



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÀREA DE LA EDUCACIÓN, EL ARTE Y LA COMUNICACIÓN

CARRERA DE PSICORREHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL

TÍTULO

LA TERAPIA LÚDICA Y EL DESARROLLO DE LA MOTRICIDAD FINA EN LOS NIÑOS Y NIÑAS CON PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL DE 7 - 10 AÑOS DE EDAD QUE ASISTEN AL CENTRO DE ATENCIÓN Y DESARROLLO DE NIÑOS/AS Y ADOLESCENTES ESPECIALES DE LA CIUDAD DE LOJA. PERÍODO FEBRERO- SEPTIEMBRE DE 2014.

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

AUTORA

Nydia Enriqueta Orellana Fierro

DIRECTORA

Dra. Silvia Torres. Mg.Sc.

**LOJA-ECUADOR
2015**

CERTIFICACIÓN


DRA. SILVIA TORRES, MG.SC.

DOCENTE INVESTIGADORA DE LA CARRERA DE PSICORREHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL DEL ÁREA DE LA EDUCACIÓN, EL ARTE Y LA COMUNICACIÓN DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA Y DIRECTORA DE TESIS.

CERTIFICA:

Haber dirigido, asesorado, revisado, orientado con pertinencia y rigurosidad científica en todas sus partes, en concordancia con el mandato del Art. 139 del Reglamento de Régimen de la Universidad Nacional de Loja, el desarrollo de la Tesis de Licenciada en Psicorrehabilitación y Educación Especial, titulada: **LA TERAPIA LÚDICA Y EL DESARROLLO DE LA MOTRICIDAD FINA EN LOS NIÑOS Y NIÑAS CON PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL DE 7 - 10 AÑOS DE EDAD QUE ASISTEN AL CENTRO DE ATENCIÓN Y DESARROLLO DE NIÑOS/AS Y ADOLESCENTES ESPECIALES DE LA CIUDAD DE LOJA. PERÍODO FEBRERO-SEPTIEMBRE DE 2014**, de la autoría de la Srta. Nydia Enriqueta Orellana Fierro. En consecuencia, el informe reúne los requisitos, formales y reglamentarios, autorizó su pertinencia y sustentación ante el tribunal de grado que se designe para el efecto.

Loja, octubre del 2014


Dra. Silvia Torres Mg.Sc.
DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo, Nydia Enriqueta Orellana Fierro, 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: Nydia Enriqueta Orellana Fierro

Firma:



Cédula: 110467920-2

Fecha: 16 de julio de 2015

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

Yo, Nydia Enriqueta Orellana Fierro, declaro ser autora de la tesis titulada: LA TERAPIA LÚDICA Y EL DESARROLLO DE LA MOTRICIDAD FINA EN LOS NIÑOS Y NIÑAS CON PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL DE 7 - 10 AÑOS DE EDAD QUE ASISTEN AL CENTRO DE ATENCIÓN Y DESARROLLO DE NIÑOS/AS Y ADOLESCENTES ESPECIALES DE LA CIUDAD DE LOJA. PERÍODO FEBRERO- SEPTIEMBRE DE 2014, como requisito para optar al grado de Licenciada en Psicorrehabilitación y Educación Especial; autorizó 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 veinte y cuatro días del mes de julio del dos mil quince, firma de la autora.

Firma: 

Autora: Nydia Enriqueta Orellana Fierro.

Número de cédula: 110467920-2

Dirección: Ciudadela La Banda, calles Taxiche y Belisario Moreno

Correo Electrónico: nydi_orellana@hotmail.com

Teléfono: 072-582-631

Celular: 0987728119

DATOS COMPLEMENTARIOS

Director de Tesis: Dra. Silvia Torres. Mg.Sc.

Tribunal de Grado:

Presidente: Dr. Oscar Eduardo Cabrera Iñiguez, Mg. Sc.

Vocal: Dra. Alba Susana Valarezo Cueva, Mg. Sc.

Vocal: Dra. Ana Andrade Carrión, Mg. Sc.

AGRADECIMIENTO

Me complace de sobre manera a través de este trabajo exteriorizar mi sincero agradecimiento a la Universidad Nacional de Loja, al Área de Educación el Arte y la Comunicación y en especial a la carrera de Psicorrehabilitación y Educación Especial y en ella a los distinguidos docentes quienes con su profesionalismo y ética puesto de manifiesto en las aulas guían a cada uno de los que acudimos con sus conocimientos que nos servirán para ser útiles a la sociedad y preparándonos para un futuro competitivo y formándonos como personas de bien.

A las autoridades, maestros y alumnos del Centro de Atención y Desarrollo de Niños/as y Adolescentes Especiales por la oportunidad brindada para la realización de este trabajo.

A mi Directora Doctora Silvia Torres, quien con su experiencia como docente ha sido la guía idónea, durante el proceso que ha llevado el realizar esta tesis, por sus comentarios y sus valiosos criterios útiles para el desarrollo de mi trabajo.

Por ellos muchas gracias y que Dios los bendiga.

La Autora

DEDICATORIA

La concepción de este trabajo de tesis está dedicado a DIOS, por darme la vida a través de mis PADRES, quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación para poder llegar a esta instancia de mis estudios, ya que ellos siempre han estado presentes para apoyarme moral y psicológicamente. Depositando su entera confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo momento en mí. Su tenacidad y lucha insaciable han hecho de ellos el gran ejemplo a seguir y destacar, no solo para mí, sino también para mis hermanos.

A mi esposo, compañero inseparable de cada jornada que ha estado apoyándome en cada momento para seguir adelante y cumplir otra etapa en mi vida.

A mi hijo hermoso porque ha sido mi mayor motivación, inspiración y felicidad para nunca rendirme y poder llegar a ser un ejemplo para él.

A ellos esta tesis, que sin ellos, no hubiese podido ser.

Nydia Enrique

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	NOTAS OBSERVACIONES
				NACIONAL	REGIONAL	PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	BARRIOS COMUNIDAD		
TESIS	NYDIA ENRIQUETA ORELLANA FIERRO LA TERAPIA LÚDICA Y EL DESARROLLO DE LA MOTRICIDAD FINA EN LOS NIÑOS Y NIÑAS CON PARALISIS CEREBRAL INFANTIL DE 7 - 10 AÑOS DE EDAD QUE ASISTEN AL CENTRO DE ATENCIÓN Y DESARROLLO DE NIÑOS/AS Y ADOLESCENTES ESPECIALES DE LA CIUDAD DE LOJA. PERÍODO FEBRERO-SEPTIEMBRE DE 2014.	UNL	2015	ECUADOR	ZONA 7	Loja	LOJA	SAN SEBASTIÁN	EL CHURO	CD	LICENCIADA EN PSICOREHABILITACIÓN Y EDUCACION ESPECIAL

MAPA GEOGRÁFICO Y CROQUIS

MAPA GEOGRAFICO DE LA PROVINCIA DE LOJA



CROQUIS DEL SITIO DE INTERVENCIÓN "CAD"



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 (SUMMARY)**
 - c. INTRODUCCIÓN**
 - d. REVISIÓN DE LITERATURA**
 - e. MATERIALES Y MÉTODOS**
 - f. RESULTADOS**
 - g. DISCUSIÓN**
 - h. CONCLUSIONES**
 - i. RECOMENDACIONES**
 - j. BIBLIOGRAFÍA**
 - k. ANEXOS**
- ÍNDICE**

a. TÍTULO

LA TERAPIA LÚDICA Y EL DESARROLLO DE LA MOTRICIDAD FINA EN LOS NIÑOS Y NIÑAS CON PARALISIS CEREBRAL INFANTIL DE 7 - 10 AÑOS DE EDAD QUE ASISTEN AL CENTRO DE ATENCIÓN Y DESARROLLO DE NIÑOS/AS Y ADOLESCENTES ESPECIALES DE LA CIUDAD DE LOJA. PERÍODO FEBRERO- SEPTIEMBRE DE 2014.

b. RESUMEN

El presente trabajo de investigación denominado: LA TERAPIA LÚDICA Y EL DESARROLLO DE LA MOTRICIDAD FINA EN LOS NIÑOS Y NIÑAS CON PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL DE 7-10 AÑOS DE EDAD QUE ASISTEN AL CENTRO DE ATENCIÓN Y DESARROLLO DE NIÑOS/AS Y ADOLESCENTES ESPECIALES DE LA CIUDAD DE LOJA, consiste en analizar la influencia de la Terapia Lúdica en la motricidad fina de los niños y niñas de 7-10 años de edad con parálisis cerebral infantil. Siendo el objeto de investigación establecer la edad del desarrollo de la motricidad fina y determinar la técnica lúdica utilizada por los profesionales, con el fin de elaborar un plan para el mejoramiento de la motricidad fina.

La investigación se realizó con una metodología correlacional, donde no solo se limitó a la recolección de datos, sino también a la identificación de las relaciones que existen entre dos variables, la terapia lúdica y el desarrollo de la motricidad fina, se trabajó con una muestra de 7 niños y niñas del centro.

Lo antes mencionado favoreció para la formulación de conclusiones y recomendaciones, las cuales indican que el nivel de desarrollo de la motricidad fina de los niños y niñas de 7 a 10 años de edad con parálisis cerebral infantil corresponde a una edad de un año tres meses, evidenciándose retraso de hasta siete años respecto de la edad cronológica, también, se evidenció que los profesionales aplican la técnica lúdica de expresión corporal y de movimiento, la misma que no favorece para un buen desarrollo motriz, por lo que se recomienda que las autoridades del centro, gestionen capacitaciones constantes sobre terapia lúdica y abastezcan de recursos necesarios a los profesionales del centro.

SUMMARY

This research paper entitled: PLAY THERAPY AND FINE MOTOR DEVELOPMENT IN CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY CHILDREN AGED 7-10 ATTENDING THE CENTER OF ATTENTION AND DEVELOPMENT OF CHILDREN / AND TEENAGERS AS SPECIAL LOJA, It is to analyze the influence of the play therapy on fine motor skills of children aged 7-10 years of age with infantile cerebral palsy. Being investigated to establish the age of the development of fine motor skills and playful technique used by professionals in order to develop a plan for improving fine motor skills.

The research was conducted with a correlational methodology, where not only was limited to data collection, but also to identify the relationship between two variables, play therapy and the development of fine motor skills, he worked with a sample 7 children from the center.

The above favored the formulation of conclusions and recommendations, which indicate that the level of development of fine motor skills of children of 7-10 years old with cerebral palsy corresponds to an age of one year three months, demonstrating delay of up to seven years for chronological age, too, was evident that professionals apply the playful art of body language and movement, it is not conducive to a good motor development, so it is recommended that the authorities of center, manage ongoing training on play therapy and resources needed to cater center professionals.

c. INTRODUCCIÓN

Los desórdenes psicomotrices de la parálisis cerebral están a menudo acompañados de problemas sensitivos, cognitivos, de comunicación y percepción, y en algunas ocasiones, de trastornos del comportamiento, es la primera causa de invalidez en la infancia. El niño que padece de este trastorno presenta afectaciones motrices finas como: su coordinación viso manual, óculo manual, grafo perceptivo, habilidad manual y coordinación de diferentes movimientos de los grupos musculares pequeños con precisión (las manos y ojo); así como también se encuentra afectado su sistema nervioso central.

