instancia de la investigación que tiene como objeto diagnosticar el nivel de desarrollo motriz grueso en los niños y niñas de 2 a 5 años de edad con parálisis cerebral; para ello se aplicó la adaptación del test de desarrollo psicomotor TEPSI 0-5 de la autoría de la Dra. Isabel Margarita Haeussler P. de A. y de Teresa Marchant O. mismo que consiste en la apreciación de equilibrio, locomoción, tono muscular; esta adaptación es aplicable en niños de 0 a 5 años que padecen Parálisis cerebral con diferente grado de afectación grave y moderada. Para aplicar esta adaptación se requirió la participación individual de cada niño, la evaluación de cada sub test se llevó a cabo mediante la observación y la estimulación del tono muscular del niño observando la respuesta ante cada estímulo presentado, en el caso de existir alguna dificultad, se calificaba bajo 2 parámetros SI(1)-NO (0), con la sumatoria de los valores obtenidos en cada sub test se coloca al niño en un índice de retraso, riesgo, normal, cada sub test es calificado por 9 puntos y la valoración en general se estipula en 27 puntos, el tiempo de aplicación de la valoración no se estipula en su administración.

Con la información recopilada se planteó un programa de actividades de atención temprana que se propone para mejorar los problemas desarrollo motriz grueso que presentan en los niños con parálisis cerebral, estas sesiones constan de actividades de atención para el control de equilibrio, locomoción, tono muscular. Cabe destacar que se constituyó un modelo de actividades de atención temprana para cada caso considerando las falencias expuestas en sus valoraciones.

Otro instrumento que permitió recabar datos fue el registro diario, creación de la autora, en la cual se describen las actividades a nivel postural, equilibrio, lateralidad, esquema corporal, coordinación motora, este registro fue necesario para poder evidenciar la evolución de cada niño, la disposición y la atención que se llevó cabo durante los 30 a 45 minutos diarios de trabajo personalizado.

Las instalaciones donde se realizó la atención temprana para mejorar los problemas de desarrollo motriz grueso fue un aula de psicomotricidad perteneciente a las instalaciones del centro SENDERO DE ALEGRIA, para realizar las actividades de atención temprana se utilizaron varios materiales (oficina, estimulación, aceites, colchonetas, caminadoras). Finalmente el programa de atención temprana individualizada se justificó mediante la aplicación de una reevaluación de una post diagnóstico del desarrollo motriz grueso, puesto que los datos mostraron la reducción de los problemas a nivel motor (grueso).

f. RESULTADOS

Con el fin de lograr los objetivos planteados del proyecto, se procedió al análisis e interpretación de resultados y luego la representación gráfica donde se mostrara los datos obtenidos de forma ordenada y lógica.

Objetivo Especifico 1:

➤ Caracterizar los referentes teóricos y metodológicos de la atención temprana para el desarrollo motriz grueso en los niños y niñas de 2 a 5 años de edad con Parálisis Cerebral.

Se organizó el conocimiento y orientó la investigación suministrándole un marco de referencia para interpretar los resultados del estudio, de esta manera se dio un sustento teórico al trabajo investigativo.

Objetivo Especifico 2:

➤ Diagnosticar los niveles de desarrollo motriz grueso de los niños y niñas de 2 a 5 años de edad con Parálisis Cerebral.

La aplicación de este instrumento se llevó a cabo en forma individual a través de las evaluaciones de los sub test de **EQUILIBRIO**, en el que se apreció control cefálico, gateo, equilibrio sobre los pies, caminar sobre diferentes superficies **TONO MUSCULAR**, **LOCOMOCIÓN** cabe destacar que cada sub test evaluado tendrá un límite de 9 puntos, con esta valoración se detectó el grado de afectación en las áreas mencionados.

CUADRO 1

| CASOS | EQUILIBRIO | | | | | | VALORACIÓN | | | LOCOMOCIÓN | | | | | | VALORACIÓN | | | TONO MUSCULAR | | | | | | VALORACIÓN | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------|--------------------|------------------|------------------|--------------------|-------------------|--------|--------------------------|---------|-------------------|----------------|------------|-----------------|-------------------|--------------------|----------------|--------------------------|-------------------|--------|--------|---------|--------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|------------------------|-------------------------|----------------------------|-------------------------|----------------------------|------------------------------------|-------------------|--------|--------|
| | Sostiene su cabeza | Maximamientos de cabeza | Sentado con apoyo | Sentados sin apoyo | De pie con apoyo | De pie sin apoyo | Torneza al caminar | TOTAL DEL SUBTEST | NORMAL | RIESGO | RETRAZO | C. sin dificultad | C. hacia atrás | C. de lado | C. en puntillas | C. en línea recta | C. alternando mov. | Sube escaleras | C. con pies cruzados | TOTAL DEL SUBTEST | NORAML | RIESGO | RETRAZO | Posición supino (Ext. piernas) | Posición supino (Lev. Miembros inf.) | Mantiene cadera (Flex. Músculos) | Flex. Pie sobre pierna | Se sacude pies-tobillos | Flex. Mano sobre antebrazo | Gira cabeza hacia lados | Flex. Cabeza hacia delante | En sedestación mantiene recta cab. | TOTAL DEL SUBTEST | NORAML | RIESGO |
| 1 | | X | | X | X | X | 3 | | | X | | | | | | | | | 1 | | | X | | X | | | | | | | | 1 | | | X |
| 2 | X | | X | X | X | X | 4 | | X | | | | X | | | | | | 1 | | | X | | | X | | | | | | | 1 | | | X |
| 3 | | X | | | X | X | 2 | | | X | | | | X | | | | | 1 | | | X | | | | X | | | | | | 1 | | | X |
| 4 | | X | X | X | X | X | 3 | | | X | | X | | | | | | | 1 | | | X | | X | | | | | | | | 1 | | | X |
| 5 | X | X | X | X | X | X | 3 | | | X | | | | | | | | | 0 | | | X | | | | | | | | | | 0 | | | X |
| TOTAL PORCENTAJES | | | | | | | | 1 | 4 | TOTAL PORCENTAJES | | | | | | | | 5 | TOTAL PORCENTAJES | | | | | | | | 5 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | 20 % | 80% | | | | | | | | | 100% | | | | | | | | | 100% | | | | | | | | |

Fuente: Adaptación del Test de Desarrollo Psicomotor TEPSI 0-5

Responsable: Maricela Maza.

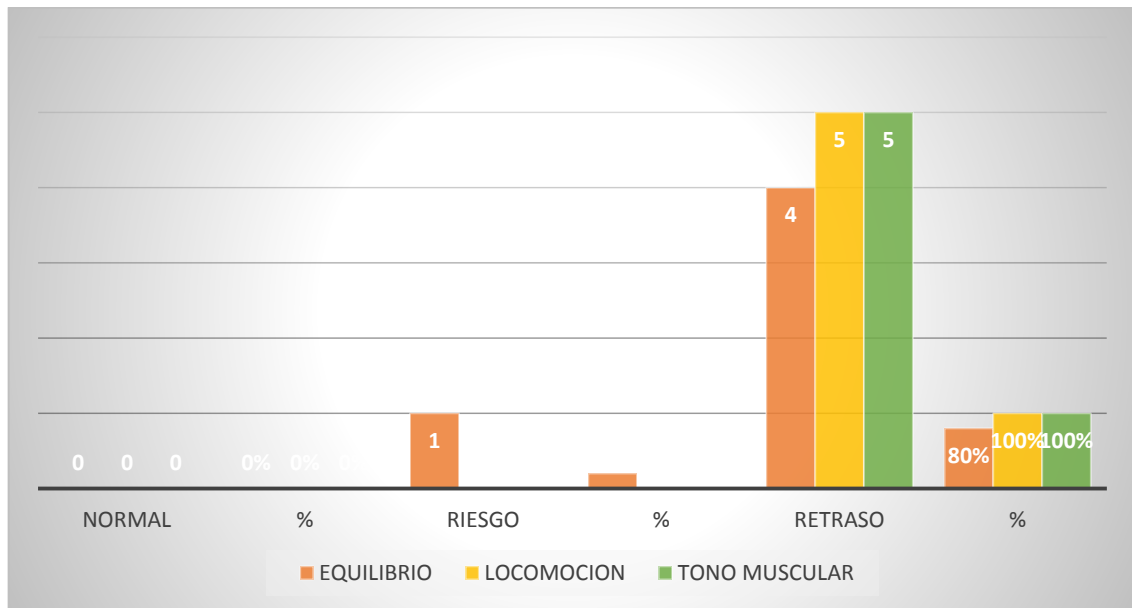
CUADRO 2 RESUMEN

| SUB TEST | NORMAL | % | RIESGO | % | RETRASO | % | TOTAL | % |
|----------------------|--------|----|--------|-----|---------|------|-------|------|
| EQUILIBRIO | 0 | 0% | 1 | 20% | 4 | 80% | 5 | 100% |
| LOCOMOCION | 0 | 0% | 0 | 0% | 5 | 100% | 5 | 100% |
| TONO MUSCULAR | 0 | 0% | 0 | 0% | 5 | 100% | 5 | 100% |

Fuente: Adaptación del Test de Desarrollo Psicomotor TEPSI 0-5

Responsable: Maricela Maza.

GRAFICA 1 RESUMEN



Fuente: Adaptación del Test de Desarrollo Psicomotor TEPSI 0-5

Responsable: Maricela Maza.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De la muestra evaluada, se determinó que 4 infantes que corresponden al 80% sufren un retraso al realizar ejercicios de equilibrio, caracterizado por torpeza al caminar, sentarse y al momento de pararse necesitan de apoyo, mientras que un niño restantes representados por el 20%, se encuentran en riesgo.

(Fonseca, 1998, pág. 98) Afirma:

“El equilibrio no pueden mantenerse sentados solos no mantienen postura corporal, ya que su parte afectada es la parte motriz falta desarrollar su tono muscular, dominar la columna,

equilibrio, esquema corporal, lateralidad, nociones espaciales es la capacidad de asumir y sostener cualquier posición del cuerpo contra la ley de gravedad; es uno de los componentes perceptivos específicos de la motricidad y se va desarrollando a medida que evolucionamos".

Por tanto se pone en manifiesto con lo expresado en los resultados y sustentado con la concepción de Fonseca que al presentar un equilibrio en retraso va a causar complicaciones en el control cefálico, gateo y equilibrio corporal.

En lo que respecta al tono muscular 3 infantes que corresponden al 60% sufren un retraso al practicar ejercicios de tono muscular como flexionar músculos de la cadera, flexionar la pierna hacia atrás, flexiona la mano sobre antebrazo, gira la cabeza hacia cada lados, mientras que los 2 niños restantes representados por el 40%, se encuentran en la valoración de riesgo.

(Raimondi, 1999, pág. 166) Señala que:

El tono muscular, también conocido como tensión muscular residual o tono, es la contracción parcial, pasiva y continua de los músculos, ayudando a mantener la postura y suele decrecer durante la fase del sueño. Es una condición de tensión activa del músculo en reposo que se desarrolla bajo el control del SNC.

Por ello se manifiesta que si existe alguna alteración en el tono muscular de los niños con parálisis cerebral, existirá un mal funcionamiento de los músculos afectando al equilibrio corporal estático y dinámico como también para locomoción.

(Moral, 2009, pág. 99) Define que:

La locomoción es una adquisición motriz temprana que se desarrolla durante el primer año de vida, en el cual se conoce distintas formas como consecuencia de la evolución madurativa del niño es un proceso fluido, organizado, propio e implícito que se va unido a la información sensorial, a la curiosidad, o necesidad del niño en su entorno, es decir, unido a su desarrollo mental. También se basa en el control automático y equilibrado de la postura corporal, desplazamiento del centro de gravedad del tronco y enderezamiento contra la gravedad, actividad muscular física, movimientos musculares entre los segmentos de las extremidades y el órgano axial como cabeza y columna vertebral.

Se determinó que la totalidad de la muestra evaluada se colocó en la valoración de retraso.

Con la adaptación del test TEPSI 5 de 0-5 años de edad se diagnosticó en el apartado de locomoción que los 5 niños de la muestra evaluada presentan retraso en sus funciones motoras gruesas como lo son al caminar con dificultad, hacia atrás, en puntillas, en línea recta

Al existir un retraso en su locomoción se manifestaran problemas con el equilibrio disminuyendo su calidad de vida y deteriorando su tono muscular.

Objetivo Especifico 3:

- Establecer las actividades de atención temprana para el desarrollo motriz grueso en lo niños y niñas de 2 a 5 años de edad con Parálisis Cerebral.

CUADRO 3 PLANIFICACIÓN DE ACTIVIDADES

| EQUILIBRIO | | | |
|---|------------|--|--|
| OBJETIVO: Establecer un conjunto de actividades de atención temprana para mejorar el equilibrio estático y dinámico | | | |
| ACTIVIDADES | DURACIÓN | MATERIALES | PARTICIPANTES |
| ⊗ Ejercicios de rotación y de movilización. | 15 minutos | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Sabana o cobija. ✓ Colchoneta. | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Niños con PC ✓ Pasante. |
| <ul style="list-style-type: none"> ⊗ Proporcionar el equilibrio de pie con ayudas ⊗ Estimulación de equilibrio sin apoyos laterales. ⊗ Estimular el control cervical | 20 minutos | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Sillas ✓ Cuerdas ✓ Colchoneta ✓ Almohada ✓ Pelota terapéutica. | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Niños con PC ✓ Pasante. |
| ⊗ Colocar al niño con piernas flexionadas contra la pared para proporcionar el balanceo. | 15 minutos | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Juguetes ✓ Colchoneta ✓ Manta | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Niños con PC ✓ Pasante. |

LOCOMOCIÓN

OBJETIVO: Organizar un conjunto de actividades de atención para que los infantes puedan mejorar su motricidad gruesa.

| ACTIVIDADES | DURACIÓN | MATERIALES | PARTICIPANTES |
|---|------------|-----------------------------|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ☉ Caminar, coordinadamente ubicando la posición de los brazos adecuadamente para control respiratorio. ☉ Salte a un pie en el mismo lugar primero con derecho, luego con izquierdo. ☉ Salte a un pie distancias cortas y largas. ☉ Salte a dos pies en el mismo lugar. | 15 minutos | ✓ Patio del Establecimiento | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Niños con PC. ✓ Pasante. |

TONO MUSCULAR

OBJETIVO: Organizar un conjunto de actividades de atención para que los infantes puedan aumentar el tono muscular y mejorar su sensibilidad.

| ACTIVIDADES | DURACIÓN | MATERIALES | PARTICIPANTES |
|---|------------|---------------------------|------------------------------|
| ☉ Postura inhibidora de reflejos en decúbito lateral, decúbito supino, con flexión de la cadera, columna vertebral, hombros y cabeza. | 15 minutos | ✓ Colchoneta ✓ Aceites | ✓ Niños con PC ✓ Pasante. |
| ☉ Postura inhibidora de reflejos en decúbito supino, decúbito dorsal con flexión hombros y cabeza en extensión. | 15 minutos | ✓ Colchoneta ✓ Aceites | ✓ Niños con PC ✓ Pasante. |
| ☉ Postura inhibidora de reflejos en decúbito supino con las rodillas flexionadas al extremo de la camilla y codos flexionados | 15 minutos | ✓ Colchoneta ✓ Aceites | ✓ Niños con PC ✓ Pasante. |

Fuente: Marco Teórico.