La utilización de la terapia lúdica es una alternativa eficaz para el desarrollo de la motricidad fina en los niños y niñas con parálisis cerebral infantil puesto que es un instrumento trascendente de aprendizaje y por ende una importante herramienta de educación para los niños con necesidades educativas especiales.

Esto ha generado el interés por investigar el tema de importancia, la terapia lúdica y el desarrollo de la motricidad fina en los niños y niñas con parálisis cerebral infantil, planteando como objetivos específicos: establecer la edad del desarrollo de la motricidad fina, determinar el tipo de técnica lúdica utilizada por los profesionales y elaborar un plan de terapia lúdica para el mejoramiento de la motricidad fina con el fin que pueda ser aplicado en los niños y niñas

En el estudio realizado se relacionó lo teórico con lo práctico, por lo cual fue útil la revisión literaria sobre parálisis cerebral infantil, causas, características y clasificación siendo este un "trastorno del tono postural y de movimiento, de carácter persistente (pero no invariable), secundario a una agresión no progresiva a un cerebro inmaduro".

También se abordó el tema relacionado a motricidad fina que se refieren a la capacidad del individuo de integrar eficazmente las respuestas visuales y

motrices de la realización de una actividad física, además posibilita el control de los movimientos y los desplazamientos en cualquier espacio en un modo sencillo, suave y sin tropiezos ni dificultades. Además se consideró las acciones, fases del desarrollo, principales dificultades y alteraciones, proceso de rehabilitación y terapia de psicomotricidad en base a la rehabilitación.

Para la ejecución de esta tesis se utilizó una metodología correlacional, donde no solo se limitó a la recolección de datos, sino también a la identificación de las relaciones que existen entre dos variables, la terapia lúdica y el desarrollo de la motricidad fina, se trabajó con una muestra de 7 niños y niñas, con un criterio no probabilístico, para el cual se recurrió a la identificación del diagnóstico de Parálisis Cerebral que reposa en el centro y la edad de los niños (7-10 años). Además se utilizó instrumentos los cuales responde a los objetivos de valoración los cuales son: Planilla de valoración de la motricidad fina de Liliana Matas que se utilizó para valorar el nivel y el desfase de la motricidad fina que presentan los niños y niñas con parálisis cerebral y una encuesta a los profesionales del centro, para conocer el tipo de técnica lúdica utilizada para el desarrollo de la motricidad fina en los niños con parálisis cerebral infantil.

En la investigación realizada se pudo concluir que el nivel de edad de desarrollo de la motricidad fina de los niños y niñas de 7 a 10 años de edad con parálisis cerebral infantil corresponde a una edad de un año tres meses, evidenciándose retraso de hasta siete años respecto de la edad cronológica, y también; se evidencio que los profesionales aplican la técnica lúdica de expresión corporal y de movimiento, la misma que no favorece para un buen desarrollo motriz, esta información permitió, recomendar que las autoridades del centro, gestionen capacitaciones constantes sobre terapia lúdica y abastezcan de recursos necesarios a los profesionales del centro.

d. REVISIÓN DE LITERATURA

PARALISIS CEREBRAL

Definición de parálisis cerebral infantil

“La definición de parálisis cerebral más amplia aceptada y más precisa es la de un “trastorno del tono postural y de movimiento, de carácter persistente (pero no invariable), secundario a una agresión no progresiva a un cerebro inmaduro”. (Fernandez, E. 2011.p. 56)

Características de la parálisis cerebral infantil

Sobre las características de la parálisis cerebral infantil Castellanos señala que:

- Los trastornos son debidos a una lesión cerebral (encéfalo) que interfiere en el desarrollo normal del niño.
- Se produce en el primer año de vida, o incluso en el período de gestación, y puede ocurrir hasta los cinco años.
- Se distingue por el daño dominante de las funciones motrices, el cual afecta al tono, a la postura y al movimiento.
- La lesión no es evolutiva pero sus consecuencias pueden variar en el niño.
- Los trastornos motores afectan a la mayoría de los casos a los órganos bucos fonadores y dificultan el desarrollo de la alimentación y el habla. (Castellanos, R. 2007).

Clasificación de la parálisis cerebral infantil

Ajuriaguerra (2011) "establece distintas clasificaciones basándonos en: efectos funcionales, topografía corporal, según el tono muscular y otros trastornos médicos asociados o no". (p. 32).

Efectos Funcionales

Según donde se localice la lesión cerebral Ajuriaguerra clasifica en:

- **Espástico:** este es el grupo más grande; alrededor del 75% de las personas con dicha discapacidad presentan espasticidad, es decir, notable rigidez de movimientos, incapacidad para relajar los músculos, por lesión de la corteza cerebral que afecta los centros motores. La lesión está localizada en el haz piramidal. (2011, p. 84).
- **Atetósico:** en esta situación, la persona presenta frecuentes movimientos involuntarios que interfieren con los movimientos normales del cuerpo. Se producen por lo común, movimientos de contorsión de las extremidades, de la cara y la lengua, gestos, muecas y torpeza al hablar.

Las afecciones en la audición son bastante comunes en este grupo, que interfieren con el desarrollo del lenguaje. La lesión de los ganglios basales del cerebro parece ser la causa de esta condición. Menos del 10% de las personas con parálisis cerebral muestran atetosis. La lesión está localizada en el haz extra piramidal. (Ajuriaguerra, 2011).

- **Atáxico:** en esta condición la persona presenta mal equilibrio corporal y una marcha insegura, y dificultades en la coordinación y control de las manos y de los ojos. La lesión está localizada en el cerebelo. (2011, p. 86)
- **Formas mixtas:** es raro encontrar casos puros de espasticidad, de atetosis o de ataxia. Lo frecuente es que se presente una combinación de ellas. (Ajuriaguerra, J. 2011).

Topografía corporal

Artigas, Brun y Lorente, utiliza el sufijo plejia para dar significado a la ausencia de movimiento, o cuando hay algún tipo de movilidad se utiliza el sufijo paresia (cuadriparesia, tetraparesia, hemiparesia y monoparesia).

- Cuadriplejía: Están afectados los cuatro miembros.
- Tetraplejía: Afectación global incluyendo tronco y las cuatro extremidades con un predominio de afectación en miembros superiores.
- Triplejía: Afectación de las extremidades inferiores y una superior.
- Diplejía: Afectación de las cuatro extremidades con predominio en extremidades inferiores.
- Hemiplejía: Está tomado un solo lado del cuerpo (hemicuerpo), y dentro de este el más afectado es el miembro superior.
- Doble hemiplejía: Cuando existe una afectación de las cuatro extremidades, pero mucho más evidente en un hemicuerpo, comportándose funcionalmente como una hemiparesia.
- Paraplejía: Son muy poco frecuentes, se afectan solo los miembros inferiores.
- Monoplejía: Se afecta un solo miembro (brazo o pierna), estos casos son poco comunes.(2007, p.27).

Según el tono muscular

De acuerdo con Artigas y Brun el tono muscular se clasifica en:

- Isotónico: tono normal.
- Hipertónico: tono incrementado.
- Hipotónico: tono disminuido.

- Variable: tono inconsistente (distonia y espasticidad). (2009, p. 45)

Otros trastornos médicos asociados

- Retraso mental: Dos tercios del total de los pacientes. Es lo más frecuente en niños con cuadriplejía espástica.
- Problemas de aprendizaje.
- Anormalidades oftalmológicas (estrabismo, ambliopía, nistagmo, errores de refracción).
- Déficit auditivo.
- Trastornos de comunicación.
- Ataques convulsivos: una tercera parte del total de los pacientes; se observa con más frecuencia en niños con Hemiplejía espástica.
- Deficiencia del desarrollo.
- Reflujo gastroesofágico.
- Problemas emocionales y de comportamiento (en especial, déficit de atención con hiperactividad, depresión).
- Dificultades para alimentarse, falta de control de los intestinos o vejiga y problemas para respirar (debido a problemas de postura).
- Problemas de la piel (llagas de presión).
- Pubertad precoz

No todos estos trastornos tienen que darse en todos los casos, ni de forma simultánea. Bejarano, A. (2011).

Trabajo terapéutico con niños de parálisis cerebral infantil

Para explicar el trabajo terapéutico con niños de parálisis cerebral infantil García: "asegura que el trabajo debe ser mediante un seguimiento

multidisciplinario con una visión integral del problema, asegurando las derivaciones oportunas en cada momento y haciendo un seguimiento personal de la evolución y de la edad, lo cual permita una intervención temprana y eficaz que haga posible mejorar y/o superar las discapacidades". (p. 19).

LA MOTRICIDAD

La Motricidad es la capacidad del hombre y los animales de generar movimiento por sí mismos.

Tiene que existir una adecuada coordinación y sincronización entre todas las estructuras que intervienen en el movimiento del sistema nervioso, órganos de los sentidos y sistema musculo esquelético. (Aguirre. Z. J, 2010)

Al respecto Jimenez, asegura que las habilidades que involucran distinción y fluidez de movimientos finos, los cuales involucran movimientos de deslizamiento de antebrazo y mano, cuando no existe esta conexión correcta puede evidenciarse una mala coordinación, torpeza motriz, independencia motriz y coordinación viso motriz etc.(2009, p. 87).

Definición de motricidad fina

Para la definición de motricidad fina Aguirre (2010) explica que: "La motricidad fina, micro-motricidad o motricidad de la pinza digital tiene relación con la habilidad motriz de las manos y los dedos.

Es la movilidad de las manos centrada en tareas como el manejo de las cosas; orientada a la capacidad motora para la manipulación de los objetos, para la creación de nuevas figuras y formas, y el perfeccionamiento de la habilidad manual". (p.103)

Acciones de la motricidad fina

Las acciones de la motricidad fina tienen como finalidad adquirir destrezas y habilidades en los movimientos de las manos y dedos. Gesell (2012). Se desarrolla con la práctica de múltiples acciones como:

La Toma

La acción de “tomar” se refiere al proceso que tiene el cuerpo para proceder al contacto con los objetos. Los cambios progresivos en los modos de tomar los objetos evidencian la tendencia próximo distal del desarrollo, sostiene que las primeras afirmaciones están caracterizadas por un torpe funcionamiento del brazo y la mano, mientras que las aproximaciones posteriores revelan un brazo bien coordinado y un órgano prensil perfectamente desarrollado.

Los primeros movimientos de toma normalmente tienen lugar en la posición supina, más tarde en posición sedente; la toma consiste en una serie de movimientos laterales discontinuos del brazo, deslizándolo y haciendo movimientos circulares con la mano sobre una superficie plana, produciendo movimientos claros, dándose así la primera relación entre la vista y la mano.