Responsable: Maricela Maza.

Objetivo Especifico 4:

- Aplicación de las actividades de atención temprana para el desarrollo motriz grueso en los niños y niñas de 2 a 5 años de edad con Parálisis Cerebral.

El registro de actividad, estuvo dirigido a los 5 niños que constituyeron la muestra del estudio, se trabajó de 30 minutos a 45 hora diaria, 5 sesiones por semana, mediante actividades personalizadas según el caso; las áreas que se trabajó fueron: tono muscular ejercicios de equilibrio, locomoción, durante dos meses

Para (Díaz, 2005) menciona que:

(...) Todos los seres humanos necesitan una postura corporal estable y balanceada como apoyo, en la cual los movimientos voluntarios y coordinados pueden ser iniciados como parte de las funciones naturales. Para que un grupo de músculos pueda ejercer su función, necesariamente otro grupo debe promover estabilidad y posicionamiento de las estructuras óseas para que ocurra la acción voluntaria.

Mediante la práctica se observó que la aplicación de estas actividades debe ser efectuada en el centro de rehabilitación y en el hogar, de esta manera se fomentará al máximo la capacitación de los niños/as con P.C. permitiéndoles tener una mejor calidad de vida.

Objetivo Especifico 5:

- Validar la aplicación de la atención temprana para el desarrollo motriz grueso en los niños y niñas de 2 a 5 años de edad con Parálisis Cerebral.

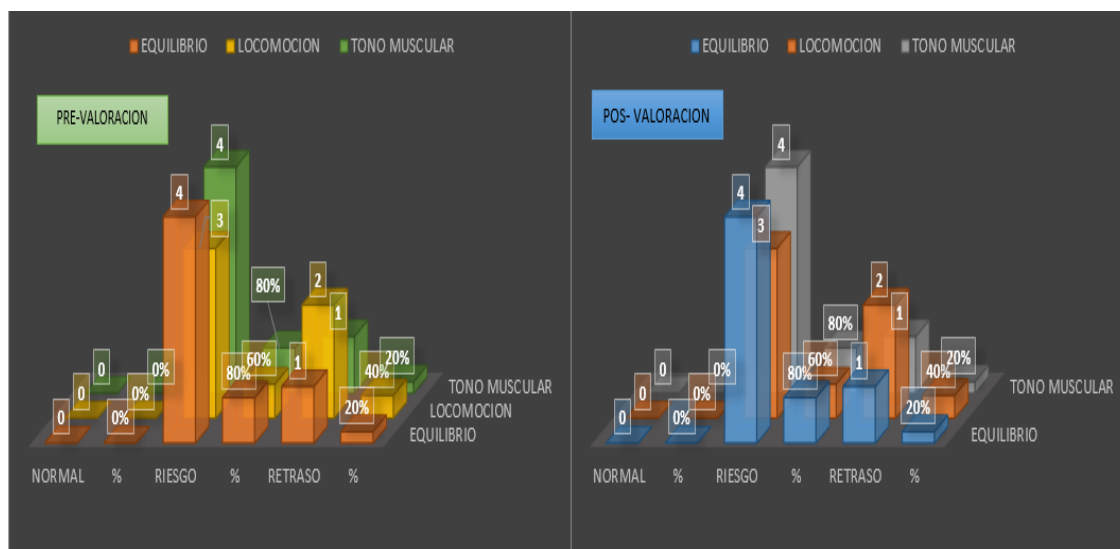
Para validar los ejercicios de atención temprana aplicados a los diferentes casos se utilizó la Adaptación del Test de Desarrollo Psicomotor TEPSI 0-5, la cual permitió reevaluar.

CUADRO 5

| CUADRO DE RESUMEN | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------|-------|----|-------|-----|--------|------|-------|-----------------|---------------|-------|----|-------|-----|--------|-----|-------|------|--|
| PRE-VALORACION | | | | | | | | POST-VALORACION | | | | | | | | | | |
| SUBTEST | N | % | R | % | R | % | T | % | SUBTEST | N | % | R | % | R | % | T | % | |
| | ORMAL | | IESGO | | ETRASO | | TOTAL | | | ORMAL | | IESGO | | ETRASO | | TOTAL | | |
| EQUILIBRIO | 0 | 0% | 1 | 20% | 4 | 80% | 5 | 100% | EQUILIBRIO | 0 | 0% | 4 | 80% | 1 | 20% | 5 | 100% | |
| LOCOMOCION | 0 | 0% | 0 | 0% | 5 | 100% | | | LOCOMOCION | 0 | 0% | 3 | 60% | 2 | 40% | | | |
| TONO MUSCULAR | 0 | 0% | 0 | 0% | 5 | 100% | | | TONO MUSCULAR | 0 | 0% | 4 | 80% | 1 | 20% | | | |

Fuente: Adaptación del Test de Desarrollo Psicomotor TEPSI 0-5
 Responsable: Maricela Maza.

GRÁFICA 2



Fuente: Adaptación del Test de Desarrollo Psicomotor TEPSI 0-5
 Responsable: Maricela Maza.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Los resultados plasmados en el cuadro manifiestan las dificultades presentadas antes del proceso de Atención temprana, como también se detalla el estado actual de la muestra en estudio; en la pre valoración del sub test de equilibrio el 80% de los niños evaluados se encontraba en el indicador de retraso mientras que en la pos valoración el 80% de la muestra se ubica en el parámetro de riesgo; en el tono muscular se puede observar que en la aplicación del pre test el 60% de la muestra se encuentra en la valoración de retraso en la pos evaluación el 80% se coloca en la valoración de riesgo; en la pre valoración de locomoción el 100% se sitúa en la valoración de retraso mientras que en la pos valoración el 60% de los niños reevaluados se coloca en el parámetro de riesgo. Por lo cual se manifiesta que la Atención Temprana es eficaz ya que mejora los problemas de motricidad gruesa en la mayoría de los niños implicados en el estudio.

(González Jiménez, 2000, pág. 87) Concluye que:

La atención temprana consiste en una serie de ejercicios que realizan repetidamente con el fin de reforzar las áreas cerebrales, por ejemplo, gatear es una etapa muy importante para el desarrollo motor del niño, debe estar en capacidad de coordinar la mano derecha con su pie izquierdo y viceversa ya que permite al niño el desarrollo adecuado de la coordinación de su cuerpo.

Los niños con Parálisis Cerebral poseen un menor dominio en las actividades y habilidades motoras en comparación con los niños normales.

g. DISCUSIÓN

OBJETIVO ESPECÍFICO 2:

- Diagnosticar el desarrollo motriz grueso de los niños y niñas de 2 a 5 años de edad con Parálisis Cerebral.

De los resultados recogidos con la aplicación de la Adaptación del Test de Desarrollo Psicomotor TEPSI 0-5, se observó que en el sub test de equilibrio el 80% se encuentra en el parámetro de retraso, en el sub test de tono muscular 100% se ubica en la valoración de retraso y en el sub test de locomoción el 100% se sitúa en la valoración de retraso.

(Fernández, 2002, pág. 87) Nos menciona que:

Equilibrio Estático: control de la postura sin desplazamiento, equilibrio Dinámico: reacción de un sujeto en desplazamiento contra la acción de la gravedad. El equilibrio corporal se construye y desarrolla en base a las informaciones viso-espacial y vestibular. Un trastorno en el control del equilibrio, no sólo va a producir dificultades para la integración espacial, sino que va a condicionar en control postural.

Los niños con Parálisis Cerebral poseen una amplia gama de diferencias funcionales antes nombradas en su motricidad gruesa, y necesitan diferentes estilos de aprendizaje, ya que generalmente sus actividades requieren una mayor planificación, las habilidades motoras son un componente muy importante dentro de la mayoría de las actividades físicas. Además, la adquisición de este tipo de habilidades, podría facilitar muchas otras actividades de la vida diaria, favoreciendo su autonomía.

OBJETIVO ESPECÍFICO 3:

- Establecer la atención temprana para el desarrollo motriz grueso en lo niños y niñas de 2 a 5 años de edad con Parálisis Cerebral.

Con el diagnóstico obtenido de la Adaptación del Test de Desarrollo Psicomotor TEPSI 0-5 se establece las actividades de atención temprana encaminadas a mejorar el equilibrio, tono muscular, locomoción; considerando las necesidades individuales identificadas en cada caso, las actividades de estimulación fueron extraídas de literatura que guío este trabajo.

OBJETIVO ESPECÍFICO 4:

- Aplicación de la atención temprana para el desarrollo motriz grueso en los niños y niñas de 2 a 5 años de edad con Parálisis Cerebral.

Con los datos recogidos con la aplicación de la Adaptación del Test de Desarrollo Psicomotor TEPSI 0-5, que en las actividades mediante actividades personalizadas según el caso; las áreas que se trabajó fueron: tono muscular ejercicios de equilibrio, locomoción, durante dos meses. Mediante la práctica se observó que la aplicación de estas actividades deben ser realizadas tanto en el centro de rehabilitación como en el hogar, de esta manera se fomentará al máximo la capacitación de los niños/as con P.C.

(Hernández, 2004, págs. 67-68) Concluye que:

El área motriz también comprende la coordinación entre lo que se ve y lo que se toca, que lo hace capaz de tomar los objetos con los dedos, pintar, dibujar, manipular, etc. Para desarrollar esta área es necesario dejar al niño tocar, explorar e incluso llevarse a la boca lo que ve, permitir que manipule pero supervisándolo para evitar cualquier peligro. El desarrollo del niño ocurre en forma secuencial y progresiva la dirección que sigue el desarrollo motor es de arriba a abajo, es decir primero controla la cabeza, luego controlará el tronco, y continua hacia los pies; así como del centro del cuerpo hacia afuera, primero controla los hombros, luego controlará los brazos y al final la función de los dedos de la mano. El desarrollo del movimiento se divide en dos partes denominadas motor grueso y motor fino.

Entonces se puede concluir que mediante el juego el cuerpo asume un rol de protagonista, siendo a su vez expresión de una situación involucrando sentimientos, expectativas y pensamientos. Así mismo con la relajación se va a enseñar al alumno a disponer de sus

músculos primero de forma localizada y después total, por medio de la concienciación del estado de contracción o relajación, de los grupos musculares, las terapias corporales buscan armonizar el cuerpo y la mente a fin de ir a la causa real del problema y conseguir calmar ese dolor o tensión, es la práctica de estimular puntos sobre los pies, manos, nariz u orejas que tendría un efecto benéfico sobre otras partes del cuerpo, o de que mejorará la salud general.

OBJETIVO ESPECÍFICO 5:

➤ Validar la aplicación de la atención temprana para el desarrollo motriz grueso en los niños y niñas de 2 a 5 años de edad con Parálisis Cerebral.

Mediante la aplicación nuevamente de la adaptación del test de desarrollo psicomotor TEPSI 0-5 se observó que en el sub test de equilibrio el 80% se encuentra en el parámetro de riesgo, en el sub test de tono muscular 80% se ubica en la valoración de riesgo y en el sub test de locomoción el 60% se sitúa en la valoración de riesgo.

(Rodríguez, 2004, pág. 33)) Menciona que:

“El equilibrio-postural-humano” es el resultado de distintas integraciones sensorio-perceptivo-motrices que (al menos en una buena medida) conducen al aprendizaje en general y al aprendizaje propio de la especie humana en particular, y que, a su vez, puede convertirse, si existen fallos, en obstáculo más o menos importante, más o menos significativo, para esos logros.

Por medio del desarrollo psicomotriz grueso en lo que se refiere al equilibrio en los niños y niñas con parálisis cerebral se pretende conseguir la conciencia del propio cuerpo, de los demás y al mundo exterior que los rodea en todos los momentos y situaciones, a la libre expresión de las pulsiones en el ámbito imaginario y simbólico y al desarrollo libre de la comunicación ya que esto es muy importante para los niños con parálisis cerebral en relación con las personas que los rodea.

h. CONCLUSIONES

- ♣** Mediante el diagnóstico se pudo determinar que los niños con P.C. tuvieron mayor dificultad en equilibrio presentando torpeza al caminar, al sentarse y al momento de pararse necesitan apoyo, así mismo presentan dificultades en el tono muscular y locomoción.

- ♣** Podemos concluir que para la aplicación de las actividades de atención temprana de equilibrio, tono muscular y locomoción, necesitamos de sabanas, colchoneta, sillas, cuerdas, pelotas, juguetes, aceite o cremas, necesarios para mejorar su desarrollo motriz grueso.

- ♣** La efectividad de la atención temprana para mejorar los problemas motrices se evidencia con la información recabada en la revaloración; el mismo que recalca la mejoría de la motricidad gruesa en la mayoría de los niños/as con parálisis cerebral. Demostrando que en los parámetros de equilibrio, tono muscular, locomoción hubo un mejoramiento pasando del parámetro de retraso al parámetro de riesgo.

i. RECOMENDACIONES

- ♣ A las autoridades del centro para capacitar al personal terapéutico sobre los diferentes ejercicios que permitan mejorar el desarrollo motriz grueso tanto en equilibrio, tono muscular y locomoción y de esta manera permitir a los niños tener una mejor calidad de vida.