A los cinco años el niño y la niña extienden el brazo y flexionan el tronco de forma armoniosa y coordinada, el tronco se inclina ligeramente y la cabeza permanece erguida. A los seis años ya logran una mayor velocidad y seguridad en los movimientos del brazo. Gesell (2012).

Presión

Es la capacidad de coger objetos con la mano, sostiene que la presión es considerada una de las actividades humanas más complejas, cuyo desarrollo sigue un orden cronológico.

La presión aparece como conducta refleja, donde el infante al cerrar la mano en respuesta a una ligera presión realizada por la palma a manera de un estímulo, logrando así tomar objetos de forma involuntaria.

Los niños cuando generan presión lo hacen acercándose al objeto, esto con movimientos laterales del brazo. La presión es realizada con ayuda de tres o cuatro dedos y la palma, luego interviene el codo para aproximarse al objeto, aunque es el hombro el mayor responsable del acercamiento; toman objetos pequeños colocándolos entre la yema del pulgar y la articulación del dedo índice y objetos medianos utilizando los últimos cuatro dedos de la mano y el pulgar de torpe.

Cuando el niño es capaz de llevar a cabo una exploración más precisa del medio como coger objetos más pequeños o más finos, manipular objetos con cavidades o agujeros que les permitan un mayor control en la utilización del índice y todos los dedos, y con el aumento de la fuerza muscular serán capaces de colocar, arrancar, transportar, etc.

La utilización de la pinza constituye la base de la realización de acciones más complejas que permiten satisfacer las necesidades de exploración y las de la vida social como son: aprender a usar la cuchara, tomar el lápiz, atarse los zapatos, etc. Rigal. (2006)

Soltar

Una de las actividades prensiles más difíciles de dominar en los primeros años es el soltar voluntario.

Los progresos de ésta capacidad se observan en actividades como es la construcción de torres, depósito de objetos pequeños dentro de orificios de frascos.

Durante los cuatro años al construir; los infantes tienen mayor seguridad en la mano y precisión al soltar los objetos; los toman de tal forma que los objetos no obstruyen la vista, no ejercen presión sobre los cubos, de tal forma que la construcción de torres lo realizan con gran destreza, ya no intervienen ambas manos al momento de construir sino las usan independientemente.

Los niños y las niñas a los cinco años de edad son capaces de apilar objetos con gran velocidad, destreza y precisión. Gesell (2012).

Grafo-motricidad

Es una práctica psicomotriz para la enseñanza de la escritura. Sirve de base para adquirir dominio de los movimientos y hacer madurar las neuronas de la percepción espacial.

El control de su motricidad manual orientado hacia la grafía, hace que se produzcan diferentes momentos de estimulación cognitiva: percepción espacial, (trayectorias, distancias, direccionalidad); coordinación viso-manual, fluidez y armonía del tono muscular; dominio segmentario.

Gracias a estas prácticas, el niño consigue habilidades motoras que le permiten el trazo de grafías orientadas al control de la escritura. Cratty, B. (2010).

Uso del lápiz

La pauta de la madurez motriz alcanzada por un niño está dada por la manera en que usa los objetos como útiles o herramientas, siendo el lápiz uno de los más reveladores del desarrollo.

El niño de cuatro años representa la etapa de transición en la toma del lápiz, el niño los sujetan colocando el índice y el medio en el lado opuesto al pulgar con la yema de los mismos cerca de la punta, utilizan la mano libre para acomodar el papel, mientras que con la otra mano sujetan el lápiz firmemente moviéndolo por medio de la flexión y extensión de los dedos y en ocasiones con movimientos de muñeca.

A los cinco años son expertos en el manejo del lápiz lo hacen con precisión, pueden realizar trazos en una superficie pequeña y logran control y rapidez en sus dedos. Gesell (2011).

Garabateo y dibujo

Para Antoranz y Villalba, los niños y niñas responden a un simple placer motor, todo empieza con la utilización de objetos con ayuda de sus manos, sobre todo aquellos que dejan una huella, se interesan por marcar en distintas formas toda la superficie que tengan alcance como paredes, mesas, etc., con materiales como crayones, lápices de colores, pinturas y demás.

Villalba manifiesta que las primeras manifestaciones de garabateo aparecen a través de movimientos impulsivos, rápidos y sin control de todo el brazo. A los cuatro años pueden trazar círculos, rectángulos y cuadrados, éstos dos últimos con ángulos redondeados.

Ademas Antoranz y Villalba aclaran que los niños son incapaces de hacer trazos oblicuos por lo que no pueden dibujar triángulos. Sostienen que los niños y niñas suelen nombrar las cosas antes de dibujar, observándose claramente la intencionalidad y representación del dibujo. A los cinco años realizan trazos de líneas verticales hacia abajo, horizontales de izquierda a derecha y oblicuas hacia abajo, trazan cuadrados más exactos con ángulos más precisos. (2010, p.50).

Distinción y fluidez de movimientos finos

Cratty (2010) "establece a la distinción y fluidez de movimientos a las habilidades que involucran distinción y fluidez de movimientos finos son aquellas que involucran movimientos de deslizamiento del antebrazo y la mano, la inhibición de movimientos finos y la coordinación ojo-mano que favorecen a los movimientos gráficos" (p. 131).

Desarrollo de la motricidad fina

La motricidad fina según López: "se refiere a la habilidad de coordinar diferentes movimientos de grupos musculares pequeños con precisión, por ejemplo entre las manos y los ojos. Precisa de desarrollo muscular y del sistema nervioso central".

“A pesar de que los bebés recién nacidos mueven sus brazos y manos, dichos movimientos son reflejos de su cuerpo y no son movimientos intencionados”.

“El desarrollo de la motricidad fina es muy importante para experimentar con el entorno y está muy relacionada con el incremento de inteligencia” (p. 120).

Fases del desarrollo de la motricidad fina

Para Sadurni, Rostan y Zerrat, las fases de desarrollo de la motricidad fina empieza desde: Infancia (de 0 a 12 meses). Las manos del bebé están cerradas gran parte del tiempo y, como ocurre con el resto de partes de su cuerpo, tiene escaso control sobre ellas.

Si se coloca un objeto en la palma de su mano, el bebé cerrará su mano apretando (se trata de una acción inconsciente llamada el reflejo Darwinista) y lo sujetará. Al de poco, los músculos de la mano quedarán relajados y soltará el objeto.

A partir de las dos semanas, el recién nacido puede comenzar a prestar atención a los objetos que atraen su atención, pero aún no pueden cogerlos.

Después de las 8 semanas, los bebés empiezan a descubrir y mover sus manos. Primeramente, con intención de experimentar el sentido del tacto, más tarde, haciendo uso también del sentido de la vista. En esta fase, el bebé no puede coger objetos deliberadamente.

La coordinación denominada “ojo-mano” empieza a desarrollarse entre los 2 y 4 meses. En esta faceta, el bebé inicia un periodo de aprendizaje en el que intenta coger objetos que ve. (2008, p.94)

A partir de los 4 o 5 meses

La mayor parte de los bebés pueden coger juguetes y objetos que se encuentran a su alcance con solamente mirarlos y sin la necesidad de ver

dónde tiene sus manos. Éste objetivo es una importante base para el desarrollo de la motricidad fina. (Rostan et al.,2008)

Zerrat et al., manifiesta que muchos bebés a partir de los 6 meses son capaces de coger, no sin cierta torpeza, durante poco tiempo juguetes y objetos fácilmente. También empiezan a golpearlos.

En esta fase a los bebés les gusta coger pequeños objetos y llevárselos a la boca. Tratan de coger toda clase de objetos, incluso los que no pueden coger, por ejemplo una hoja.

También gustan de explorar – tocando y/o empujando a veces- juguetes (por ejemplo pelotas o sonajeros) antes de cogerlos. Uno de los avances más significativos del bebé en la motricidad fina es cuando logra usar los dedos a modo de pinza o tenazas con los dedos pulgar e índice. Suele ser habitual entre los 12 y 15 meses. (p.72).

Al principio, los bebés solo son capaces de coger juguetes por un solo lado usando la palma de la mano y cerrando sus dedos, es lo que se denomina “agarre palmar”, el cual, dificulta la sujeción y manipulación del objeto.

Con la edad de 8 a 10 meses, los bebés empiezan a agarrar objetos y juguetes con los dedos con cierta dificultad, empujando los 4 dedos contra el pulgar.

La capacidad de agarrar objetos con el dedo pulgar e índice permite al bebé coger, manipular y dejar caer deliberadamente objetos al suelo. (Zerrat et al., 2008)

Infancia de 1 a 3 años

Los niños de esta edad gatean y empiezan a manipular objetos de manera más sofisticada. Tienen habilidad para marcar las teclas del teléfono, tirar de cuerdas, pasar las páginas de un cuento o libro.

Desarrollan la denominada lateralidad de la mano derecha o izquierda y comienzan a explorar juguetes y objetos a la vez que los nombran.

Cuando dibujan ya no hacen sólo garabatos, empiezan a tener destreza para hacer círculos o cuadrados. Pueden doblar un folio hoja de papel por la mitad. Saben jugar con plastilina y sacar objetos de envoltorios. (p.74)

Infancia de 3 a 4 años, en esta etapa Twombly y Fink (2008) asegura que los niños se encuentran ante tareas más difíciles como utilizar cubiertos para comer o atarse los cordones de los zapatos.

Es un gran reto para ellos porque el sistema nervioso no ha madurado lo suficiente para poder enviar mensajes complejos desde el cerebro hasta los dedos.

Además de esto, los músculos que son pequeños se cansan con más facilidad que los grandes. Cabe señalar que la motricidad gruesa precisa más energía que la motricidad fina, pero ésta requiere paciencia que a esta edad no es algo que abunde.

Esto explica porque hay diferencia entre el desarrollo de la motricidad gruesa y la motricidad fina a esta edad. (p.75)

Un niño con 3 años puede tener cierto control con pinturas y dibujar un círculo o personas, pero lo hará de manera simple.

Los niños de 4 años pueden usar tijeras, escribir letras, dibujar diversas formas geométricas, atarse los botones grandes de la ropa, realizar figuras de plastilina, escribir su nombre en mayúsculas.

Infancia a los 5 años

Con esta edad la mayor parte de los niños han avanzado mucho en la motricidad fina.

Ahora son capaces de dibujar personas con su mano preferida con más detalle, teniendo en cuenta detalles faciales, color de pelo, sexo.

Pueden cortar y pegar figuras: bebés, cuerpo, habilidades, manos, movimientos, músculos, niños, ojos. (p. 76).

Principales dificultades de la deficiencia motriz

Para Rosell, Camats y Basil las dificultades de la deficiencia motriz son:

Dispraxias

Las dispraxias suelen caracterizarse por alteraciones en el esquema corporal, lo que causa en los niños incapacidad o dificultad para realizar gestos sencillos encadenados y, especialmente, para repetir secuencias rítmicas.

Las dispraxias que interesan en la población normal son las llamadas dispraxias evolutivas, que responden más a una alteración del sistema, que a la desintegración de una función.

En cuanto al enfoque terapéutico hay diversidad de opciones; unos autores consideran que la terapia psicomotriz y la ayuda pedagógica son indispensables que a menudo recomiendan psicoterapia. (2010, p. 39).

Debilidad motriz

“Este término fue definido por Rosell en 2011 y bajo él agrupaba un conjunto de manifestaciones: torpeza de la movilidad voluntaria, paratonía (imposibilidad o dificultad extrema para obtener una relajación activa) y sincinesias (movimientos parásitos difusos, implicando grupos musculares normalmente no afectados por un determinado gesto)” (p. 42).

Digrafías

La digrafía consiste en una escritura defectuosa sin que haya un déficit neurológico ni una deficiencia intelectual que lo justifique.

Los niños disgráficos escriben lentamente y de forma ilegible por lo que su ritmo escolar rápidamente queda retrasado, aunque su inteligencia sea normal.

La realización de la escritura supone una fina organización de movimientos en los que se debe considerar la implicación de aspectos madurativos y de aprendizaje.

El estudio de la escritura tendrá en cuenta los siguientes componentes: motores: la fuerza, coordinación, rapidez, ritmo y forma de movimientos espaciales: se realiza en un espacio definido y se copian o ejecutan de forma que tienen una determinada orientación, emotivos-afectivos: el niño pasa del garabateo libre y lúdico a una inhibición de movimientos o economía de gestos que se traducirán en unas formas concretas, para lo que necesitará una estabilidad emotiva-afectiva.

La evolución de la escritura supone la integración de la organización motora, de la acción simbólica y gestual y del conocimiento del valor simbólico del acto gráfico. (Basil et al., 2010).

LA TERAPIA LÚDICA

DEFINICIÓN DE LA TERAPIA LÚDICA

La terapia lúdica para West (2007) "son habilidades y destrezas, y que se hace patente a los demás, a través de su apariencia física, a todo contacto con el mundo exterior se establece desde la propia realidad corporal del ser humano.

El juego del cuerpo es el nexo entre el mundo interior y el mundo circundante.

El proceso de desarrollo y capacidad intelectual y humana del niño con P.C.I sería incompleta antinatural si atendiera solo el área incognitiva: no solo se

debe pensar, sino percibir, sentir y vivir las experiencias desde la unidad psicofísica". (p. 36)

La experiencia vivida a partir del propio juego del cuerpo (resultado de la interacción de lo intelectual y emocional), posibilitan una captación diferente del mundo, una aprehensión de conceptos que por haber vivenciados dejan una huella más profunda que los conocimientos meramente racionales.

Los juegos y actividades son expresiones corporales se basan en estos principios, no son materia para el entrenamiento físico ni para crear competitividad entre los que la practican.

Muy al contrario, a través de la vivencia en el cuerpo en el espacio y el tiempo, se desarrolla la conciencia de sí mismo como un ser integro; sensible, material y espiritual, capaz de sentir, y expresar lo más importante, capaz de compartir y comunicar con los demás. (West, J. 2007, p. 37).

Beneficios de la terapia lúdica

Para Wests (2007) "los beneficios que tiene la terapia lúdica en el desarrollo de la psicomotricidad fina es de gran importancia a través de los cuales aprenden a comunicarse con los demás, expresar sus sentimientos, modificar su comportamiento, desarrollan la habilidad de resolver problemas y aprender formas de relacionarse con otros en ella, además vienen a desarrollar habilidades y destrezas manuales.

Alrededor de la terapia lúdica gira una serie de acciones dentro de la familia, la comunidad y los centros que ayudan para un mejor desenvolvimiento en la sociedad de los niños con Parálisis Cerebral Infantil.

Además presentan alteraciones de la psicomotricidad fina como mantener las manos fuertemente cerradas y apretadas producto de su parálisis, sostienen por segundos objetos que le ponen en la mano, Inhibe reflejo de presión palmar, mala coordinación viso manual, no pueden soltar dos cubos sostenidos en ambas manos simultáneamente no sacan el cilindro del

tablero de plantado ni pueden explorar con el dedo índice ni utilizan pinza inferior al realizar alguna actividad.

Igualmente otra complicación que aqueja a las personas con parálisis es la no aplicación de la terapia lúdica por parte de los profesionales que laboran en la institución desconociendo cuales son los beneficios terapéuticos. (West, J. 2007, p. 220).

Fines de la terapia lúdica en el desarrollo del niño, niña con parálisis cerebral infantil

- Normalizar o mejorar el comportamiento en general del infante.
- Facilitar los aprendizajes.
- Favorecer el conocimiento de la identidad del sujeto.
- Las actividades motrices deben ser bien diferenciadas de las actividades y juegos.

La finalidad del Juego y las actividades en el niño con parálisis cerebral infantil es fundamental en proceso de la enseñanza y aprendizaje por lo tanto; “la educación motriz es una acción pedagógica y psicológica que utiliza la acción corporal con el fin de mejorar y normalizar el comportamiento general del niño, facilitando el desarrollo de todo los aspectos de su personalidad.

Mientras los niños viven situaciones de placer y diversión, desarrollan su personalidad, aprenden a relacionarse con el entorno, despliegan su creatividad y habilidades explorando sus posibilidades y limitaciones.

El mayor grado de desarrollo del hombre, por ser la manifestación libre y espontánea del interior.

Los sujetos son libres de la elección de jugar, de entrar y salir del juego cuando lo desean, de divertirse, participar, cooperar, colaborar, como

pueden y como quieren; a diferencia con otras tareas o actividades que deben realizar, donde se les impone qué y cómo hacerlo.

El juego por mandato o delegación no es juego, pero una vez que el jugador aceptó jugar debe someterse a las reglas del orden lúdico.

La libertad desplegada durante el transcurso del juego ha de amoldarse a esa legalidad libremente aceptada. Así, pues, es lícito distinguir entre dos formas en que la libertad se manifiesta.

<http://es.slideshare.net/jesus1319/ventajas-de-la-terapia-dejuego>

Proceso terapéutico de la terapia lúdica

Para Winnicott (2010): los niños con parálisis cerebral infantil necesitan de más tiempo y perseverancia para alcanzar los objetivos propuestos por cada docente, lo ideal para trabajar con este grupo de niños sería de involucrar la terapia lúdica en todas las actividades planificadas.

Es muy importante poder intervenir en el proceso terapéutico lo más pronto posible y que cada sesión de terapia lúdica tenga una duración variable de entre 30 y 50 minutos de acuerdo al trastorno que padece cada paciente y la dificultad del mismo. (p. 72).

Espacio adecuado para brindar terapia lúdica a niños con parálisis cerebral infantil

La sala de juego cumple un papel importante, ya que es el espacio que pertenecerá al niño en el momento de la terapia y donde podrá expresar libremente su imaginación, sus necesidades, sus emociones y sentimientos, por ello debe ser un espacio acogedor y adecuado para su edad.

Además debe ser un lugar adaptado contra ruidos, las paredes y pisos deberán ser protegidos con un material de fácil limpieza y que resista la pintura y el constante golpeteo.

La sala debe equiparse con muebles del tamaño de los niños. Es ideal un escenario para representaciones dramáticas.

Los materiales deberán ser colocados en estantes que sean de fácil acceso para los niños. Se obtienen mejores resultados cuando los materiales de juego están a la lista y el niño puede escoger su propio medio para expresarse.

Finalmente, el niño debe estar vestido para la ocasión, debe sentirse cómodo y libre para utilizar los materiales en la forma que desee, dentro de las limitaciones que sean dispuestas, sin ser restringido por el temor de ensuciar su ropa.

(<http://www.cosasdelainfancia.com/biblioteca-juegos12.htm>).

Técnicas para desarrollar la terapia lúdica

Para desarrollar la terapia lúdica se utiliza una serie de métodos y técnicas lúdicas especializadas existen, cuyos objetivos son que el niño encuentre múltiples oportunidades para la expresión y autocontrol de sus emociones, la expansión de la conciencia, el reconocimiento de sus propios recursos y potencialidades, así como la normalización de sus pautas de desarrollo.

Todo esto con la guía de un adulto (terapeuta de juego) especializado en este modelo de trabajo terapéutico, quién le ofrece al niño una relación cordial, empática y afectuosa que le proporcione la confianza necesaria para la superación de los problemas que lo llevaron a terapia”.

<http://ninezprimero.wordpress.com/2011/05/05/terapia-ludica-clave-para-el-desarrollo-de-los-ninos-con-capacidades-especiales/>

De expresión corporal y movimiento

“El juego de expresión corporal incluye el movimiento grueso que involucra todo el cuerpo, el movimiento fino que utiliza partes específicas del cuerpo, el movimiento sensorial que incluye texturas, sonidos, sabores, olores e imágenes.

El movimiento rítmico y la danza. El juego con espadas y lucha libre. Juegos de ideas creativas de movimiento y de imitación.

Los juegos de narración con sonidos, movimiento y libre expresión son utilizados como otra forma de terapia en donde se favorece la espontaneidad". (Mejia, S. 2012, p. 47).

De expresión plástica y narrativa

Cada niño construye su realidad en base a las percepciones y constructos que dan forma a su historia de vida.

Estos constructos organizan su vida y dan forma a sus conductas, en la terapia de juego el niño tiene la oportunidad de contrastar y reestructurar estos los que ha dado a su historia personal.

La forma en que un niño interpreta su experiencia y determina el efecto que tendrá en su auto concepto, en su autoestima y en la manera de verse a sí mismo.

Esta técnica de expresión plástica como el uso del dibujo y la pintura, así como el uso de narraciones y metáforas terapéuticas ayudan al niño a expresar su experiencia, a exponer la historia fuera de sí mismo, y a construir nuevos significados donde puede reconocer los recursos y fuerzas internas que posee y que lo han ayudado a sobrevivir. (Caba A. 2010, p. 96).

De expresión sensorial

El juego sensorial creativo con materiales como arena, agua, arcilla, pintura de manos, le permite al niño explorar y conocer el mundo a través de sus sensaciones siendo el elemento vital para la expresión personal y para el desarrollo del sentido de sí mismo.

El juego sensorial exploratorio le facilita al niño investigar y manipular a través de sus sentidos diversos materiales, texturas, sabores, olores, sonidos, incrementado su sentido de maestría y confianza. El niño aprende a confiar y usar su cuerpo y sensaciones para obtener un contacto más funcional con el entorno. (Caba. A. 2010, p.97).

De expresión afectiva

Los niños que han congelado su expresión afectiva, encuentran en la terapia de juego un espacio seguro de experimentación y expresión emocional que los ayuda a restituir estas necesidades fundamentales para su desarrollo.

La terapia de juego ayuda al niño a restaurar su capacidad de dar y recibir afecto. El rol del terapeuta y el tipo de relación que establece con el niño es fundamental para el logro de este objetivo, sin embargo dado que es de los adultos de quién ha recibido el mal trato, el uso de mascotas se convierte en la principal técnica para el logro de tal objetivo. (Caba A. 2010, p.99).