- ♣ A los terapeutas para que elaboren un programa de capacitación a los padres de familia acerca de las técnicas de atención temprana para fomentar la atención del desarrollo motriz grueso en los niños con Parálisis Cerebral,

- ♣ A los padres de familia que trabajen en sus hogares ejercicios que permitan estimular el desarrollo motriz grueso de los niños y niñas, utilizando de una forma correcta y adecuada los componentes de la motricidad.

j. BIBLIOGRAFÍA

- Abreo, Y. (2003). *Músculos esqueléticos*. Buenos Aires.: Stadium.
- Álvarez, V. (2008). *La Estimulación Precoz. Un enfoque práctico*. España: Paraninfo.
- Andrade, M. (2001). *Guía esencial de rehabilitación infantil*. Panamericana.
- Aranda, R. (2008). *El desarrollo psicomotor y sus alteraciones. Manual práctico para evaluarlo y favorecerlo*.
- Arce, C. (1999). *Desarrollo motor grueso* (Cuarta ed.). México.
- Beaver, A. (1999). *Juegos Musculares en la locomoción y el la ontogénesis motora*. Editorial Panamericana.
- Benito, M. (2000). *La parálisis cerebral infantil*. Científico Médica.
- Bobath, B. (1976). *Trastornos cerebro motores en el niño*. Buenos Aires, Buenos Aires: Panamericana.
- Brito, L. (2009). *Trastornos cerebro motores y psicomotricidad*. Editorial Panamericana.
- Carretero, R. (2013). *Terapia manual en el tratamiento de las alteraciones musculoesqueléticas de la región cervical*. Madrid.
- Castellanos, R. (2007). *Fisioterapia Pediátrica y Neonatal*. Panamericana.
- Conde, J. (2007). *La psicomotricidad en el niño con PCI*. Buenos Aires: Paidós.
- Contreras, I. (1998). *El equilibrio*. España: Narcea. S.A.
- Chango, J. (2009). *Discapacidad motórica*. Málaga.
- Díaz, K. (2005). *Evaluación y postevaluación en educación infantil*. España: Narcea.
- Fernández, R. (2002). *Equilibrio estático y dinámico*. España Madrid: Narcea.
- Ferrero, A. (2013). *Parálisis cerebral*. Madrid: Cincel.
- García, C. (1993). *Iteraciones Motoras Cerebrales Infantiles* (2 ed.).
- García, F. (s.f.). *Orientaciones ante la discapacidad motórica*.
- García, F. (s.f.). *Orientaciones ante la discapacidad motórica*. Málaga.
- Jiménez, R. (2000). *Neuroplasticidad cerebral. I Jornada - Taller Nacional de la Atención Temprana*. . La Habana, Cuba.
- López, M. (2010). *Desarrollo motor en distintos tipos de parálisis cerebral*. Panamericana.
- Martínez, A. (2003). *El niño con enfermedad motriz de origen cerebral*. Panamericana.

- Montaño, L. (2002). *Atención temprana*. Montaño, L. (2002). Atención temprana Mad. S.L. España: Sevilla.
- Moral, A. (2009). *Aprendizaje y desarrollo motor* (2 ed.). Madrid.
- Nasso, P. (2008). *Educación e integración escolar del niño con deficiencias motóricas*. Madrid: UNED.
- Pallas, A. (2007). *Neurodesarrollo infantil manual de terapias intervenciones tempranas* (Corpus ed.).
- Panez, J. (s.f.). *Neuroanatomía y Neurofisiología. Quinta Edición*. México: El Manual Moderno.
- Pic, V. (2009). *Psicomotricidad Madrid*. España: NARCEA. S. A.
- Raimondi, P. (1999). *Tono muscular*. México: Doñate.
- Redondo, J. (2009). *Influencia de la Atención temprana en la parálisis cerebral*. RevNeurol.
- Sánchez, A. (2005). *Tratamiento de la parálisis cerebral y del retraso motor*.
- Schilder, P. (1999). *Deficiencias cerebrales infantiles. Psicomotricidad y evolución en la rehabilitación del niño paralítico cerebral*. Atlántica.
- Sullivan, T. (2007). *MOQS in biomechanics and occupational therapy in orthopedic conditions*. Salanka.
- Toledo, Y. (2010). *Fundamentos de neurociencia y neurorrehabilitación*. Pacifico.

k. ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA **ÁREA DE LA EDUCACIÓN, EL ARTE Y LA COMUNICACIÓN**

CARRERA DE PSICORREHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL

TEMA

LA ATENCIÓN TEMPRANA Y SU INFLUENCIA EN EL DESARROLLO MOTRIZ GRUESO EN LOS NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS DE EDAD CON PARÁLISIS CEREBRAL, QUE ASISTEN AL CENTRO DE REHABILITACION PARA NIÑAS, NIÑOS Y JOVENES CON DISCAPACIDAD SENDERO DE ALEGRÍA DE LA CIUDAD DE LOJA. PERIODO 2014.

PROYECTO DE TESIS PREVIO A
LA OBTENCIÓN DEL GRADO
DE LICENCIADA EN
PSICORREHABILITACIÓN Y
EDUCACIÓN ESPECIAL.

AUTORA

Maricela Delfina Maza Maza

LOJA – ECUADOR

2014

a. TEMA

LA ATENCIÓN TEMPRANA Y SU INFLUENCIA EN EL DESARROLLO MOTRIZ GRUESO EN LO NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS DE EDAD CON PARÁLISIS CEREBRAL, QUE ASISTEN AL CENTRO DE REHABILITACION PARA NIÑAS, NIÑOS Y JOVENES CON DISCAPACIDAD SENDERO DE ALEGRÍA DE LA CIUDAD DE LOJA. PERIODO 2014.

b. PROBLEMÁTICA

La estimulación temprana se conoce como la intervención terapéutica necesaria y útil encaminada a desarrollar al máximo el potencial físico social de cualquier niño con alto riesgo ambiente y/o biológico; así mismo es la atención que se da al niño en las primeras etapas de su vida con el objetivo de desarrollar y potenciar al máximo sus posibilidades físicas, intelectuales y afectivas, mediante programas sistemáticos y secuenciales que abarcan todas las áreas del desarrollo humano, sin forzar el curso lógico de la maduración.

En los últimos años se registran un aumento de la incidencia de personas con parálisis cerebral, este es uno de los trastornos neurológicos más frecuentes en niños con una incidencia aproximada en los países industrializados de 2 por cada mil niños nacidos vivos, siendo las causas peri-natales las más conocidas y de mayor incidencia que afecta al 90% de los casos con Parálisis Cerebral.

Frente a esta problemática se plantea a la estimulación temprana como técnica alternativa que permita mejorar la calidad de vida de seres humanos que padecen de este trastorno; ya que la estimulación temprana, consiste en aprovechar la estimulación a nivel de los músculos y articulaciones, buscando mejorar la motricidad gruesa en los niños, niñas y jóvenes con parálisis cerebral, aportando con facetas terapéuticas. (García-Navarro M)

Es importante indicar que a nivel mundial más de cinco millones de personas padecen algún tipo de discapacidad y según el Consejo Nacional de Discapacidades (CONADIS) en el Ecuador existen 1'608.334, equivalente al 12.14% de Ecuatorianos con Necesidades Especiales ya sea física, mental o sensorial, de estas cifras 57.020 niños, equivalente al 0,4 % del total de la población ecuatoriana. A nivel del país existen instituciones, fundaciones o centros dedicados exclusivamente a ofrecer servicios que contribuyan al desarrollo físico, psicológico, y neurológico de niños y jóvenes con algún tipo de lesión cerebral.

Se debe recalcar el apoyo gubernamental hacia las personas que presentan algún tipo de discapacidad, para que puedan desarrollar sus potencialidades y tengan una participación en igualdad de condiciones, acorde al régimen del buen vivir que se encuentra establecido

en la Constitución en la que el Estado generará las condiciones para la protección integral de sus habitantes a lo largo de sus vidas que aseguren los derechos y principios reconocidos, en particular la igualdad en la diversidad y la no discriminación, y priorizará su acción hacia aquellos grupos que requieran consideración especial por la persistencia de desigualdades, exclusión, discriminación o violencia, en virtud de su condición de salud o de discapacidad. La provincia de Loja cuenta con 446.666 habitantes y es una de las ciudades con mayor índice de discapacidad con 12.280 personas afectadas, equivalente al 5.75 % de su población, con sus menores posibilidades de trabajo y por ende una mayor pobreza y en cuanto a parálisis cerebral infantil existen aproximadamente 2487 casos registrados en la provincia de Loja”. Vale acotar que las personas con lesión o parálisis cerebral históricamente han sido compadecidas, ignoradas, denigradas e incluso ocultados en instituciones o en sus hogares, limitándolos a recibir un tratamiento que les permita mejorar su calidad de vida. (CONADIS 2008)

La atención temprana es fundamental en el recién nacido con daño cerebral ya que permite desde muy temprana edad la corrección de diferentes posturas que debido su problema pueden ser corregidas no en su totalidad pero si para mejorar su calidad de vida.

El Centro de Rehabilitación Social “Sendero de Alegría”, fue creado en el año 2007, mediante resolución 032-2012, el mismo que se encuentra ubicado en le barrió la Paz, entre las calles Manuel de J, y Antonio Navarro de esta ciudad de Loja.

Brinda servicios técnicos y especializados de rehabilitación para mejorar las destrezas y habilidades, dentro del entorno familiar y social, su misión es la rehabilitación y cuidado especializado de niños, y niñas mediante la atención integral de las diferentes discapacidades como: Atención integral a terapias de lenguaje, síndrome de Down, Paladar hendido, labio leporino, epilepsia Mío clónica, hipotiroidismo congénito, síndrome de maullido de gato, autismo y parálisis cerebral.

En el Centro Sendero de Alegría existen pacientes con diferentes discapacidades entre ellos pacientes con parálisis cerebral que asisten desde muy temprana edad los cuales son atendidos en el área de estimulación temprana.

En el centro se encuentran diversos problemas como: la falta de compromiso de los padres con las terapias de los niños, la capacitación continua del personal y la poca importancia e información acerca de la atención temprana en los niños con necesidades especiales y sus múltiples beneficios.

- **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

Por esta razón se ha planteado la necesidad de analizar ¿Cómo la atención temprana influye en el desarrollo motriz grueso en los niños de 2 a 5 años de edad con parálisis cerebral que asisten al Centro de Rehabilitación para niñas, niños y jóvenes con Discapacidad Sendero de alegría de la ciudad de Loja periodo 2014?

c. JUSTIFICACIÓN

La Universidad Nacional de Loja en su ordenamiento académico vigente aprueba la realización de investigaciones que permitan presentar componentes transformadores a un problema determinado, con el único afán de buscar alternativas de solución; a través de la Investigación Científica para insertar a los futuros profesionales en los procesos de solución de conflictos con el trabajo investigativo propuesto.

Esta investigación LA ATENCIÓN TEMPRANA Y SU INFLUENCIA EN EL DESARROLLO MOTRIZ GRUESO EN LOS NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS DE EDAD CON PARÁLISIS CEREBRAL, QUE ASISTEN AL CENTRO DE REHABILITACION PARA NIÑAS, NIÑOS Y JOVENES CON DISCAPACIDAD SENDERO DE ALEGRÍA DE LA CIUDAD DE LOJA. PERIODO 2014.

Se ejecutará para plantear estrategias con el fin de mejorar la calidad de vida en los niños, así mismo se justifica por los siguientes ámbitos:

En el ámbito Institucional el presente trabajo tiene su justificación en el hecho de que la investigación se enmarcara en lo que metodológicamente señala el Reglamento de Régimen Académico de la Universidad Nacional de Loja, y por ende esta investigación permitirá adentrarnos en el campo de la rehabilitación y atención temprana respecto a la motricidad gruesa en los niños con parálisis cerebral.

Además se cuenta con los estudios académicos en la carrera de Psicorrehabilitación y Educación Especial de la realidad social que se genera en el campo profesional, por lo que se ha decidido elaborar un proyecto de investigación a nivel motriz y de atención temprana.

En lo referente al ámbito social, a través de los resultados se podrá plantear posibles recomendaciones para los padres de familia y sociedad en general en relación a como la estimulación temprana aporta positivamente cuando se la realiza desde edades prontas mejorando las capacidades cognitivas y calidad de vida de los niños y niñas con parálisis cerebral; y, así también poder brindar un tratamiento integral.

d. OBJETIVOS

- OBJETVO GENERAL

❖ Conocer como la atención temprana influye en el desarrollo motriz grueso en lo niños de 2 a 5 años de edad con parálisis cerebral que asisten al Centro sendero de alegría de la ciudad de Loja”. Periodo 2014- 2015

- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar los referentes teóricos y metodológicos de la atención temprana para el desarrollo motriz grueso en lo niños y niñas de 2 a 5 años de edad con Parálisis Cerebral.
- Diagnosticar el desarrollo motriz grueso de los niños y niñas de 2 a 5 años de edad con Parálisis Cerebral.
- Establecer la atención temprana para el desarrollo motriz grueso en lo niños y niñas de 2 a 5 años de edad con Parálisis Cerebral.
- Aplicación de la atención temprana para el desarrollo motriz grueso en lo niños y niñas de 2 a 5 años de edad con Parálisis Cerebral.
- Validar la aplicación de la atención temprana para el desarrollo motriz grueso en lo niños y niñas de 2 a 5 años de edad con Parálisis Cerebral.

ESQUEMA DEL MARCO TEÓRICO

1. LA PARÁLISIS CEREBRAL

1.1. Concepto de parálisis cerebral

1.2. Causas de la parálisis cerebral

1.3.1. Causas prenatales

1.3.2. Causas perinatales

1.3.3. Causas postnatales

1.3.4. Factores de riesgo

1.4. Tipos de parálisis cerebral

1.5. Tratamientos y rehabilitación

2. ESTIMULACIÓN TEMPRANA

2.1. Definición de atención temprana

2.2. Beneficios que tiene la estimulación temprana

2.3. Estimulación temprana, también desde casa

2.4. Qué diferencias puede haber entre un niño que ha trabajado con programas de atención temprana y otro que no lo ha hecho

2.5. Técnicas dentro de atención temprana

2.5.1. Juego en sala cuna

2.5.2. Actividades sala cuna mayor

2.5.3. Juegos en nivel medio

2.5.4. Actividades nivel medio mayor

2.5.5. Juegos en el nivel de transición

2.5.6. Actividades en el nivel de transición para estimular el lenguaje

3. DESARROLLO MOTRIZ GRUESO PARA NIÑOS CON P.C

3.1. Psicomotricidad

3.1.1. Áreas de la psicomotricidad

3.1.2. Esquema Corporal

3.1.3. Lateralidad

3.1.4. Equilibrio

3.1.5. Estructura espacial

3.2. Motricidad

3.2.1. Coordinación Motora Gruesa

3.2.2. Motricidad Gruesa

3.2.3. Desarrollo motriz

3.2.4. Tabla comparativa del desarrollo del niño de 0 a 10 años

e. MARCO TEÓRICO

1. PARÁLISIS CEREBRAL

1.1. Concepto de Parálisis Cerebral

(Brunstrom, 2001) Dice: La Parálisis cerebral (en adelante PC), también conocida como Parálisis cerebral Infantil, abarca un conjunto de trastornos crónicos debidos a una lesión o defecto en el desarrollo del cerebro inmaduro (trastorno neuromotor). Para poder hablar de PC, la lesión tiene que ocurrir en el período comprendido entre los primeros días de gestación y los 3 ó 5 años de vida.