Juego de descarga y de expresión emocional

Para López, Araugo e Infante: La descarga emocional es un mecanismo interno natural que tiene una función positiva para cualquier persona y en especial para el niño en la prevención de futuras patologías médicas o psicológicas y en la promoción de su salud mental ya que coadyuva a la recuperación de las heridas emocionales.

Se utilizan muchos materiales y actividades para que el niño suelte los sentimientos reprimidos, estos materiales incluyen entre otros el juego con barro, la bolsa de boxear, los tubos de espuma, el tablero de dardos y los mazos de plástico suave. (2008, p.99).

Juego de visualización imaginativa

En este proceso se le guía al niño a obtener imágenes de su interior, de su mente e interactuar con ellas a través de sus sentidos.

El cuerpo reacciona a las imágenes sensoriales que crea la mente.

La práctica de visualizar de una manera consciente y centrada, le beneficia al niño que sufre estrés emocional, ansiedad o depresión, ayudándole a que su mente-cuerpo interactúe a un nivel más profundo, lo cual a su vez crea mayor bienestar. Zapata. (2006).

Juego de expresión creativa

Esta técnica es beneficiosa para el niño ya que promueve una sensación de seguridad y da ánimo a la experimentación y a arriesgarse a entrar en territorios desconocidos.

Cuando el terapeuta se entona con las ideas del niño le puede ayudar a llevarlas hacia adelante. El juego, las narraciones y los actos creativos que ocurren en los mundos construidos entre niño y terapeuta se convierten en el acto clave para la restauración emocional.

Compartiendo y sosteniendo las ideas del niño, el adulto permanece en contacto con interés y entendimiento sirviendo de apoyo al desarrollo de nuevas ideas y nuevas habilidades. El terapeuta construye sobre las ideas del niño y le ayuda a ver nuevas posibilidades en su juego. Zapata. (2009).

Juego proyectivo simbólico

El niño en la terapia de juego simbólico va construyendo su propia manera de narrar historias, el niño se convierte en su propio director y actor al organizar situaciones y diálogos, creando escenas y personajes que expresan los conflictos y las emociones que yacen en el fondo de su ser.

Esta habilidad de proyectar a través de símbolos y metáforas sus experiencias y sentimientos profundos, le ayudan a procesar e integrar y con esto generar nuevos significados a sus experiencias.

Son numerosas las técnicas que usa el terapeuta para ayudar al niño a expresar simbólicamente sus experiencias y sentimientos; el juego con el cajón de arena, con agua, con arcilla, con materiales de construcción, con la casa de muñecas, con títeres, con marionetas y con máscaras son solo algunas de las posibilidades que la sala de terapia de juego puede ofrecerle al niño en su camino de recuperación emocional.

<http://ninezprimero.wordpress.com/2011/05/05/terapia-ludica-clave-para-el-desarrollo-de-los-ninos-con-capacidades-especiales/>

De expresión dramática

El juego de expresión dramática le invita al niño a jugar con roles a través de la improvisación.

Todo es posible en el juego y este le permite al niño hacer lo que en su realidad no sería permisible o posible.

En la terapia se usa el juego de roles con los sentimientos, se crean personajes de animales con quién interactuar, se usan las historias para interactuar juntos, se usa el baúl de disfraces para que surja la historia, se usan las máscaras como principio de la historia, se utiliza la cámara de video para filmar la representación y luego revisarla junto al niño y se usan las ideas citadas en el juego proyectivo. <http://ejugando1.blogspot.com/>

De expresión musical

La música tiene la posibilidad de atravesar los mecanismos defensivos de las funciones corticales del cerebro y moverse directamente al sistema límbico donde las emociones son procesadas.

La música estimula el funcionamiento del lado derecho del cerebro, responsable de los sentimientos y de la imaginación. La música también se utiliza para promover en el niño la confianza y el desarrollo de interacciones recíprocas con otros.

Durante la improvisación musical, por ejemplo, provee al niño con una forma de comunicación no verbal que le ayuda a conectarse con su terapeuta en la construcción de una relación terapéutica única con un adulto que lo apoya y lo comprende. <http://ninezprimero.wordpress.com/2011/05/05/terapia-ludica-clave-para-el-desarrollo-de-los-ninos-con-capacidades-especiales/>

Material para realizar terapia lúdica

El material utilizado para la terapia según West, debe ser llamativo y personalizado para cada niño, ya que esta terapia ayuda a los niños a

expresar lo que les incomoda, cuando no poseen el lenguaje verbal para expresar sus pensamientos y sus sentimientos mediante el juego.

En la terapia lúdica los juguetes son las palabras del niño, y el juego su lenguaje. A través del juego, el terapeuta puede ayudar al niño a desarrollar muchas habilidades y destrezas psicomotrices escondidas en cada niño, además de promover relajación y satisfacción en cada juego. (Caba. 2010, p. 86).

Importancia de las capacitaciones en la terapia lúdica

Las capacitaciones en la terapia lúdica permiten a los profesionales a evaluar y entender el juego del niño como un proceso terapéutico. Más aún, que esta es utilizada para ayudar al niño a lidiar con emociones difíciles y encontrar soluciones a sus problemas psicomotrices, además les permite cambiar su estado anímico y ser confortados mediante la aplicación de las diferentes actividades que se dan dentro de la terapia lúdica. (Brown. 2010, p. 100).

e. MATERIALES Y MÉTODOS

El presente trabajo investigativo se desarrolló en el Centro de Atención y Desarrollo de Niños/as y Adolescentes Especiales de la ciudad de Loja, siendo este un trabajo de investigación-acción de tipo correlacional.

Como parte principal de la investigación de campo se da a conocer que este proyecto se lo realizó de manera descriptiva ya que el trabajo consistió en llegar a conocer las situaciones y actitudes predominantes de las personas tomadas en cuenta.

No solo se limitó a la recolección de datos, sino también a la identificación de las relaciones que existen entre dos variables como es la terapia lúdica en el desarrollo de la motricidad fina de los niños y niñas con parálisis cerebral infantil.

Para la presente tesis fue conveniente y necesario utilizar diferentes métodos que permitió determinar de mejor manera el trabajo realizado, siguiendo así los pasos adecuados para realizar el presente trabajo investigativo.

Se utilizó los siguientes métodos:

Método Científico, se lo utilizó para la realización de la observación, análisis (descripción), síntesis, conclusiones, recomendaciones y proposiciones, además de ser parte importante en la indagación, investigación y obtención de la información acerca de la terapia lúdica y el desarrollo de la motricidad fina de los niños y niñas con parálisis cerebral infantil, que asisten al centro de atención y desarrollo de niños/as y adolescentes especiales de la ciudad de Loja.

Método correlacional: se lo utilizó para la identificación y correlación de las relaciones que existen entre las dos variables, la terapia lúdica y el

desarrollo de la motricidad fina de los niños y niñas con parálisis cerebral infantil.

Método Descriptivo, sirvió para describir sistemáticamente los hechos y características de los niños con parálisis cerebral infantil que presentaban desfase en su desarrollo motriz fino.

Método Deductivo e inductivo: se lo utilizó en todo el proceso de obtención de resultados, en la recopilación y manejo de datos de la investigación de campo.

Estadística Descriptiva: aplicado para elaborar los cuadros o tablas estadísticas y así obtener los porcentajes y hacer representaciones gráficas de los resultados de la información de campo.

Técnicas e instrumentos:

Planilla de valoración de la motricidad fina de Liliana Matas: la cual se utilizó para contrastar el objetivo específico uno y establecer la edad del desarrollo de la motricidad fina de los niños y niñas con parálisis cerebral infantil.:

Encuesta a los profesionales del centro, para determinar el tipo de técnica lúdica utilizada por los profesionales del centro para el desarrollo de la motricidad fina y contrastar el objetivo específico dos.

Plan de terapia lúdica para el mejoramiento de la motricidad fina en los niños y niñas con parálisis cerebral infantil la cual consta de una serie de actividades y ejercicios destinados a potenciar tanto el desarrollo manual, viso manual, grafo perceptivo, movilidad, inestabilidad, deslizamiento y desplazamiento. Y, así contrastar el objetivo específico tres.

Población y muestra:

En el centro en el cual se desarrolló el trabajo asiste una población de 100 personas, comprendiendo niños/as y adolescentes con discapacidades especiales, además del personal docente del centro.

La muestra tomada fue no probabilística, basada en los diagnósticos que reposan en el centro, por lo que se considero el diagnóstico de PC y la edad de los niños (7-10 años), quedando conformada por 7 niños y niñas con Parálisis Cerebral Infantil, además se tomó a 10 profesionales del centro de atención y desarrollo de niños/as y adolescentes especiales de la ciudad de Loja.

CUADRO DE POBLACIÓN Y MUESTRA	
INDICADORES	FRECUENCIA
	F
Técnicos Profesionales	10
Niños, niñas y adolescentes	7
TOTAL	17

f. RESULTADOS

OBJETIVO UNO:

Establecer la edad del desarrollo de la motricidad fina de los niños y niñas entre de 7 -10 años de edad con parálisis cerebral Infantil.

Para el cumplimiento de este objetivo se utilizó la planilla de valoración de la motricidad fina de Liliana Matas la misma que permite valorar el nivel y el desfase de la motricidad fina en los niños y niñas con parálisis cerebral infantil de 7 a 10 años de edad que asisten al C.A.D.E. cuyos resultados se describen a continuación:

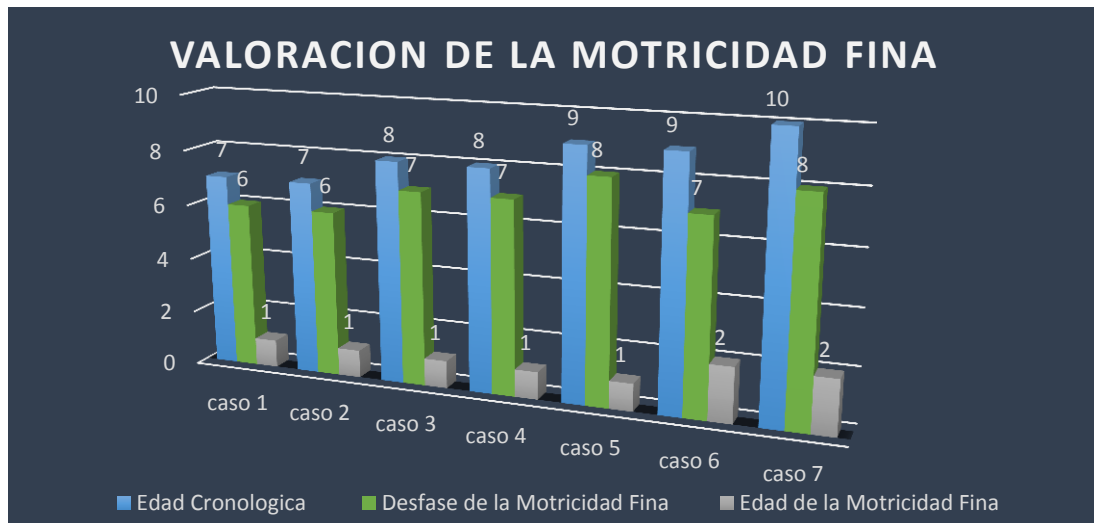
CUADRO 1

NIÑOS	Edad Cronológica	Edad de la Motricidad Fina	Desfase de la Motricidad Fina
CASO 1	7 años 5 meses	1 año 2 meses	6 años 3 meses
CASO 2	7 años 4 meses	1 año 2 meses	6 años 2 meses
CASO 3	8 años 3 meses	1 año 3 meses	7 años
CASO 4	8 años 4 meses	1 año 3 meses	7 años 1 mes
CASO 5	8 años 8 meses	1 año 3 meses	7 años 5 meses
CASO 6	9 años 2 meses	1 año 5 meses	7 años 9 meses
CASO 7	9 años 8 meses	1 año 5 meses	8 años 3 meses

Fuente: resultados de la aplicación de la planilla de valoración de la motricidad fina de Liliana Matas.

Elaborado por: NYDIA ENRIQUETA ORELLANA FIERRO.

GRÁFICO 1



Fuente: resultados de la aplicación de la planilla de valoración de la motricidad fina de Liliana Matas.

Elaborado por: NYDIA ENRIQUETA ORELLANA FIERRO.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Se procedió a evaluar a los niños de acuerdo a la planilla de valoración de la motricidad fina de Liliana Matas, la cual fue aplicada a los niños y niñas con Parálisis Cerebral Infantil donde se puede evidenciar que la mayoría de los niños tiene una edad de desarrollo motriz de un año tres meses.

El primer caso presenta una edad cronológica de 7 años 5 meses, desarrollo de edad motricidad fina de 1 año 2 meses y un desfase de 6 años 3 meses, mostraba preferencia en una de sus manos, construía torres de dos cubos con ayuda de la maestra, colocaba cilindros en el tablero de plantado, además presenta problemas de coordinación manual, destrezas manuales y coordinación viso manual producto de su hipotonía muscular a consecuencia de su parálisis.

El segundo caso tenía una edad cronológica de 7 años 4 meses y un desarrollo de su motricidad fina de 1 año 2 meses teniendo un desfase de 6 años 2 meses, presentaba problemas en el desarrollo viso manual, óculo manual, coordinación grafo-perceptiva ya que tenía lesión cerebral funcional atetósica, donde sus movimientos son involuntarios al realizar alguna actividad.

El tercer caso presentaba una edad cronológica de 8 años 3 meses y su edad de motricidad fina es de 1 años 2 meses con un desfase de 7 años donde el niño presenta alteración del tono muscular con fluctuaciones y cambios bruscos del mismo, no puede encajar figuras, además tenía alteraciones de coordinación manual, destreza manual y coordinación grafo-perceptiva.

Cuarto caso tubo una edad cronológica es de 8 años 4 meses y su edad motriz de 1 años 3 meses con un desfase de 7 años 1 mes, tenía torpeza motriz al coger objetos, no podía coger pinzas de ropa y demostraba problemas de coordinación grafo-motrices.

Quinto caso su edad cronológica es de 8 años 8 meses y su edad motriz es de 1 año 3 meses con un desfase de 7 años 5 meses, el niño presentaba lesión cerebral funcional atetósica, con movimientos involuntarios que interferían a los movimientos normales de un niño, no podía encajar figuras, trozar, picar papel, además presentaba problemas de coordinación manual y destrezas motoras producto de su parálisis cerebral infantil.

Sexto caso tenía una edad cronológica de 9 años 2 meses, con una motricidad fina de 1 año 5 meses y un desfase motriz de 8 años 3 meses, demostró dificultad para deslizar cuentas hacia delante-detrás de una en una, enroscar y desenroscar tapas de recipiente, tornillos y tuercas de plástico, donde tenía mala coordinación viso manual y grafo-perceptivo a consecuencia de su parálisis.

Séptimo caso, edad cronológica de 9 años 8 meses, edad motriz de 1 año 5 meses y un desfase de 8 años 3 meses, aquí el niño presentaba hipotonía muscular, por lo cual le dificulto sostener objetos en sus manos, problemas de coordinación y destreza manual, con ayuda lograba encajar figuras simples.

Cabe indicar que se evidencio que los niños y niñas presentan problemas de coordinación manual, coordinación visomanual, óculo manual, grafo perceptivo, producto de la discapacidad como tal y del proceso terapéutico

que se viene aplicando en el centro ya que es muy básico y rutinario, donde el niño es limitado e impuesto a seguir ordenes por su guía, siendo este proceso poco favorable para el desarrollo motor del niño, ya que se debería utilizar una rehabilitación especializada con cada niño para obtener mejores resultados en su desarrollo motriz.

OBJETIVO DOS:

Determinar el tipo de técnica lúdica utilizada por los profesionales del CADE para el desarrollo de la psicomotricidad fina.

Para el cumplimiento de este objetivo se utilizó la encuesta, la misma que permitirá determinar el tipo de técnica lúdica utilizada por los docentes para el desarrollo de la psicomotricidad fina en los niños y niñas con parálisis cerebral infantil de 7 a 10 años de edad que asisten al C.A.D.E. cuyos resultados se describen a continuación:

PREGUNTA 1

TIPO DE TÉCNICA LÚDICA UTILIZADA PARA EL DESARROLLO DE LA PSICOMOTRICIDAD FINA EN LOS NIÑOS CON PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL

CUADRO 1

INDICADOR	FRECUENCIA F	PORCENTAJE %
Expresión Corporal y de Movimiento	10	100%
Expresión plástica y Narrativa	0	0%
Expresión Sensorial y Afectiva	0	0%
Juego de Descarga y de Expresión Emocional	0	0%
Juego de Visualización Imaginativa	0	0%
Juego de Expresión Creativa	0	0%
Juego proyectivo Simbólico	0	0%
Expresión Dramática	0	0%

Expresión Musical	0	0%
TOTAL	10	100%

Fuente: Encuesta dirigida a los y las docentes del C.A.D.E

Elaborado por: NYDIA ENRIQUETA ORELLANA FIERRO.

GRÁFICO 1



Fuente: encuesta dirigida a los y las docentes del C.A.D.E

Elaborado por: NYDIA ENRIQUETA ORELLANA FIERRO.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Lo que se puede observar el 100% de los docentes considera que el tipo de técnica lúdica que ellos utilizan para el desarrollo de la psicomotricidad fina de los niños y niñas con parálisis cerebral infantil es: la expresión corporal y de movimiento.

De acuerdo a lo expuesto por MEJIA S. (2006) la expresión corporal y de movimiento trae consigo experiencias tempranas al niño, la experiencia corporal es esencial para el desarrollo del sentido de sí mismo, el niño necesita ser capaz de vivir en su cuerpo y sentir confianza para moverse, el

juego de expresión corporal incluye el movimiento que involucra todo el cuerpo y partes específicas de él.

Se pudo evidenciar, que lo expuesto por los docentes del centro carecía de fundamentación práctica. Pues pese a que la mayoría de los encuestados dio a conocer el nombre de una de las técnicas lúdicas trabajadas para el desarrollo de la motricidad fina de los niños con parálisis cerebral, esta no era aplicada correctamente de acuerdo a la necesidad del niño.

Cabe indicar que terapia lúdica engloba una serie de técnicas especializadas, cuyo objetivo es que el niño encuentre oportunidades para la expresión y autocontrol de sus emociones y el cuerpo, la expansión de la conciencia, el reconocimiento de sus propios recursos y potencialidades, así como la normalización de las pautas de desarrollo, todo esto con la guía de un terapeuta de juego especializado en este modelo de trabajo terapéutico, el cual le proporcionará superación de los problemas que lo llevaron a la terapia.

PREGUNTA 2

CONOCE LOS FUNDAMENTOS CIENTÍFICO TÉCNICOS PARA LA APLICACIÓN DE LA TERAPIA LÚDICA

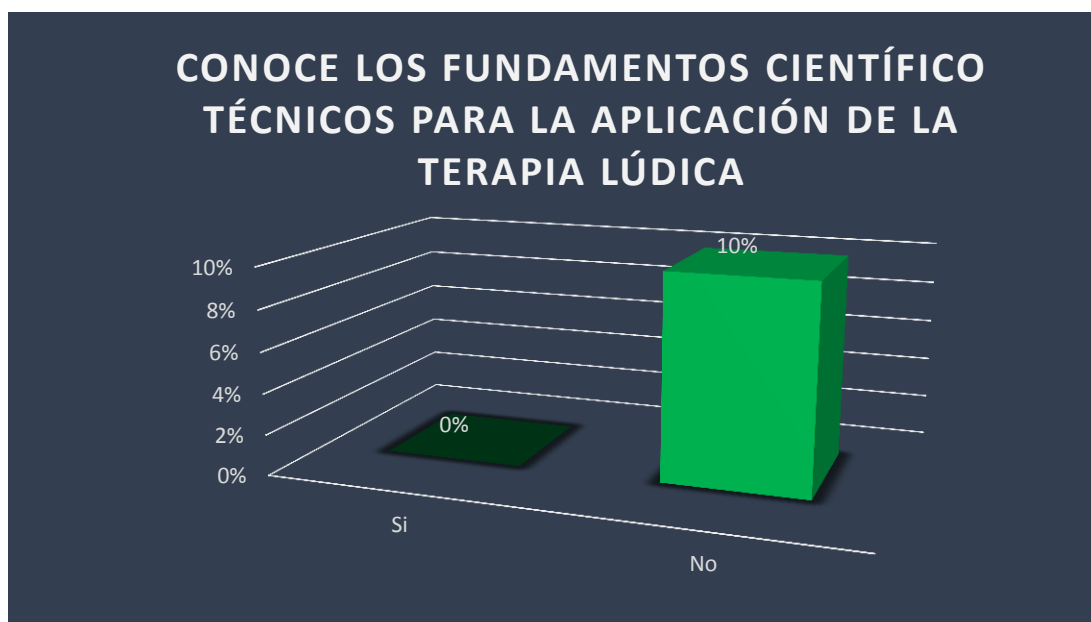
CUADRO 2

INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	0	0%
No	10	100%
TOTAL	10	100%

Fuente: encuesta dirigida a los y las docentes del C.A.D.E

Elaborado por: NYDIA ENRIQUETA ORELLANA FIERRO.

GRÁFICO N2



Fuente: encuesta dirigida a los y las docentes del C.A.D.E
Elaborado por: NYDIA ENRIQUETA ORELLANA FIERRO.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El 100% de los docentes manifiestan que no asisten a capacitaciones acerca de la terapia lúdica.