(Butler C., 2001) Dice: El término Parálisis hace referencia a una debilidad o problema en la utilización de los músculos, que se manifiesta con alteraciones en el control del movimiento, el tono muscular y la postura. Mientras que el término Cerebral quiere resaltar que la causa de la parálisis cerebral radica en una lesión (herida y posterior cicatriz) en las áreas motoras del cerebro que controlan el movimiento y la postura. La PC puede sobrevenir antes del nacimiento por factores perinatales, durante el parto (anoxia o falta de oxígeno en el cerebro, bajo peso al nacer, compresión de la cabeza, etc.) o con posterioridad por factores postnatales (anoxia, traumatismos, infecciones, etc.). Además de las limitaciones para el movimiento, pueden presentarse otros síntomas asociados: de la cognición (déficit intelectual), de la comunicación (dificultades en la articulación de las palabras), sensoriales y crisis convulsivas (epilepsia). No hay una PC típica. Las causas, aspectos clínicos y la gravedad varían de unas personas a otras. La PC no es un trastorno progresivo, aunque puede mejorar con la edad y el tratamiento, aunque, actualmente, no tiene cura.

1.2. Causas de la Parálisis Cerebral

(BOBATH, 1976) Dice: No se puede decir que haya una causa de la parálisis cerebral, sino que puede sobrevenir por distintos factores que tienen lugar antes, durante o después del nacimiento, dentro de los tres primeros años de vida. Entre un diez y un quince por ciento de los niños/as con PC adquieren este trastorno en los meses siguientes al parto y suele ser consecuencia de infecciones cerebrales, como la meningitis bacteriana o la encefalitis vírica,

o bien, por lesiones en la cabeza. En muchos casos, ni siquiera se conoce la causa que la desencadenó; únicamente se observa una alteración del desarrollo cerebral o una lesión en la región del cerebro encargada del control de la función motora. Lo que sí es cierto, es que es muy rara la Parálisis Cerebral.

(GONZALES, 1999) Dice: Familiar, de origen genético. Tradicionalmente, se atribuía la mayoría de los casos de PC a asfixia ya otras complicaciones ocurridas durante el parto. Sin embargo, investigaciones recientes han demostrado que sólo un 10% de los nacimientos con asfixia causan PC. La mayoría de las parálisis cerebrales se deben a otros factores.

1.2.1. Causas prenatales.

(García Prieto, 1999) Dice: Los factores prenatales actúan antes del parto, durante el embarazo. Los que más frecuentemente causan parálisis cerebral son:

- Hipoxia: Insuficiencia de oxígeno en el cerebro. Exposición de la madre a un virus o a infecciones (por ejemplo, rubéola).
- Predisposición de la madre al aborto.
- Exposición a Rayos X.
- Intoxicaciones de la madre.
- Trastornos del metabolismo.
- Diabetes.
- Incompatibilidad del Rh sanguíneo. La incompatibilidad sanguínea está relacionada con la Ictericia Infantil.

La incompatibilidad del Rh no suele causar problemas durante el primer embarazo, en el que el cuerpo de la madre generalmente aún no produce anticuerpos. O Apoplejía o hemorragia intracraneal.

1.2.2. Causas perinatales.

(Siebes R., 2002) Dice La PC se puede producir a causa de algún acontecimiento que tiene lugar durante el parto o en los momentos inmediatamente posteriores al nacimiento. o Desprendimiento de la placenta. o Anoxia o Asfixia Perinatal: La falta o insuficiencia de oxígeno en la sangre pueden causar una deficiencia de oxígeno en el cerebro del recién nacido. En los casos de asfixia grave, existe riesgo de daño cerebral a largo plazo, pudiendo dar origen

a un encéfalo patía hipóxica-isquémica. La asfixia grave es poco frecuente y va acompañada de problemas en otras partes del cuerpo y de convulsiones.

(Muzaber L., 1998) Dice: La anoxia puede sobrevenir después de un parto prolongado, por desprendimiento de la placenta o por el uso inadecuado de analgésicos, entre otras causas. O Apoplejía o hemorragia intracraneal. Puede desencadenarse por una insuficiencia respiratoria en el recién nacido. O Traumatismo. Caídas, golpes en la cabeza, etc.

1.2.3. Causas postnatales.

(Kuban K., 1994) Dice: Son aquellas que actúan después del parto, hasta los tres años debida.

- Enfermedades infecciosas. o Accidentes cardiovasculares. o Meningitis.
- Traumatismos o golpes en la cabeza.
- Intoxicaciones por el uso inadecuado de los medicamentos.
- Deshidratación.
- Anoxias.
- Trastornos metabólicos.

1.2.4. Factores de riesgo

(Kuban K., 1994) Dice: El riesgo a padecer parálisis cerebral se incrementa

- En los niños prematuros, sobre todo si el nacimiento tiene lugar antes de las 37 semanas de gestación.
- En los niños con un peso al nacer inferior a 2.500 gramos. cuando la madre sufrió hemorragia vaginal a partir del sexto mes de embarazo y presentaba niveles elevados de proteínas en la orina.
- Cuando el parto fue muy difícil, especialmente si el bebé venía de nalgas (al nacer, presentan primero los pies y no la cabeza) y/o sufrió problemas respiratorios o vasculares que pueden causarle un daño irreversible en el cerebro.
- En los niños que expulsan el meconio, lo que es señal de que se estaban formando heces en el útero de la madre.

- En los niños que sufren malformaciones congénitas en el sistema nervioso. Por ejemplo, una microcefalia (cabeza excesivamente pequeña) puede sugerir problemas en el desarrollo del Sistema Nervioso durante el embarazo.

(Kuban K., 1994) Dice: En los niños que sufren malformaciones congénitas en zonas distintas del Sistema Nervioso, por ejemplo, en la columna vertebral, sufren una hernia inguinal o presentan una mandíbula excesivamente pequeña.

- En los recién nacidos que obtienen una baja puntuación Apgar. Esta puntuación se obtiene a los 10 ó 25 minutos después del parto, mediante la combinación de medidas de la frecuencia cardíaca, la respiración, el tono muscular, los reflejos y el color de la piel.
- En los recién nacidos que sufren convulsiones.
- En los partos múltiples (gemelos, trillizos, etc.).
- Cuando la madre sufre hipertiroidismo, convulsiones una discapacidad intelectual.

El hecho de que se den estas circunstancias no debe ser motivo de alarma para los padres, ya que no siempre van acompañadas de parálisis cerebral, aunque los médicos sí deben estar vigilantes cuando concurra alguna de ellas.

1.3. Tipos de Parálisis Cerebral

(Zapata, 2009) Dice “La PC se puede clasificar siguiendo varios criterios”.

Clasificación Fisiológica

PC Espástica

Se caracteriza por un aumento excesivo del tono muscular (hipertonía), acompañado de un elevado grado de rigidez muscular (espasticidad), que provoca movimientos exagerados y poco coordinados o armoniosos, especialmente en las piernas, los brazos y/o la espalda. Cuando la espasticidad afecta a las piernas, éstas pueden encorvarse y cruzarse en las rodillas, dando la apariencia de unas tijeras, lo que puede dificultar el andar. Algunas personas, experimentan temblores y sacudidas incontrolables en uno de los lados del cuerpo que, si son severas, interfieren en la realización de los movimientos.

DISCINÉTICA O ATETÓSICA

(Siebes R., 2002) Dice: Afecta, principalmente, al tono muscular, pasando de estados de hipertonía (elevado tono muscular) a hipotonía (bajo tono muscular). Las alteraciones del tono muscular provocan descoordinación y falta de control de los movimientos, que son retorcidos y lentos. Estas alteraciones desaparecen durante el sueño. En la PC Discinética se producen problemas para el movimiento de las manos y los brazos, las piernas y los pies, lo que dificulta la postura al sentarse y caminar. En algunos casos, también afecta a los músculos de la cara y la lengua, lo que explica las muecas involuntarias y el babeo de algunas de estas personas. La descoordinación también puede afectar a los músculos del habla, dificultando la articulación de las palabras (disartria). En las situaciones de estrés emocional, disminuye la capacidad para controlar los movimientos.

PC Atáxica

(Papazian. O., 2001) Dice: Se caracteriza por una marcha defectuosa, con problemas del equilibrio, y por la descoordinación de la motricidad fina, que dificultan los movimientos rápidos y precisos (por ejemplo, abrocharse un botón). Caminan de forma inestable, separando mucho los pies. Las personas pueden sufrir temblores de intención, es decir, al comenzar algún movimiento voluntario, como coger un libro, se produce un temblor en la parte del cuerpo implicada, en este caso la mano. El temblor empeora a medida que se acerca al objeto deseado

PC Mixta

(Le Métayer, 1995) Dice “Lo más frecuente es que las personas con parálisis cerebral presenten una combinación de algunos de los tres tipos anteriores, especialmente, de la espástica y la atitóxica”.

Según la parte cuerpo afectado; Hemiplejía o Hemiparesia, se encuentra afectado uno de los lados del cuerpo; Diplejía o Diparesia, se encuentra más afectada la mitad inferior del cuerpo; Monoplejía o monoparesia, se encuentra afectado un solo miembro. Triplejía o Triparesia, se encuentran afectados tres miembros. Cuadriplejía o Cuadriparesia. Se encuentran afectados los cuatro miembros.”

Según el grado de dependencia.

(Hernández Gómez, 1977) Dice: El grado de afectación está determinado por la extensión de la lesión cerebral.

Grave. Carece de autonomía para la realización de todas o casi todas las actividades de la vida diaria (vestirse, comer, asearse), por lo que precisa de la ayuda de otra persona para poder vivir. Necesitará una silla de ruedas o un equipo especial o Moderada. Necesita apoyo de una tercera persona para determinadas actividades y/o ayudas técnicas u ortopédicas como un bastón.

Leve. Es totalmente independiente, aunque parece torpe cuando realiza alguna actividad.

Desarrollo socio afectivo

(García Prieto, 1999) Dice: Desarrollo Social: Toda persona necesita interactuar con su medio social, a fin de adaptarse a todas las condiciones sociales, siendo una parte fundamental las diferentes relaciones humanas y sociales. “El desarrollo psicosocial enfatizo que la personalidad está influenciada por la sociedad.

Es importante que todas las personas posean un desarrollo socio efectivo adecuado a sus condiciones elementales, para mejorar sus conductas en determinados medios sociales.

Toda conducta puede desarrollarse saludablemente con la influencia positiva del medio social, por lo que es importante la adopción de la persona al medio social.

1.4.Tratamientos y rehabilitación

(Helsel P., 2001) Dice: Aunque la parálisis cerebral actualmente no tiene curación, los niños/as que la padecen pueden mejorar sus capacidades si reciben el tratamiento idóneo. Sin embargo, no se dispone de una terapia específica que sea eficaz para todas las personas con PC. Para cada una se debe elaborar un plan de tratamiento adecuado a los síntomas y necesidades que presenta, así como las aptitudes que tiene conservadas.

El tratamiento se irá cambiando según vaya creciendo y evolucionando el niño. Las intervenciones del plan de tratamiento deberán establecerse por un equipo multiprofesional (médicos, enfermeros/as, psicólogos, fisioterapeutas, etc.), con la colaboración de la familia, e incluir no sólo las áreas físicas y médicas, sino también los aspectos de comunicación, psicológicos y emocionales, educativos, etc. En ocasiones, los médicos y/o los padres se centran únicamente en las posibilidades de caminar, olvidando que lo importante es desarrollar el mayor número de habilidades que les permitan alcanzar la mayor autonomía

posible. El tratamiento debe comenzar lo antes posible, pues cuanto más pequeño es el niño/a, tendrá mayores posibilidades de superar sus discapacidades y de aprender nuevas destrezas que le permitan desenvolverse en la vida cotidiana.

La familia, la escuela y, en general, todo el entorno que rodea a la persona con PC pueden mejorar sus capacidades.

A Tratamientos de Rehabilitación, Terapia Ocupacional y Logopedia.

Terapia física: Fisioterapia.

(GONZALES, 1999) Dice: La fisioterapia debe comenzar en los primeros años de vida, inmediatamente después del diagnóstico. El niño/a, o la persona ya adulta, con PC realizan una serie de ejercicios físicos con la ayuda de un fisioterapeuta, encaminados a lograr tres grandes objetivos:

1. Prevenir el deterioro o debilidad muscular por no utilizar un determinado miembro (atrofia por falta de uso).
2. Prevenir las contracturas. En ellas, los músculos se contraen crónicamente a causa de las alteraciones del tono muscular y a la debilidad asociada a la PC. Las contracturas limitan el movimiento de las articulaciones, puede afectar al equilibrio y originar la pérdida de habilidades motoras previas. Además de la importancia de la fisioterapia en la prevención de las contracturas, se pueden utilizar aparatos ortopédicos que estiran los músculos en los casos de espasticidad.
3. Mejorar el desarrollo motor del niño.

(Papazian. O., 2001) Dice: La fisioterapia es un elemento esencial del niño con PC, que le ayuda a aprender destrezas fundamentales para desenvolverse en su vida familiar, escolar, social, etc.

Existen varios programas de terapia física indicados para personas con PC, como por ejemplo, los que a continuación se detallan: o Técnica Bobath.

Se basa en el principio según el cual los niños con PC conservan los reflejos primitivos y, por ello, tienen dificultades para controlar el movimiento voluntario. El terapeuta contrarresta estos reflejos adiestrando en el movimiento opuesto.