Según el autor REDDY (2005) Las capacitaciones en la terapia lúdica permiten a los profesionales a evaluar y entender el juego del niño como un proceso terapéutico. Más aún, esta es utilizada para ayudar al niño a lidiar con emociones difíciles y encontrar soluciones a sus problemas psicomotores, además les permite cambiar su estado anímico y ser confortados mediante la aplicación de las diferentes actividades que se dan dentro de la terapia lúdica.

Uno de los principales problemas que viene enfrentando a los docentes del centro que trabajan con los niños con parálisis cerebral infantil es la no capacitación y desconocimiento de los beneficios que tiene la terapia lúdica en el desarrollo de la motricidad fina.

PREGUNTA N3

ACTIVIDADES LÚDICAS TRABAJADAS POR LOS DOCENTES EN LAS ALTERACIONES DE LA MOTRICIDAD FINA

CUADRO N3

INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Esculturas con arcilla	0	0%
Palpar espuma echa con deja y agua y otras texturas	0	0%
Pintura abstracta utilizando los dedos	0	0%
Moldear figuras sencillas con plastilina	0	0%
Conducir una llanta o una pelota con las manos	0	0%
Construcción de torres, cubos en hileras	4	40%
No Contesta	6	60%
TOTAL	10	100%

Fuente: encuesta dirigida a los y las docentes del C.A.D.E

Elaborado por: NYDIA ENRIQUETA ORELLANA FIERRO.

GRAFICO N3



Fuente: encuesta dirigida a los y las docentes del C.A.D.E

Elaborado por: NYDIA ENRIQUETA ORELLANA FIERRO

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El 60% de los docentes encuestados no contesta esta pregunta, mientras que el 40% manifiesta que entre las actividades lúdicas que trabajan en cada una de las alteraciones de la motricidad fina es construir torres y cubos en hileras.

Según el autor SCHAEFER. (2005). Las actividades lúdicas constituyen procesos comunicativos que se dan en el momento en que se ejecuta la actividad de juego destinada que se tenga con el infante, a través del juego, el terapeuta ayuda al niño a desarrollar sus problemas motrices de acuerdo al juego y además sus carencias emocionales. La relación positiva que tiene lugar entre el terapeuta y el niño durante las sesiones de terapia lúdica le ofrece al niño, la oportunidad de adquirir destrezas motoras, experiencias emocionales satisfactorias, y además puede ser utilizada para promover el desarrollo cognitivo.

Dentro del trabajo practico los docentes utilizan actividades esquematizadas y repetitivas, donde el niño sigue ordenes impuestas por terapeuta, siendo estas poco favorables para el desarrollo motor del niño, ya que para ver resultados más visibles, se tendría que utilizar el juego como pilar fundamental y adaptado a cada niño de acuerdo a su necesidad de rehabilitación y así el guía y el alumno sean parte activa del mismo.

g. DISCUSIÓN

La presente investigación ha sido de tipo transversal, descriptiva, de tipo cualitativa. Es por ello que se evidencian los resultados a la población estudiada en base a los objetivos específicos planteados, analizando cada uno de ellos.

Para lograr el primero objetivo establecer la edad del desarrollo de la motricidad fina de los niños y niñas entre de 7-10 años de edad con parálisis cerebral infantil, se utilizó la planilla de valoración de motricidad fina de Liliana Matas, la cual se aplicó a 7 niños en donde se determinó una media de edad motriz fina de desarrollo de 1 año 3 meses, nivel que corresponde a una media de edades cronológicas comprendidas entre los 7 a 10 años, obteniendo aritméticamente una edad media de desfase de 7 años 2 meses en la motricidad fina de los niños con parálisis cerebral infantil. En los resultados se puede evidenciar que los niños presentan un nivel bajo en el dominio motriz fino de acuerdo a su edad cronológica, demostradas en las actividades cotidianas que desempeñan debido a la falta de estimulación y atención temprana.

Autores como Ponce y Burbano (2001) manifiestan también que los aspectos importantes que se deben desarrollar para la motricidad fina son las habilidades que involucran distinción y fluidez de, movimientos finos y deslizamiento de antebrazo y mano, cuando no existe esta conexión correcta puede verse afectado una mala coordinación, torpeza motriz, independencia motriz, coordinación viso motriz, orientación espacial en el campo gráfico, motricidad gráfica, precisión de grafismo, etc. Además manifiestan que los retrasos motrices se caracterizan por que muchas veces en los niños no se usan valoraciones del desarrollo adecuadas, historias del desarrollo, seguimiento médico, y no se escucha atentamente a los padres.

En relación al segundo objetivo determinar el tipo de técnica lúdica utilizada por los profesionales del C.A.D.E para el desarrollo de la psicomotricidad fina, la encuesta realizada a los profesionales determina que

el 100% de los docentes utilizan como técnica lúdica la expresión corporal y de movimiento, con actividades esquematizadas y repetitivas que no favorece al desarrollo de la motricidad fina.

Para Mejia 2012 el juego de expresión corporal incluye movimiento fino que utiliza partes específicas del cuerpo, el movimiento grueso y el movimiento sensorial. El movimiento rítmico y la danza y juegos e ideas creativas de movimiento y de imitación. Los juegos de narración con sonidos, movimiento y libre expresión son utilizados como otra forma de terapia en donde se favorece la espontaneidad en el niño.

Cabe indicar que los docentes ejecutan la técnica de expresión corporal y de movimiento con actividades que no se relacionan con la misma ya que utilizan juego de construcción de torres actividades, he ahí el desconocimiento y mal manejo de las técnicas y actividades lúdicas.

Cuando esta técnica se la utiliza adecuadamente con juegos lúdicos trae consigo experiencias tempranas al niño, ya que la experiencia corporal es esencial para el desarrollo del sentido de si mismo, permite al niño involucrar movimientos con todo el cuerpo, además se incluye movimientos sensoriales, texturas, sonidos, sabores, olores e imagenes.

También se evidencia que el 100% de los docentes no conoce de fundamentos científico técnico para la aplicación de la terapia lúdica y es por eso que desconocen el resto de técnicas lúdicas como son: expresión plástica y narrativa, expresión sensorial y afectiva, juego de descarga y de expresión emocional, juego de visualización imaginativa, juego de expresión creativa, juego proyectivo simbólico, expresión dramática y expresión musical. Y su desconocimiento trae consigo que no utilicen actividades lúdicas para el trabajo con los niños de parálisis cerebral.

Es así que la persona que trabaja con niños de parálisis cerebral necesita constante preparación y actualización en temas lúdicos para el trabajo especializado e integral del niño con parálisis cerebral infantil situación que

no sucede dentro del centro ya que las actividades que utiliza el 40% de los docentes es de construcción de torres y formar cubos en hileras actividades que tampoco se relaciona con la técnica aplicada.

Para SCHAEFER. (2005). Las actividades lúdicas constituyen procesos comunicativos que se dan en el momento en que se ejecuta la actividad de juego destinada que se tenga con el infante, a través del juego, el terapeuta ayuda al niño a desarrollar sus problemas motrices de acuerdo al juego y además sus carencias emocionales.

Las actividades lúdicas se las utiliza de acuerdo a la necesidad de cada niño, es por ello que los juegos son esenciales para el desarrollo y rehabilitación de la motricidad fina ya que permite al niño obtener destrezas motoras y experiencias satisfactorias, es necesario olvidar las actividades rutinarias ya que no favorecen el desarrollo de su motricidad.

Para finalizar todo el presente la terapia lúdica refuerza, habilita y rehabilita la motricidad fina, tomando en cuenta las características y necesidades específicas del niño.

En lo que respecta al objetivo tres, elaborar un plan de terapia lúdica para el mejoramiento de la motricidad fina en los niños y niñas entre 7-10 años con parálisis cerebral infantil, se realizó un patrón de orientación para cualquier maestro, que puede adaptarse.

La propuesta consta de una serie de actividades diarias, aplicables en cualquier acción, con una duración de 30 minutos, constando de ejercicios destinados a potenciar tanto el desarrollo manual, viso manual, grafo perceptivo, movilidad, inestabilidad, deslizamiento y desplazamiento.

A través de esta terapia aprender a descubrir y a experimentar, interactuando con las personas y objetos, siendo esta una actividad agradable que les provoca una sensación de bienestar.

h. CONCLUSIONES

- El nivel de edad de desarrollo de la motricidad fina de los niños y niñas de 7 a 10 años de edad con parálisis cerebral infantil corresponde a una edad de un año tres meses, evidenciándose retraso de hasta siete años respecto de la edad cronológica, debido a las características propias de su discapacidad y a la inadecuada estimulación y rehabilitación.
- En el trabajo realizado se evidenció que los profesionales aplican la técnica lúdica de expresión corporal y de movimiento, la misma que no favorece para un buen desarrollo motriz, puesto que las actividades utilizadas son repetitivas y esquematizadas.
- La propuesta elaborada cumple con los requerimientos necesarios, ayudando al desarrollo y mejoramiento de la motricidad fina de los niños con parálisis cerebral infantil, ya que consta de una serie de actividades y ejercicios útiles para el desarrollo motriz.

i. RECOMENDACIONES

- Se recomienda que para el trabajo terapéutico es necesario tomar en cuenta la edad cronológica y de desarrollo motriz fino de cada niño y ser individualizado y específico de acuerdo a sus necesidades.
- Que las autoridades gestionen capacitaciones constantes a los docentes sobre las técnicas de terapia lúdica para que de esta manera pueda existir un progreso de las habilidades y destrezas en la motricidad fina.
- Además es importante que utilicen la propuesta brindada como guía para que los docentes se orienten y puedan adaptarla al requerimiento de cada alumno para su rehabilitación.



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

PROPUESTA ALTERNATIVA

ELABORACIÓN DE PLAN
DE TERAPIA LÚDICA PARA EL MEJORAMIENTO
DE LA MOTRICIDAD FINA EN LOS NIÑOS Y NIÑAS
CON PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL
DE 7 A 10 AÑOS DE EDAD

AUTORA:

Nydia Enriqueta Orellana Fierro.

LOJA – ECUADOR

2015

PRESENTACIÓN

La propuesta permitirá servir de guía a los profesionales del Centro de Atención y Desarrollo de niños/as y adolescentes Especiales de la ciudad de Loja, ya que ofrece una serie de actividades y ejercicios lúdicos en base al desarrollo de la motricidad fina de los niños y niñas de 7 a 10 años de edad con parálisis cerebral infantil, brindando diversos trabajos destinados a desarrollar tanto lo manual, viso manual, grafo perceptivo, movilidad, inestabilidad, deslizamiento y desplazamiento, teniendo en cuenta las características propias de su discapacidad.

Se presenta una serie de ejercicios y actividades como alternativa de rehabilitación, dirigida especialmente a los padres y docentes, aportándoles con un patrón de orientación creativa, que puede cambiarse por otros elementos adaptables, donde se utiliza un material idóneo, así como una estructura física adecuada para el desarrollo y potencia de habilidades, quedando a un lado las actividades repetitivas y esquematizadas que no favorece el desarrollo motriz.