Los tratamientos de fisioterapia basados en las técnicas BOBATH buscan también la normalización del tono muscular. Por ejemplo, se entrenan las posturas capaces de disminuir el tono muscular y aquellas que facilitan los movimientos deseados: mayor equilibrio de pie, movimientos activos e individuales de brazos y piernas, etc. Las Técnicas del Concepto de Bobath son recomendables cuando el paciente da muestra de debilidad y tiene síntomas de

espasticidad. Busca enseñar las destrezas motoras en la misma secuencia en que se desarrollan y evoluciona normalmente, es decir, el terapeuta guía al niño/a para que siga la misma secuencia de aprendizaje que sigue un niño sin PC cuando va pasando por las distintas etapas del desarrollo motor, con independencia de la edad del paciente. Esta terapia está envuelta en mucha polémica y despierta reticencias en aquellos que opinan que faltan estudios que demuestren su eficacia. o Técnicas de tratamiento basadas en el Concepto Vojta.

(Levitt, 2000) Dice: El método Vojta constituye una técnica de diagnóstico y de tratamiento global que busca la estimulación de respuestas reflejas de los músculos al presionar los puntos del cuerpo en los que se encuentran las terminaciones nerviosas. A través de estas técnicas, es posible detectar de manera muy temprana las enfermedades ocurridas durante el nacimiento que, como la parálisis cerebral, implican un retraso motor.

El diagnóstico se lleva a cabo a través de un test que evalúa las respuestas automáticas y globales a los cambios de posición en el espacio, inducidos por el terapeuta. Estas pruebas permiten poner en evidencia las alteraciones que se producen a la hora de desencadenar los mecanismos posturales automáticos dirigidos por el sistema nervioso central, teniendo en cuenta la etapa evolutiva del bebé. Cada momento del desarrollo se caracteriza por una serie de patrones de conducta en función de una serie de estrategias locomotoras automáticas claramente definidas por el concepto Vojta.

El tratamiento de fisioterapia consiste en ir reproduciendo estos patrones de conductas motoras globales en el orden cronológico que se originan normalmente. Se trata de ir realizando determinados movimientos contrarios a los que aparecen de forma espontánea en distintas regiones clave del cuerpo y lograr que estas contra resistencias se propaguen al resto del organismo o Cinesiterapia.

La cinesiterapia es el conjunto de intervenciones que se sirven del movimiento con fines terapéuticos. Puede ser activa, si requiere la participación del paciente, o pasiva, que se lleva a cabo sin que la persona realice ningún movimiento, bien de forma relajada o forzada. La cinesiterapia tiene efectos positivos sobre el sistema cardiovascular, respiratorio y muscular. Se vencen resistencias externas que obstaculizan o impiden el movimiento.”

(Donald, 1972) Dice “Se distiende las fibras acortadas o contraídas.

Se produce mayor tensión muscular, aumentando la fuerza y el volumen muscular.

Se favorece el funcionamiento y la transmisión de los impulsos nerviosos, mejorando el equilibrio y la coordinación del movimiento.

Se aplica peso cada vez mayor de forma progresiva.

Las repeticiones del ejercicio no deben ser muchas y han de realizarse de forma espaciada para lograr una buena recuperación.

Puede realizarse manualmente o por medio de instrumental (circuito de poleas, muelles, resortes, etc.).

Terapia ocupacional

(Finnie, 1987) Dice: Su finalidad es el desarrollo de las habilidades necesarias para desenvolverse con autonomía en la vida diaria (vestirse, comer, usar el baño, etc.). El terapeuta ocupacional también presta asesoramiento sobre las ayudas técnicas específicas para compensar las dificultades en la realización de las distintas actividades (por ejemplo, el ordenador más adecuado cuando no puede escribir con un bolígrafo o un lápiz), enseñándole a utilizar de forma óptima estas.

Tratamientos de logopedia

(Cobos Álvarez, 1995) Dice “Cuando existen problemas para comunicarse, de deglución y el babeo las personas con PC deberán recibir logopedia. Estos tratamientos estimulan las capacidades conservadas y persiguen el desarrollo de destrezas nuevas para lograr un habla lo más inteligible posible. El logopeda elabora y lleva a cabo el programa de rehabilitación, siguiendo las orientaciones terapéuticas marcadas por el médico foniatra, que es el profesional que hace el diagnóstico de los problemas del habla. El logopeda también asesora sobre la utilización de ayudas técnicas que favorecen la comunicación, como ordenadores con sintetizadores de voz. El logopeda también enseña ejercicios para controlar el babeo.

Los objetivos que se persiguen con los tratamientos de logopedia son: o Reducir los factores que obstaculizan la comunicación y/o deglución. Postura inadecuada, mala dentición, alteraciones emocionales y conductuales, etc. o Mejorar las funciones deterioradas (comunicación, babeo y/o deglución). Para lograr este objetivo, se suelen utilizar técnicas que consisten en la repetición sistemática de tareas. O Estimular las funciones residuales. Este objetivo se basa en el principio de neuroplasticidad, según el cual las funciones que están conservadas sirven para sustituir y apoyar aquellas que están deterioradas.

Es importante garantizar el desarrollo familiar y escolar, a fin de lograr una condición adecuada y técnica frente a cualquier tipo de entorno o limitación, para el efecto la familia crea un clima de seguridad emocional que permite el desarrollo de aptitudes positivas en los procesos educativos.

Es imprescindible el afecto para desarrollar un sistema vocacional básico en donde se generen aptitudes del grupo familiar frente al grupo social. La familia debe socializar con el entorno educacional a fin de lograr los objetivos comunes, la misma que en algunos casos debe ser

peramente y en muchos de los casos participativos. Que permiten aplicar una metodología común, programas y planes que contribuyan a un desarrollo armónico.

2. ATENCIÓN TEMPRANA

2.1. Definición de atención temprana

(Cabrera M., 1994) Dice: La estimulación temprana es un conjunto de técnicas psicopedagógicas que, trabajadas en forma sistemática con los niños, permite mantener, acelerar y optimizar el desarrollo del niño, durante los dos primeros años de vida.

Es el conjunto de medios técnicas, y actividades que se aplica en forma sistémica y secuencial desde el nacimiento con el objetivo de desarrollar al máximo las capacidades cognitivas, físicas psíquicas y afectivas de nuestros hijos.

2.2 Beneficios que tiene la estimulación temprana

(Cardona Martín, 2001) Dice: Los niños que han vivido diferentes y variadas experiencias en un ambiente lúdico y sin presión, se sienten más capaces, Disfruten de numerosos intereses y tienen mayor facilidad para aprender. Son niños más “completos” y en definitiva, más felices.

Los beneficios son los obtenidos de lograr nuestros objetivos al aplicar la Estimulación Temprana.

1. Aprovechar la capacidad de aprendizaje y adaptabilidad del cerebro:

Durante los 5 primeros años de vida, el cerebro tiene como una de sus principales características la “plasticidad” la cual va disminuyendo poco a poco sin perderse por completo.

Esta característica ayuda a agilizar la conexión entre las neuronas haciendo posible que el niño fije los conocimientos con mayor facilidad, ayuda a establecer nuevas conexiones logrando que el niño relacione los nuevos conocimientos con los ya aprendidos y favorece al correcto proceder, lo que ayuda a realizar correctamente una tarea en un determinado momento.

2. Proporcionar estímulos repetitivos que potencien las funciones cerebrales de mayor interés:

Es importante ofrecer al niño menor de 6 años elementos que actúen sobre el cerebro y creen una reacción en el niño, es decir, los conocimientos que se le impartan deben ser los eficientemente motivadores como para producir en él un impacto positivo que lo lleve a investigar sobre el mismo. Estos estímulos pueden ser externos o internos, externos cuando

el medio ambiente se los ofrece e internos cuando él mismo se los da por tratarse de algo afectivo.

3. Reforzar aspectos intelectuales, físicos, sensoriales y sociales del desarrollo: Como ya se ha venido mencionando en varias oportunidades, el desarrollo integral del niño abarca los diferentes aspectos que lo involucran y es a través de los juegos y actividades que se realicen con el niño que él va a obtener conceptos básicos, va a adquirir mayor control sobre sus movimientos, va a descubrir los objetos que están en su entorno y va a desarrollar habilidades que le permitan establecer relaciones sociales con los demás.

4. Estrechar la relación adulto-niño: Actualmente, que le es muy difícil a los padres ofrecer a sus hijos el tiempo que ellos demandan y a los profesores que en muchas ocasiones caen en la rutina del trabajo dejando de lado el aspecto afectivo de su labor, es importante rescatar la importancia de este vínculo porque es a través de las enseñanzas y el afecto del adulto hacia los niños que ellos crecerán en un ambiente de sana convivencia.

5. Aumentar la adquisición de herramientas para el desarrollo infantil: El niño desde que nace va adquiriendo herramientas que lo ayudan a obtener recursos para solucionar los problemas que se le presentan en los diferentes aspectos, estas pueden ser naturales (que vienen con él) y aprendidas u ofrecidas por el entorno (las copia de las personas que lo rodea o las descubre a través del tanteo). Estas herramientas pueden darse desde temprana edad si es que se le ofrece al niño los medios para descubrirlos en el momento oportuno, de acuerdo a su desarrollo.

El trastorno del desarrollo debe considerarse como la desviación significativa del “curso” del desarrollo, como consecuencia de acontecimientos de salud o de relación que comprometen la evolución biológica, psicológica y social. Algunos retrasos en el desarrollo pueden compensarse o neutralizarse de forma espontánea, siendo a menudo la intervención la que determina la transitoriedad del trastorno.

2.3 Atención temprana, también desde casa

(Cobos Álvarez, 1995) Dice: Además de los centros y gabinetes donde los profesionales de la educación trabajan con los niños con programas de estimulación temprana, es muy importante que los padres también fomenten en sus hijos aprendizajes tempranos de aspectos sociales, emocionales y cognitivos como las matemáticas, los idiomas, etc. aprovechando así el ambiente familiar con las posibilidades que éste implica gracias al ambiente de confianza e intimidad que proporciona el hogar. Además, trabajar con nuestros hijos en casa con este tipo de soportes de estimulación temprana fortalece los vínculos afectivos entre padres e hijos al pasar juntos el denominado tiempo de calidad y supone una mayor implicación como padres en la educación de nuestros hijos.

Cabe destacar que la estimulación temprana no tiene como objetivo enseñar, sino desarrollar las capacidades del niño y estimular las conexiones neuronales de su cerebro.

2.4. Qué diferencias puede haber entre un niño que ha trabajado con programas de estimulación temprana y otro que no lo ha hecho

(Cahuzac, 1985) Dice: La diferencia reside en la actitud de uno y otro hacia sí mismo. Esta actitud influirá sobre la forma en la que la persona vivirá todas las etapas de su vida. Los niños necesitan gran variedad de experiencias en los primeros años para favorecer su desarrollo intelectual. Esa es la manera en que conoce el mundo que le rodea. La curiosidad del bebé le lleva a buscar nuevas experiencias de aprendizaje por sí mismo. Su capacidad dependerá del grado de estimulación que el niño reciba.

2.5 Técnicas dentro de estimulación temprana

2.5.1 Juegos en sala cuna.

Actividades sala cuna menor.

(Busto Barcos, 1993) Dice: Durante los primeros meses, los niños (as) juegan con su propio cuerpo, juntan las manos, se toman los pies, chupan objetos. Necesitan juguetes que los ayuden a descubrir su cuerpo y a distinguir diferentes texturas, formas y colores. Entre los 6 a 8 meses, tratan de incluir en sus juegos a todas las personas que están a su alrededor y suelen demostrar afecto hacia otros niños(as).

Entre los 9 y 12 meses sus juguetes favoritos son aquellos que les permiten llenar y vaciar, tapar y destapar, entre otros.

Cantarles canciones de cuna o de arrullo

Pon el bebé decúbito ventral (boca abajo) para estimular que mueva su cabeza de un lado para otro y el resto de su cuerpo.

Mientras cambies al bebé, masajéalo muy suavemente ayúdalo a que apreté tu mano, sino lo logra por sí mismo luego tira para que el niño (a) trate de sentarse.

Dejarlo en una superficie plana, para que gatee (apoyando y sin apoyar las rodillas), ruede y se mueva en forma libre.

Muéstrale un objeto que sea de su interés, moviéndolo de un lado para otro, luego acércalo para que lo tome e imite lo que hiciste.

Coloca varios objetos en un recipiente relativamente cerca, para que el bebé gatee hasta alcanzarlos, él podrá sacar, manipular, golpear, frotar, pasar de una mano a la otra, volverlo al recipiente. etc.

Ayúdale a ponerse de pie, para que tracciones y empiece a prepararse para caminar.

Aplaudir tratando de acompañar un ritmo sencillo, para que ellos imiten los movimientos.”

2.5.2 Actividades sala cuna mayor

(Calderón-González, 2000) Dice: Cuando ya caminan, los niños (as) encuentran diversas formas de jugar, pues no dependen tanto de los adultos para hacer lo que se han propuesto. Entre el 1º año y el 2º manifiestan intereses por los materiales que manipulan y que les sirven para construir, lo que les permite desarrollar su capacidad creadora. También realizan sus primeros trazos, aún ilegibles; no utilizan los dedos ni las muñecas para controlar lo que están dibujando y tampoco tienen control visual solo garabatean.

AGRUPAR: Pasarle cubos para que agrupe uno sobre otro (más de 3 cubos) o realizar construcciones con diversos materiales cajas, juguetes, etc.

JUGAR A LOS ENCARGOS: Utilizando indicaciones como: trae la pelota, lleva los colores, peina a tu muñeca, etc.

CON PALABRAS: Contarle un cuento sencillo o cantarle canciones tradicionales para que aplauda o baile al ritmo de estas.

JUGAR A DONDE ESTÁN LAS PARTES DE SU CUERPO:

¿Dónde está la nariz? ¿Dónde están las manos?, etc. (luego reforzar diciendo “ahí está”)

JUGAR A LAS ESCONDIDAS: El adulto se esconde en un lugar fácil donde el niño pueda encontrarlo y luego el niño se esconderá para ser encontrado (al momento que el niño se dé cuenta que lo vieron se le dice “ahí está”).

2.5.3. Juegos en nivel medio

(Cardona Martín, 2001) Dice: En esta etapa el niño (a) cada vez que logra una experiencia con éxito, va sintiéndose más capaz de hacer cosas adquiriendo mayor autonomía y valoración de sí mismos.

Es muy importante que se estimule siempre sus logros y le demos la alegría que nos produce cada pequeño progreso.

En esta edad aparecen los juegos de imitación, en que los niños y (as) representan con sus acciones, comportamiento y actitudes, y situaciones de la vida adulta, dándoles una nueva interpretación con su imaginación.

También pueden jugar en grupo, pero solo por breves momentos, ya que tienen más interés por los juguetes que por los otros niños.

Suelen transformar los objetos para usarlos de acuerdo con sus necesidades.

Aparece el garabateo con trazos desorganizados y al azar, pero luego los van controlando y organizando más. Ya logran un mayor control visual sobre sus dibujos.

Partes del cuerpo: Jugar a nombrar las partes de un muñeco mientras el niño (a) juega con él. ¿Qué sonido es ese?: Imitar diferentes sonidos (con onomatopeyas) que él niño (a) identifique y también que los reproduzca.

El tesoro escondido: Buscar varios elementos de diversas formas y colores, introducirlos en una bolsa o caja. El niño (a) los irá sacando uno por uno y podrá hacer una descripción breve de cada uno. El monito mayor: El adulto hace gestos o formas de caminar de diversos animales (conejo, canguro, monos, caracoles, tortugas, aves, etc.) para que el niño (a) los imite.

Saltar en un pie: Pedirle al niño que salte en un pie y que trate de mantener el equilibrio por algunos segundos.

Sube y baja: Realizar carreras con obstáculos donde el niño (a) deba subir y bajar escaleras.

2.5.4 Actividades nivel medio mayor.

(Cabrera M., 1994) Dice: El desarrollo del lenguaje hablado permite a los niños (as) pasar a un juego cooperativo, pues ya pueden discutir y atribuir los roles necesarios para una actividad en común. Así preferirán compartir sus juegos con otros niños (as), especialmente con los que conocen más. El juego en solitario disminuye y cada día tienen más interés por jugar con niños (as) de su edad.

En esta etapa los niños (as) crean amigos imaginarios, con los cuales hablan y juegan. Esta actividad no solo fomenta su creatividad, sino que les permite expresar sus emociones y sentirse más seguros y protegidos frente al medio.

Juegos con pelotas: Pasar la pelota de un niño a otro, lanzar, encestar, patear, etc. Estos juegos le ayudarán a la coordinación y equilibrio.

Saltar en un pie: A esta edad ya han adquirido mayor agilidad en los saltos, tanto parado como corriendo. Por lo que pueden saltar con uno y otro pie y realizar saltos sucesivos.

Juegos con cuerdas o cintas: Mover las cintas en forma libre o al ritmo de alguna música, para que se expresen y muevan su cuerpo. Con las cuerdas jugar a hacer culebritas moviéndola de ambos extremos para que ellos salten de un lado hacia otro.

Juguetes representativos: De animales, muñecas, juegos de cocina, autitos, camiones, etc. de madera o plástico

Andar en triciclo o bicicleta: Dentro del hogar o al aire libre.

Juegos de encaje: Armado de rompecabezas con poca dificultad, encajar figuras, encajar anillos, etc.

2.5.5 Juegos en el nivel de transición

(Cobos Álvarez, 1995) Dice: Para los niños (as) de 4 y 5 años el juego tiene ya un fin determinado, pues a esta edad utilizan diferentes materiales para construir lo que desean específicamente.

Las dramatizaciones se convierten en diversión diaria, a través de ellas le dan sentido al mundo que los rodea, desarrollan sus destrezas sociales y culturales, y expresan sus sentimientos y pensamientos.

Los dibujos comienzan a tener más sentido, pues se convierten en una nueva forma de representar y expresar el mundo. Si bien los trazados aún no tienen alta precisión, si poseen un contenido específico.

2.5.6 Actividades en el nivel de transición para estimular el lenguaje:

(DIAGONAL SANTILLANA, 2002) Dice: Canciones y rimas: Rondas, juegos verbales, canciones infantiles, etc.

Cuentos: Tradicionales, fábulas, etc.

Adivinanzas: De animales, cosas, frutas, partes del cuerpo, etc.

Juego con indicaciones: Son los que tienen que realizar lo que se les pide (“Simón dice”)

La finalidad de estos juegos es ayudar a que desarrollen destrezas de articulación, expresión y comprensión. Es importante que su dificultad deba adecuarse a cada edad.

Para estimular la motricidad:

Arrastrarse y gatear: En forma libre por la sala, en casa o al aire libre.

Columpiarse: Usando sube y baja o columpios solos o de a dos.

Con pelota: En grupos o solos pateándola, tirándola con la mano, dándole botes, etc.

Saltar la cuerda: A ras de suelo o en movimiento en forma individual o grupal.

Juegos de mímica: Para que el niño descubra o realice acciones, animales, etc.

Juegos de ensarte: Hacer collares o pulseras con fideos, semillas, etc.

Tiro al blanco: Tirar a un punto o un objeto determinado hasta votarlo.

Juegos para moldear: Usando plastilina, masa, arcilla, etc.

Su objetivo es que adquieran una mayor madurez física, controlen mejor su cuerpo.

3. DESARROLLO MOTRIZ GRUESO PARA NIÑOS CON P.C.

3.1. Psicomotricidad

El término psicomotricidad basado en una visión global, integra las interacciones cognitivas, emocionales, simbólicas y sensomotrices en la capacidad de ser y de expresarse en un contexto psicosocial. La psicomotricidad así definida, desempeña un papel fundamental en el desarrollo armónico de la personalidad.

Partiendo de esta concepción se desarrollan distintas formas de intervención psicomotriz que encuentran su aplicación, cualquiera que sea la edad, en los ámbitos preventivo, educativo, reeducativo y terapéutico.

Los avances en la comprensión de la psicomotricidad, han sido retomados en el campo de la educación dando origen a la Educación Psicomotriz la misma que es un medio para contribuir al desarrollo integral de los niños/as no tiene la finalidad de hacer grandes atletas ni destacados deportistas, pero su práctica está orientada a formar mentes sanas y cuerpos fuertes, ágiles y capaces de emplear sus posibilidades motrices plenamente.

Según Pic y Vayer, La educación psicomotriz utiliza los medios de la educación física con el fin de normalizar o mejorar el comportamiento de los niños, pretende educar de manera sistemática las conductas motrices y psicomotrices del niño, facilitando así la acción educativa y la integración escolar y social.

En este sentido, la educación de la psicomotricidad debe ser integral, estimulando a partir del cuerpo y el movimiento la capacidad de relacionarse mejor consigo mismo y con los demás personas. (Donald, 1972, pág. 163).

3.1.1 Áreas de la psicomotricidad

3.1.1.1. Esquema Corporal

El descubrimiento y conocimiento del propio cuerpo, de las partes que lo integran y su funcionamiento es el pilar básico sobre el que se irán posteriormente asentando el resto de los elementos psicomotores, para llegar a una interacción en la que se fortalecen mutuamente.

El esquema corporal va formándose lentamente en los niños/as desde el nacimiento hasta aproximadamente los once o doce años, en función de la maduración del sistema nervioso, de su propia acción, del medio que lo rodea, de la relación con otras personas y la afectividad de esta relación así como de la representación que se hace el niño de sí mismo.

Los niños/as aprende a reconocer su cuerpo y a distinguirlo de las demás cosas este conocimiento lo adquiere al mover sus extremidades, el cambio de posición al sentir las sensaciones de compensación de los desequilibrios posturales a través de las impresiones táctiles y visuales.

(SCHILDER, 1991) Define: el esquema corporal como “la representación mental, tridimensional, que cada uno de nosotros tiene de sí mismo,” esta representación se constituye con base en múltiples sensaciones, que se integra dinámicamente en una totalidad o gestal del propio cuerpo.

Todo esto nos da a conocer que el esquema corporal mal estructurado se traduce en deficiencias en diversos aspectos de la personalidad como puede ser: en la organización espacio- temporal, en la coordinación motriz, e incluso, en una falta de seguridad en las propias aptitudes, circunstancias que dificultan establecer una adecuada comunicación con el entorno.

A lo largo de su evolución psicomotriz, la imagen que los niños/as se forma de su propio cuerpo se elabora a partir de múltiples informaciones sensoriales de orden interno y externo que este percibe.

3.1.1.2. Lateralidad

Es el predominio funcional de un lado del cuerpo, determinado por la supremacía de un hemisferio cerebral. Mediante esta área, los niños/as desarrollan las nociones de derecha e izquierda tomando como referencia su propio cuerpo y fortalecerá la ubicación como base para el proceso de lectoescritura. Es importante que los niños/as definan su lateralidad de manera espontánea y nunca forzada.

Para Conde y Viciano (1997) la lateralidad “es el dominio funcional de un lado del cuerpo sobre el otro y se manifiesta en la preferencia de servirnos selectivamente de un miembro determinado (mano, pie, ojo) para realizar actividades concretas”

La lateralidad es por consecuencia sinónimo de diferenciación y organización global corporal, donde están inmersos por lo tanto la coordinación el espacio y tiempo, la lateralidad es indispensable en el proceso de aprendizaje, porque permite desarrollar la orientación del cuerpo, además de ser la base para la proyección del espacio en la organización motora y del lenguaje, dando como resultado su influencia en la lectura, la escritura y lógica matemática.

Por su parte, la lateralidad es un proceso que tiene una base neurológica, y es una etapa más de la maduración del sistema nervioso, por lo que la dominancia de un lado del cuerpo sobre el otro va a depender del predominio de uno u otro hemisferio. En este sentido se considera una persona diestra cuando hay predominio del hemisferio izquierdo y una persona zurda, cuando la predominancia es del hemisferio derecho. (Papazian. O., 2001, pág. 240)

3.1.1.3. Equilibrio

Es considerado como la capacidad de mantener la estabilidad mientras se realizan diversas actividades motrices. Esta área se desarrolla a través de una ordenada relación entre el esquema corporal y el mundo exterior. Es el resultado de distintas integraciones sensorio-perceptivo-motrices que conducen el aprendizaje en general.

3.1.1.4. Estructuración espacial

Esta área comprende la capacidad que tiene los niños/as para mantener la constante localización del propio cuerpo, tanto en función de la posición de los objetos en el espacio como para colocar esos objetos en función de su propia posición, comprende también la habilidad para organizar y disponer los elementos en el espacio, en el tiempo o en ambos a la vez. Las dificultades en esta área se pueden expresar a través de la escritura o la confusión entre letras.

3.2. Motricidad

Los músculos esqueléticos, que están bajo el control del sistema nervioso, garantizan la motricidad (locomoción, postura, mímica, etc.)

El sistema nervioso central (cerebro, cerebelo, medula espinal) es una auténtica torre de control del organismo y constituye el lugar en el que se integra la información y la orden motora gracias a la que se realizan los movimientos voluntarios.

El sistema nervioso periférico (raíces nerviosas y nervios periféricos) lleva esta información hasta el musculo por medio de la unión neuromuscular. Cada musculo esquelético está conectado a la medula espinal por un nervio periférico.

La transmisión del impulso nervioso al musculo desencadena la contracción muscular. Al contraerse, el musculo produce fuerza y movimiento.

La motricidad es la capacidad del hombre y los animales de generar movimiento por sí mismo tiene que existir una adecuada coordinación y sincronización entre todas las estructuras que intervienen en el movimiento las cuales son: sistema nervioso, órgano de los sentidos, sistema musculo esquelético.

3.2.1. Coordinación Motora Gruesa

La capacidad motriz gruesa consiste en la capacidad de contraer grupos Musculares diferentes de forma independiente, o sea, llevar a cabo movimientos que incluyen a

varios segmentos corporales. Para que sea eficaz la coordinación psicomotriz se requiere de una buena integración del esquema corporal así como de un conocimiento y control del cuerpo. Esta coordinación dinámica exige la capacidad de sincronizar los movimientos de diferentes partes del cuerpo. Por ejemplo salta, brincar en un pie, sobre llantas etc.

3.2.2 Motricidad Gruesa

(Conde J. , 2007, pág. 2) Dice: “La motricidad gruesa comprende todo lo relacionado con el desarrollo cronológico del niño/a especialmente en el crecimiento del cuerpo y de las habilidades psicomotrices respecto al juego y a las aptitudes motrices de manos, brazos, pierna y pies.”

Las investigadoras concluyen que la motricidad gruesa abarca el progresivo control de nuestro cuerpo. Por ejemplo: el control de la cabeza boca abajo, el volteo, el sentarse, el gateo, el ponerse de pie, caminar, subir y bajar escaleras, saltar.

A partir de los reflejos, un bebe inicia su proceso motriz grueso y aunque no puede manejar adecuadamente sus brazos, intenta agarrar objetos a mano llena e introducir por sí mismo el alimento a la boca. Así, poco a poco su nivel motor se integrara para desarrollar patrones como el control de la cabeza, giros en la cama, arrodillarse o alcanzar una posición bípeda.

Lo más importante para evitar complicaciones a nivel neurológico es el ambiente en el que se desarrolle naturalmente el pequeño. La recomendación que se podría hacer es que los padres sepan las necesidades del bebe. Eviten se permisivos o restrictivos al extremo y les den una adecuada estimulación.

3.2.3 Desarrollo Motriz

Desarrollo Motriz.- alcanzara grandes logros motrices soltura espontaneidad y armonía de sus movimientos, empezando a manifestar predominio de un lado de su cuerpo.

(BRITO, 2009) Dice “Es toda aquella acción muscular o movimiento del cuerpo requerido para la ejecución con éxito de un acto deseado, un habilidad supone un acto consciente e implica la edificación de una competencia motriz”

Es preciso señalar que en este aspecto se agrupan contenidos cuyo objetivo es estimular el desarrollo de la percepción y la coordinación motriz. Ubicación en el espacio y en el tiempo, equilibrio, lateralidad coordinación viso motriz y psicomotriz estos contenidos se enfatizan en los tres primeros grados de educación primaria y continúan en los grados superiores para estimular las capacidades físicas coordinativas.

El desarrollo motriz sigue dos patrones para el alcance de dominio de destrezas:

El patrón céfalo caudal.- establece que en la conquista de las habilidades motrices, primero se adquiere el dominio de la cabeza luego del tronco y los brazos más delante de las piernas y finalmente de los pies y dedos, es decir este dominio va de arriba abajo.

El patrón próximo distal.- establece que el dominio de las destrezas motrices se inicia desde el centro hacia los costados primero se gana el dominio sobre la cabeza y el tronco, luego los brazos, posteriormente las manos y finalmente los dedos.

Estos dos patrones de adquisición de destrezas son importantes de considerar para entender el desarrollo evolutivo de los niños/as, y para programar las experiencias de aprendizaje.

3.2.4 Tabla comparativa del desarrollo del niño de 0 a 10 años

| EDAD | DESARROLLO MOTOR | DESARROLLO SOCIAL | DESARROLLO AFECTIVO | DESARROLLO COGNITIVO |
|-------------------|---|---|--|---|
| 0 A 1 AÑO | <ul style="list-style-type: none"> -Función oral alimenticia -Ritmos de sueño, vigilia y alimentación -Estadio del reflejo -Movilidad (volteo) -Manipula objetos -Balbucea | <ul style="list-style-type: none"> -Relación Madre-hijo -Reconoce rostros desconocidos -Se disgusta -Reacciona frente a los extraños con lloros | <ul style="list-style-type: none"> -A través de la lactancia se completa el ciclo de la maternidad, y por medio de ésta se desarrolla la empatía -Expresa necesidades a través de gestos, actitudes, los cuales intercambian afectivamente con los demás | <ul style="list-style-type: none"> -Ejercicios de reflejos -Función de succionar -Función de morder -Etapa del suelo: movimiento, desplazamiento, gateo -Emisión de la primera palabra |
| 1 A 2 AÑOS | <ul style="list-style-type: none"> -Se mantiene de pie -Da sus primeros pasos -Controla y domina su cuerpo -Camina correctamente -Curiosidad por explorar diferentes partes del cuerpo | <ul style="list-style-type: none"> -Relaciones con el medio exterior -Surge el “no” (negación frente a todo) -Control de esfínteres | <ul style="list-style-type: none"> -Se inicia la conquista de la autonomía -Interioriza prohibiciones (deben ser pocas y permanentes, ya que ello le darán seguridad y confianza) | <ul style="list-style-type: none"> -Actividad objetal (aprende la función que tiene cada objeto) -Desarrollo del lenguaje en forma importante |
| 2 A 3 AÑOS | <ul style="list-style-type: none"> -Coordina mejor sus movimientos -Se pone de puntillas -Apila en equilibrio cubos | <ul style="list-style-type: none"> -Control de esfínteres (diurna y nocturna) -Curiosidad del negativismo -Reconoce a otras personas | <ul style="list-style-type: none"> -Puede coger rabetas -Puede pegar o morder -Puede dar patadas -Puede entrar en rabetas con los padres -Teme a ser abandonado | <ul style="list-style-type: none"> -Aumento de vocabulario (de 150 a los 2 años a 1.500) |

| | | | | |
|------------------------------|---|---|---|--|
| <p>3 A 4 AÑOS</p> | <ul style="list-style-type: none"> -Corre -Se para -Gira -Coordina ojo-pie -Sube y baja escaleras -Guarda equilibrio montando bicicleta -Mueve el cuerpo al ritmo de la música | <p>Egocentrismo</p> <ul style="list-style-type: none"> -Deseo de posesión y dominio sobre lo que considera suyo -Juega con otros niños -Inicia la independencia -Imita ruidos | <ul style="list-style-type: none"> -Posición auto-conservadora -Conflictos entre su deseo de dependencia y su necesidad de adulto | <ul style="list-style-type: none"> -Percepción exacta de los sonidos del lenguaje -Realiza frases completas -Utiliza: algunos artículos indefinidos, pronombre “yo”, preposiciones, adverbios de lugar -Concordancia entre género, artículo y nombre -Combinaciones mentales -Representa objetos mediante símbolos -Comprende enunciados, frases y palabras |
| <p>4 A 5 AÑOS</p> | <ul style="list-style-type: none"> -Trepa -Se columpea -Se desliza -Perfecciona su habilidad manual | <ul style="list-style-type: none"> -Le cuesta compartir sus juguetes -Son muy sociables, habladores y preguntones -Edad del “Por qué” | <ul style="list-style-type: none"> -Mayor autonomía -Demuestra sus miedos a la oscuridad y a los animales -Se identifica con personas del mismo sexo | <ul style="list-style-type: none"> -Juego simbólico -Desarrollo del lenguaje y la memoria -Diferencia la anatomía entre sexos |

| | | | | |
|-------------------|--|--|--|---|
| | | -Imita a los adultos | | -Representa partes del cuerpo que conoce bien |
| 5 A 6 AÑOS | -La lateralidad y el predominio del lado derecho o izquierdo son bastante definidos -Aún no reconoce la derecha e izquierda en el cuerpo del otro | -Intereses en el juego según se trate de niños o niñas -Actitud receptiva | -Aparición de amigos inseparables de su mismo sexo | -Realismo intelectual |

f. METODOLOGÍA

Para el desarrollo del trabajo investigativo, fue necesario la utilización de métodos y técnicas, constituyendo una actividad de análisis teórico-práctico, conforme se detalla a continuación:

Métodos:

Científico: Este método se lo utilizó en la realización del proceso de investigación, por que permitió recopilar información sobre el tema planteado, La atención temprana y su influencia en el desarrollo motriz grueso en los niños con parálisis cerebral, además para realizar la construcción del marco teórico como también para el planteamiento de soluciones al problema a tratarse con fundamentos científicos.

Cuantitativo: A través de este método permitió utilizar datos matemáticos y estadísticos para determinar los porcentajes para la interpretación de las causas y efectos del problema.

Analítico: Este método permitió conocer más del objeto de estudio, con lo cual se puede explicar, hacer analogías, comprender mejor su comportamiento.

Método Inductivo-Deductivo. Este método será utilizado durante la investigación para procesar de la mejor manera, los datos obtenidos a través de la misma, permitiéndonos una adecuada interpretación de los datos, ya que con este método podemos ir de lo general a lo particular.

Método Hermenéutico: se utilizó para la recopilación y clasificación de la literatura

Método Bibliográfico: El mismo que nos permitirá recopilar información para desarrollar toda una base teórica con respecto a la estimulación temprana y su influencia en el desarrollo motriz grueso.

Método Estadístico: Este método permitirá la representación de los datos obtenidos para medir las características de la información, para resumir los valores individuales y analizar los datos a fin de extraer el máximo de información.

Entre las técnicas e instrumentos se utilizará:

Técnica de la encuesta. Mediante un banco de preguntas aplicada al terapeuta del área de estimulación temprana para conocer las técnicas que se aplican a los niños con Parálisis cerebral que asisten al Centro de rehabilitación “Sendero de Alegría.

Mediante la aplicación del test de Obsteretsky para determinar el nivel de motricidad gruesa en los niños de 2 a 5 años de edad con Parálisis cerebral que asisten al Centro de rehabilitación “Sendero de Alegría.

La población está constituida por 90 niños en total con diferentes tipos de discapacidades, 8 niños con Parálisis cerebral, 7 terapeuta que laboran.

Muestra: La muestra para la investigación y el cumplimiento de los objetivos y ejecución del proyecto de tesis será de 5 niños con Parálisis Cerebral, y 5 terapeuta que es una muestra selectiva. Existiendo la colaboración de los padres de familia y autoridades del centro para poder desarrollar el presente proyecto.

RECURSOS

RECURSOS HUMANOS:

Director de Tesis: Por Designarse

Encuestados: 5 terapeuta

Test: 5 niños del Centro “Senderos de alegría”

Postulante:

g. CRONOGRAMA

| ACTIVIDADES | 2013 | | | 2014 | | | | | | | | | | | | | |
|---|------|----|----|------|----|----|----|----|----|----|---|---|---|---|---|---|---|
| | MR | AB | MY | JN | JL | AG | SP | OC | NV | DC | | | | | | | |
| Búsqueda y Planteamiento del tema de investigación. | ■ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Desarrollo de problemática, justificación y objetivos. | | ■ | | | | | | | | | | | | | | | |
| Construcción del Marco Teórico. | | | ■ | | | | | | | | | | | | | | |
| Indagación y Elaboración de instrumentos de investigación. | | | | ■ | | | | | | | | | | | | | |
| Diseño de la metodología, cronograma, presupuesto y financiamiento. | | | | | ■ | | | | | | | | | | | | |
| Revisión de la Bibliografía y Anexos. | | | | | | ■ | | | | | | | | | | | |
| Presentación y Aprobación del proyecto de investigación. | | | | | | | ■ | | | | | | | | | | |
| Pertinencia y coherencia del proyecto de investigación | | | | | | | | ■ | | | | | | | | | |
| Construcción de los preliminares del informe de tesis. | | | | | | | | | ■ | | | | | | | | |
| Elaboración del Resumen traducido al inglés e Introducción. | | | | | | | | | | ■ | | | | | | | |
| Aplicación de instrumentos técnicos como trabajo de campo. | | | | | | | | | | | ■ | | | | | | |
| Construcción de la Revisión de Literatura, Materiales y Métodos. | | | | | | | | | | | | ■ | | | | | |
| Tabulación, análisis e interpretaciones de resultados de la investigación. | | | | | | | | | | | | | ■ | | | | |
| Construcción de la Discusión, Conclusiones, Recomendaciones, Bibliografía y Anexos. | | | | | | | | | | | | | | ■ | | | |
| Presentación y Revisión borrador del Informe de Tesis por el Director. | | | | | | | | | | | | | | | ■ | | |
| Obtención de la Aptitud Legal. | | | | | | | | | | | | | | | | ■ | |
| Presentación y Estudio del Informe de Tesis por el Tribunal de Grado. | | | | | | | | | | | | | | | | | ■ |
| Correcciones y Calificación del Informe de Tesis del Grado Privado. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Construcción del Artículo científico derivado de la Tesis de Grado | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Autorización, Edición y Reproducción del Informe de Tesis. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Socialización, Sustentación y Acreditación del Grado Público. | | | | | | | | | | | | | | | | | |

h. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

| EQUIPOS TECNICOS | |
|----------------------|--------------|
| Internet | \$ 200,00 |
| UTILES DE ESCRITORIO | |
| Hojas | \$ 200,00 |
| Esferos | \$ 40,00 |
| Carpetas | \$ 20,00 |
| Impresiones | \$ 800,00 |
| Empastados | \$ 60,00 |
| Anillados | \$100,00 |
| Copias | \$ 70,00 |
| Cd | \$ 90,00 |
| TOTAL | 1.700 |

El financiamiento estará a cargo exclusivo del autor (a) del trabajo de investigación con un costo aproximado de \$1.700.

i. BIBLIOGRAFÍA

- BARBARA, E. (1987). *Desarrollo motor en distintos tipos de parálisis cerebral*. Buenos Aires: Panamericana.
- BOBATH, B. Y. (1976). *Trastornos cerebro motores en el niño*. Buenos Aires: Panamericana.
- BRITO, L. (2009). *Trastornos cerebro motores y psicomotricidad* .
- Brunstrom, J. (2001). *Clinical considerations in cerebral palsy and spasticity*. J ChildNeurol 2001, pag 40-190 16: 10-15.
- Busto Barcos, M. C. (1993). *Reeducación del habla y del lenguaje en el paralítico cerebral* (4ª Ed. ed.). Madrid: CEPE.
- Butler C., D. J. (2001). *Effect of neurodevelopment treatment (NDT) for cerebral palsy: an AACPD evidence report*. DevMedChildNeurol.
- Cabrera M., S. C. (1994). *Cabrera M., Sánchez C. La Estimulación Precoz. Un enfoque práctico*. Madrid: Siglo XXI .
- Cahuzac, M. (1985). *El niño con enfermedad motriz de origen cerebral*. Buenos Aires: Panamericana.
- Calderón-González, R. C. (2000). *Terapias de controversia o polémicas en los trastornos del neurodesarrollo*. RevNeurol.
- Cardona Martín, M. G. (2001). *Adaptemos la escuela. Orientaciones ante la discapacidad motórica*. Málaga: Aljibe: Aljibe.
- Cobos Álvarez, P. (1995). *El desarrollo psicomotor y sus alteraciones. Manual práctico para evaluarlo y favorecerlo*. Madrid: Pirámide.
- Conde, J. (2007). *La psicomotricidad en el niño con PCI*. Buenos Aires: Paidós.
- DIAGONAL SANTILLANA. (2002). *diccionario enciclopédico de educación especial*.
- ENCICLOPEDIA LEXUS. (s.f.). *educación física en el discapacitado*.
- Fernández, R. (2002). *Equilibrio estático y dinámico*. España Madrid: Narcea.
- Ferrero, A. (2013). *Parálisis cerebral*. Madrid: Cincel.
- Finnie, N. (1987). *Atención en el hogar del niño con parálisis cerebral*. México: Prensa Médica Mexicana.
- Flores, R. C. (2003). *Derechos y Capacidad*.
- Gallardo Jáuregui, M. V. (1994). *Discapacidad motórica. Aspectos psicoevolutivos y educativos*. Málaga: Aljibe.

- García Fernández, J. (1989). *Educación e integración escolar del niño con deficiencias motóricas*. Madrid: UNED.
- García Prieto, A. (1999). *Niños y niñas con parálisis cerebral. Descripción, acción educativa e inserción social*. Madrid: Narcea.
- García, C. (1993). *Iteraciones Motoras Cerebrales Infantiles* (2 ed.).
- García, F. (s.f.). *Orientaciones ante la discapacidad motórica*.
- García, F. (s.f.). *Orientaciones ante la discapacidad motórica*. Málaga.
- García-Navarro M., T. M. (2000). *Influencia de la Atención temprana en la parálisis cerebral*. RevNeurol.
- GONZALES, R. (1999). *tratado de rehabilitación medico* (Vol. tomo I).
- Helsel P., M. J. (2001). *Physical management of spasticity*. J ChildNeurol 2001.
- Hernández Gómez, R. (1977). *Deficiencias cerebrales infantiles. Psicomotricidad y evolución en la rehabilitación del niño paralítico cerebral*. Madrid: Cromograf.
- HEWARD L. WILLIAN. (2000). *niños especiales* (5ta ed.). ditorial Pearson.
- Jiménez, R. (2000). *Neuroplasticidad cerebral. I Jornada - Taller Nacional de la Atención Temprana*. . La Habana, Cuba.
- Knox V., L. E. (2002). *Evaluation of the functional effects on a course of Bobath therapy in children with cerebral palsy: a preliminary study*. DevMedChildNeurol.
- Kuban K., L. A. (1994). *Cerebral Palsy*. N Engl: J Med.
- Le Métayer, M. (1995). *Reeducación cerebro motriz del niño pequeño. Educación terapéutica*. Barcelona: Masson.
- Levitt, S. (2000). *Tratamiento de la parálisis cerebral y del retraso motor* (3ª Ed. ed.). Madrid: Médica Panamericana.
- López, M. (2010). *Desarrollo motor en distintos tipos de parálisis cerebral*. Panamericana.
- Martínez, A. (2003). *El niño con enfermedad motriz de origen cerebral*. Panamericana.
- Montaño, L. (2002). *Atención temprana*. Montaño, L. (2002). *Atención temprana* Mad. S.L. España: Sevilla.
- Moral, A. (2009). *Aprendizaje y desarrollo motor* (2 ed.). Madrid.
- Muzaber L., S. I. (1998). *Parálisis cerebral y el concepto Bobath de neurodesarrollo*. (M. I. Sardá, Ed.) RevHosp.
- Nasso, P. (2008). *Educación e integración escolar del niño con deficiencias motóricas*. Madrid: UNED.

- Pallas, A. (2007). *Neurodesarrollo infantil manual de terapias intervenciones tempranas* (Corpus ed.).
- Panez, J. (s.f.). *Neuroanatomía y Neurofisiología. Quinta Edición*. México: El Manual Moderno.
- Papazian, O., A. I. (2001). *Rehabilitación motora de los niños con parálisis cerebral* (Vol. 2). RevNeuroClin .
- Parke's J., D. M. (2002). *Use of physiotherapy and alternatives by children with cerebral palsy: a population study*. Child: Care, Health Development.
- Pic, V. (2009). *Psicomotricidad Madrid*. España: NARCEA. S. A.
- Raimondi, P. (1999). *Tono muscular*. México: Doñate.
- Redondo, J. (2009). *Influencia de la Atención temprana en la parálisis cerebral*. RevNeuro.
- RENATA, B. (1987). *hipoterapia*. Buenos Aires: editorial mediterráneo.
- Sánchez, A. (2005). *Tratamiento de la parálisis cerebral y del retraso motor*.
- SCHILDER, P. (1991). *Psicomotricidad*.
- Schilder, P. (1999). *Deficiencias cerebrales infantiles. Psicomotricidad y evolución en la rehabilitación del niño paralítico cerebral*. Atlántica.
- Siebes R., W. L. (s.f.). *Qualitative analysis of therapeutic motor intervention programmes for children with cerebral palsy: an update*.
- Sullivan, T. (2007). *MOQS in biomechanicsand ocupational therapy in orthopedic conditions*. Salanka.
- Toledo, Y. (2010). *Fundamentos de neurociencia y neurorrehabilitación*. Pacifico.
- Zapata, O. y. (2009). *Psicopedagogía de la motricidad*. México: Trillas.
- Zapata, O. y. (2009). *Psicopedagogía de la motricidad*. México: Trillas.



ADAPTACION DEL TEST DE DESARROLLO

PSICOMOTOR TEPSI 0 – 5

Isabel Margarita Haeussler P. de A.

Teresa marchant O.

Nombre del niño/a:

| | | |
|------------------|------------------|---------|
| apellido paterno | apellido materno | nombres |
|------------------|------------------|---------|

Fecha de nacimiento:

Edad del niño:

| | | |
|--|------|-------|
| | años | meses |
|--|------|-------|

Examinador:

| | | |
|------------------|------------------|---------|
| apellido paterno | apellido materno | nombres |
|------------------|------------------|---------|

I. Resultado total Test:

Puntaje:

Categoría:

| | | | | | |
|----------------------------------|-------|-----------------------|--------|-----------------------|---------|
| <input checked="" type="radio"/> | Norma | <input type="radio"/> | Riesgo | <input type="radio"/> | Retraso |
|----------------------------------|-------|-----------------------|--------|-----------------------|---------|

I. Resultado por sub-test:

1. Equilibrio.

Puntaje:

| |
|--|
| |
| |

2. Tono muscular.

Puntaje:

| |
|--|
| |
|--|

3. Locomoción.

Puntaje:

1. SUBTEST DE EQUILIBRIO.

| | SI | NO |
|--|----|----|
| <i>Sostiene solo su cabeza</i> | | |
| <i>Realiza movimientos circulares de la cabeza</i> | | |
| <i>Se mantienen sentado con apoyo</i> | | |
| <i>Se mantiene sentado sin apoyo</i> | | |
| <i>Se mantiene de pie con apoyo</i> | | |
| <i>Se mantiene de pie sin apoyo</i> | | |
| <i>Torpeza al caminar</i> | | |
| TOTAL | | |

Observaciones:

2. SUBTEST DE LOCOMOCION.

| | SI | NO |
|---|----|----|
| <i>Camina Sin Dificultad</i> | | |
| <i>Camina Hacia Atrás</i> | | |
| <i>Camina De Lado</i> | | |
| <i>Camina De Puntillas</i> | | |
| <i>Camina En Línea Recta Sobre Una Cinta</i> | | |
| <i>Corre Alternando Movimiento De Piernas- Brazos</i> | | |

| | | |
|---|--|--|
| Sube Escaleras Alternando Los Pies | | |
| Camina con los pies entrecruzados | | |
| Camina Sin Dificultad | | |
| TOTAL | | |

Observaciones:

3. SUBTEST DE TONO MUSCULAR.

| | SI | NO |
|--|----|----|
| <i>En posición supino; se extienden las piernas y se separan lenta y lateralmente lo más lejos posible, observar asimetrías. (ángulo de 100° grados en un niño de 2 meses, ángulo de 150° en un niño de 9 meses)</i> | | |
| <i>En posición supino; se levanta los miembros inferiores, unidos por la línea media, tan lejos como sea posible. (la cadera no debe levantar de la mesa, existe una asimetría se hay mayor resistencia en un lado en comparación del otro)</i> | | |
| <i>Se mantiene la cadera sobre el plano de la mesa, y se flexiona lateralmente los dos muslos sobre la cadera a cada lado del abdomen.</i> | | |

| | | |
|--|--|--|
| <i>Flexiona el pie sobre la pierna por presión del pulgar sobre la planta del pie, manteniendo la pierna y el talón con los otros dedos.</i> | | |
| <i>Se sacuden rápidamente los pies asiéndolos por los tobillos.</i> | | |
| <i>Flexiona la mano sobre el antebrazo tan lejos como sea posible.</i> | | |
| <i>Gira la cabeza hacia cada lado. La cabeza se detiene por la resistencia de los músculos contra laterales.</i> | | |
| <i>Flexionar la cabeza hacia delante, observar la resistencia de los antagonistas. (Repetir el ejercicio 5 veces).</i> | | |
| <i>En sedestación el infante mantiene recta la cabeza</i> | | |
| TOTAL | | |

Observaciones:

HIPOTONIA:

.....

HIPERTONIA:

.....

TONO MUSCULAR PASIVO:

.....

| VALORACIÓN | |
|-------------------|---------|
| 0-3 | Retraso |
| 4-6 | Riesgo |
| 7-9 | Normal |

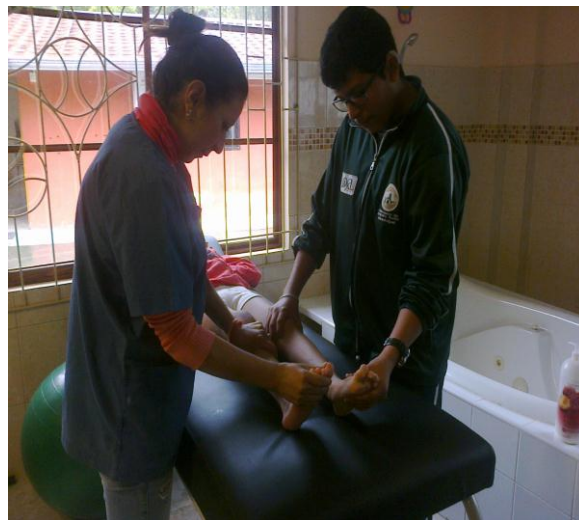


ANEXO 3: REGISTRO DE ACTIVIDAD

| ACTIVIDAD | DIA | DURACIÓN | OBSEVACIÓN | | | OBSERVACIONES EXTRAS |
|---------------|-----|----------|------------|------------|------------|----------------------|
| | | | REALIZO | NO REALIZO | EN PROCESO | |
| EQUILIBRIO | | | | | | |
| TONO MUSCULAR | | | | | | |
| LOCOMOCION | | | | | | |



ANEXO 4



ANEXO 5



MATRIZ DE CONSISTENCIA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

| TEMA | OBJETIVOS | MARCO TEORICO | METODOLOGIA | HERRAMIENTAS |
|---|--|---------------|--|--|
| <p>ATENCIÓN TEMPRANA Y SU INFLUENCIA EN EL DESARROLLO MOTRIZ GRUESO EN LO NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS DE EDAD CON PARÁLISIS CEREBRAL, QUE ASISTEN AL CENTRO DE REHABILITACION PARA NIÑAS, NIÑOS Y JOVENES CON DISCAPACIDAD SENDERO DE ALEGRÍA DE LA CIUDAD DE LOJA. PERIODO 2014.</p> | <p>- OBJETVO GENERAL</p> <p>❖ Conocer como la atención temprana influye en el desarrollo motriz grueso en lo niños de 2 a 5 años de edad con parálisis cerebral que asisten al Centro sendero de alegría de la ciudad de Loja". Periodo 2014- 2015</p> <p>- OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <p>➤ Caracterizar los referentes teóricos y metodológicos de la atención temprana para el desarrollo motriz grueso en lo niños</p> | | <p>El desarrollo del presente trabajo investigativo constituye un trabajo , será una investigación de campo, bibliografía y documental,</p> <p>Los métodos a ser utilizados en el presente trabajo investigativo serán: El Método Científico, el método Analítico-sintético,</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Encuesta • Test • Registro de actividades de atención temprana |

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| | <p>de 2 a 5 años de edad con parálisis cerebral en lo niños de 2 a 5 años de edad con parálisis cerebral.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Diagnosticar el desarrollo motriz grueso en lo niños de 2 a 5 años de edad con parálisis cerebral en lo niños de 2 a 5 años de edad con parálisis cerebral. ➤ Identificar las diferentes técnicas que aplican en el área de atención temprana a los niños con Parálisis cerebral que asisten al Centro de rehabilitación “Senderos de alegría”. ➤ Aplicación de la atención temprana para el desarrollo motriz grueso en lo niños y niñas de 2 a 5 años de edad con Parálisis Cerebral. | | <p>el Método Inductivo-Deductivo método bibliográfico y el Método Estadístico</p> <p>Por ende el presente trabajo se realizara en “Senderos de Alegría” de la ciudad de Loja. Para establecer la muestra se partirá de una población total de 5 niños y niñas, que asisten regularmente a la institución.</p> <p>En cuanto a la organización, tabulación e interpretación de la información será de tipo cuanti-cualitativo cumpliendo así con los objetivos propuestos.</p> | |
|--|---|--|--|--|

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | <p>➤ Validar la aplicación de las técnicas de atención temprana en niños de 2 a 5 años de edad con parálisis cerebral que asisten al Centro de rehabilitación "Sendero de Alegría"</p> | | | |
|--|--|--|--|--|

ÍNDICE DE CONTENIDOS

| | |
|---|------|
| PORTADA | i |
| CERTIFICACIÓN..... | ii |
| AUTORÍA | iii |
| CARTA DE AUTORIZACIÓN..... | iv |
| AGRADECIMIENTO | v |
| DEDICATORIA..... | vi |
| MATRIZ DE ÁMBITO GEOGRÁFICO..... | vii |
| MAPA GEOGRÁFICO Y CROQUIS | viii |
| ESQUEMA DE TESIS..... | ix |
| a. TÍTULO..... | 1 |
| b. RESUMEN (CASTELLANO E INGLÉS) SUMMARY | 2 |
| c. INTRODUCCIÓN..... | 4 |
| d. REVISIÓN DE LITERATURA | 8 |
| 1. PARÁLISIS CEREBRAL | 8 |
| Concepto de parálisis cerebral | 8 |
| Causas de la Parálisis Cerebral | 8 |
| Causas prenatales..... | 9 |
| Clasificación Fisiológica según el grado de dependencia | 9 |
| Características orofaciales según efectos funcionales. | 9 |
| Desarrollo Psicoevolutivo del niño..... | 11 |
| 2. ATENCIÓN TEMPRANA | 12 |
| Definición de atención temprana | 12 |
| Beneficios que tiene la atención temprana | 12 |
| Atención Temprana y las Técnicas..... | 13 |
| Actividades sala cuna menor. | 13 |
| Ejercicios de atención temprana | 13 |
| Ejercicios de equilibrio | 13 |
| Ejercicios de tono muscular..... | 14 |
| Ejercicios de locomoción..... | 15 |
| 3. DESARROLLO MOTRIZ GRUESO PARA NIÑOS CON P.C..... | 15 |
| Desarrollo Motriz..... | 15 |
| Psicomotricidad | 16 |
| ÁREAS DE LA PSICOMOTRICIDAD..... | 17 |
| Esquema Corporal | 17 |

| | |
|--|----|
| Lateralidad | 17 |
| Equilibrio | 18 |
| Tono Muscular | 18 |
| Evolución del Tono Muscular | 18 |
| Alteraciones del Tono Muscular | 19 |
| Diferencia entre Hipotonía e Hipertonía..... | 19 |
| Motricidad..... | 19 |
| Coordinación motora gruesa..... | 20 |
| Motricidad gruesa | 20 |
| e. MATERIALES Y MÉTODOS | 21 |
| f. RESULTADOS | 24 |
| g. DISCUSIÓN | 35 |
| h. CONCLUSIONES | 38 |
| i. RECOMENDACIONES..... | 39 |
| j. BIBLIOGRAFÍA | 40 |
| k. ANEXOS | 42 |
| a. TEMA | 43 |
| b. PROBLEMÁTICA | 44 |
| c. JUSTIFICACIÓN | 47 |
| d. OBJETIVOS | 48 |
| e. MARCO TEÓRICO..... | 51 |
| f. METODOLOGÍA | 75 |
| g. CRONOGRAMA | 77 |
| h. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO | 78 |
| i. BIBLIOGRAFÍA | 79 |
| ÍNDICE..... | 91 |