La propuesta elaborada cumple con los requerimientos necesarios, utilizando estrategias para el desarrollo, ayudando al mejoramiento de la motricidad fina de los niños con parálisis cerebral infantil, ya que consta de una serie de actividades y ejercicios útiles para el desarrollo motriz, donde los niños podrán imaginar, crear y potencializar en las diferentes ejecuciones.

JUSTIFICACIÓN

La presente propuesta se realizará con la finalidad de brindar un aporte significativo dentro del centro de atención y desarrollo de niños/as y adolescentes especiales de la ciudad de Loja, mediante el objetivo principal de vincularse en el mundo de las discapacidades y más que eso insertarnos como profesionales.

Además permite brindar un apoyo a la rehabilitación a los niveles psicomotriz de los niños con parálisis cerebral infantil, para que tengan mejor autonomía e independencia y mejorar su calidad de vida, partiendo siempre primero de un estudio de sus potencialidades, destrezas y habilidades entendiéndose que la atención a la diversidad implica creer que cada ser es único y singular y que no se pretende que los pacientes se adapten a nuestras reglas y modelos, sino buscando alternativas que se basen en la convivencia que propicie el respeto a la individualidad y el ritmo de cada uno.

Por lo tanto esta propuesta es viable, ya que beneficia a los pacientes con parálisis cerebral infantil, y especialmente al área motora lo cual mejora la calidad de vida de estas personas.

METODOLOGÍA

La presente propuesta de investigación, básicamente partirá de las adaptaciones curriculares en terapia lúdica, en base a una planilla para proceder y describir las actividades de motricidad fina que sirvan para mejorar su desarrollo integral.

En la aplicación de la propuesta se empleara diferentes actividades y ejercicios de la terapia lúdica para lograr mejorar su nivel motor.

Dichas planificaciones se realizaran de manera general para los niños de 7 a 10 años de edad cronológica que servirán como guía de actividades y ejercicios lúdicos en base a la psicomotricidad fina en los niños con parálisis cerebral infantil para los maestros del centro de atención y desarrollo para niños/as y adolescentes especiales.

También se deberá realizar evaluaciones terapéuticas cada mes con la finalidad de ir observando los avances de los tratamientos en la aplicación de la propuesta.

OBJETIVOS

- ❖ Mejorar la motricidad fina en los niños con parálisis cerebral infantil.
- ❖ Brindar a través de dicho programa herramientas psicopedagógicas al docente que trabaja con niños de parálisis cerebral infantil.

PROGRAMA DE TERAPIA DE JUEGO Nro. 1

OBJETIVO: Familiarizar al niño(a) con la terapia de juego y reconocer el cuerpo a travez del juego.

TÉCNICA	ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DE TERAPIA DE JUEGO	TIEMPO APROXIMADO	RECURSOS
Expresión corporal y de movimiento	Presentación	5 minutos	Juguetes: rompecabezas, Juegos de ensamble, carros, espadas, animales, instrumentos musicales, frutas, pelotas, arcilla, colchonetas, hojas de papelde diferentes texturas: seda, crepe, corrugado, lustre, etc.
	Interacción: estimulando el nivel de confianza terapeuta –niño (Raport)	10 minutos	
	Acuerdos para el uso del salón de juego	15 minutos	
	Invitación a explorar el cuarto de juego	5 minutos	
	Mi cuerpo	20 minutos	
	Juego de espadas y lucha	15 minutos	

PROGRAMA DE TERAPIA DE JUEGO Nro. 2

OBJETIVO: rehabilitación de la motricidad fina por medio de las artes plásticas y la narración.

TÉCNICA	ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DE TERAPIA DE JUEGO	TIEMPO APROXIMADO	RECURSOS
Expresión plástica y narrativa	Recordatorio de acuerdos para el uso del salón de juego	5 minutos	Pinturas de dedo, lápices de color, crayola, dibujos, arcilla, cajas de arena, agua, platilina, cuentos, etc.
	Orientar al niño por parte del terapeuta a la utilización de los recursos de las artes plásticas.	10 minutos	
	Juego libre utilizando las artes plásticas	20 minutos	
	Interacción verbal con el niño sobre el contenido del juego	5 minutos	
	Realización de dibujos y esculturas a través de la narración	30 minutos	
	Interacción verbal del terapeuta con el niño para contrastar y reestructurar historias.	15 minutos	

PROGRAMA DE TERAPIA DE JUEGO Nro. 3

OBJETIVO: Estimular la motricidad fina mediante el juego sensorial.

TÉCNICA	ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DE TERAPIA DE JUEGO	TIEMPO APROXIMADO	RECURSOS
Expresión sensorial	Introducir al niño al mundo de las texturas y objetos, indicar al niño el material a utilizarse: liso, suave, rugoso, áspero, llano, blando, duro, etc.	20 minutos	Texturas y objetos: telas, lijas, algodón, papeles, esponjas, tapices, cremas, muñecos suaves, duros, etc. Bandeja, agua y deja. Cajas de harina, arena y piedra.
	Con ayuda del terapeuta combinar agua con deja y hacer que el niño diluya y luego palpe la espuma que provoca el jabón en el agua, esto ayuda a estimular y afianzar el sentido del tacto.	20 minutos	
	Llenar tres recipientes con arena, harina y piedra con la finalidad de que identifique y clasifique las texturas indicadas.	20 minutos	

PROGRAMA DE TERAPIA DE JUEGO Nro. 4

OBJETIVO: Expresión de sentimientos y desarrollo de la motricidad fina a través de la terapia de juego.

TÉCNICA	ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DE TERAPIA DE JUEGO	TIEMPO APROXIMADO	RECURSOS
<p style="text-align: center;">Expresión afectiva</p>	<p>Orientar al niño por parte del terapeuta a la utilización de sentimientos y emociones a través de cartillas.</p>	<p style="text-align: center;">20minutos</p>	<p>Cartillas de emociones, gestos, muecas, estados de animos: ira, nervios, prisa, tristeza, felicidad, etc. Colchoneta, alfombra, y mascota,</p>
	<p>Verbalización de gestos y muecas que el terapeuta propone (estar triste, feliz, tener hambre, etc) con expresión gestual.</p>	<p style="text-align: center;">20minutos</p>	
	<p>Jugar con el niño en una colchoneta, alfombra, sobre la hierba, sobre la arena, en compañía de una mascota con la finalidad que el pueda tocarla, palpar y sentir su suavidad, su calor y su figura y así poder experimentar emociones.</p>	<p style="text-align: center;">20minutos</p>	

PROGRAMA DE TERAPIA DE JUEGO Nro. 5

OBJETIVO: Reflejar sentimientos y emociones a través de la dactilo pintura con la finalidad de potenciar habilidades motrices.

TÉCNICA	ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DE TERAPIA DE JUEGO	TIEMPO APROXIMADO	RECURSOS
<p style="text-align: center;">Juego de descarga y de expresión emocional</p>	<p>Identificar el tipo de emoción que aparece en cada rostro con el juego del espejo mágico.</p>	<p style="text-align: center;">15 minutos</p>	<p>Espejo, hojas de las emociones en blanco y negro, acuarelas de color: rojo, amarillo y azul. Bolsas de plástico suaves, tubos de espuma. Piscina</p>
	<p>Entregar hojas de emociones al niño y que pinte con los dedos de acuerdo como se siente utilizando el significado de los colores: rojo: ira, amarillo: felicidad, azul: tristeza.</p>	<p style="text-align: center;">15 minutos</p>	
	<p>Juego libre: manipular bolsas de plástico suave, tubos de espuma, etc.</p>	<p style="text-align: center;">20 minutos</p>	
	<p>Incluir al niño en terapias de natación con la finalidad de liberar tensiones golpeando el agua, flotando, etc.</p>	<p style="text-align: center;">30 minutos</p>	

PROGRAMA DE TERAPIA DE JUEGO Nro. 6

OBJETIVO: Obtener imágenes de su interior y reproducirlas a través de los sentidos y afianzar la motricidad fina por medio del sentido del tacto.

TÉCNICA	ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DE TERAPIA DE JUEGO	TIEMPO APROXIMADO	RECURSOS
<p style="text-align: center;">Juego de visualización imaginativa</p>	<p>Inducir al niño(a) por parte del terapeuta a la utilización de la imaginación mediante imágenes sensoriales.</p>	<p style="text-align: center;">20minutos</p>	<p>Historias. Cuentos. Sonidos ematopellos.</p>
	<p>Vendarle los ojos al niño y hacer que toque un dibujo en 3D, luego pedirle que lo reproduzca con el dedo dibujando en una caja llena de harina y otra de arena.</p>	<p style="text-align: center;">30minutos</p>	<p>Arcilla Plastilina Arena Agua</p>
	<p>Adivinar objetos con los ojos cerrados solo con el tacto.</p>	<p style="text-align: center;">15minutos</p>	<p>Vendas Objetos.</p>

PROGRAMA DE TERAPIA DE JUEGO Nro. 7

OBJETIVO: Desarrollar nuevas habilidades a través de la expresión creativa.

TÉCNICA	ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DE TERAPIA DE JUEGO	TIEMPO APROXIMADO	RECURSOS
Juego de expresión creativa	Realizar con ayuda del maestro mascarás de yeso donde el niño será participe de habilidades y destrezas motrices.	20minutos	Agua, yeso, gasas, y bandeja.
	Desarrollar pintura abstracta a través de secuencias de imágenes indicadas por el maestro usando los dedos.	20minutos	Pintura de agua y lienso
	Colorear objetos de acuerdo a los que se nombre en un cuento.	15minutos	Hojas de papel, crayones, acuarelas, cuentos.
	Moldear figuras y objetos sencillos en plastilina.	15minutos	Plastilina

PROGRAMA DE TERAPIA DE JUEGO Nro. 8

OBJETIVO: Estimular la motricidad fina mediante el tacto y a travez del juego simbólico.

Técnica	ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DE TERAPIA DE JUEGO	TIEMPO APROXIMADO	RECURSOS
Juego proyectivo simbólico	Representación de personajes de ficción (superman, el hombre araña) personajes, oficios (cocineros, peluqueros, dentistas), objetos, (avión, moto, carro)	25minutos	Texturas: telas, lijas, algodón, etc.
	Conducir una llanta o pelota con las manos y emitir sonidos de un carro, moto, etc.	15minutos	Bandeja, agua y deja.
	Montamos una panadería y armamos la obra con panaderos, vendedores, compradores, etc. Hacemos que los niños hagan pan utilizando harina y agua.	25minutos	Coninas, platos, pan, agua, harina, bandejas, etc.

PROGRAMA DE TERAPIA DE JUEGO Nro. 9

OBJETIVO: Estimular al niño(a) el desarrollo de habilidades que requieren movimientos finos mediante la expresión dramática.

TÉCNICA	ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DE TERAPIA DE JUEGO	TIEMPO APROXIMADO	RECURSOS
<p style="text-align: center;">Expresión dramática</p>	<p>En un salón rodeado de espejos hacer que gateen los niños y pasen por diferentes texturas al gatear y en compañía de un cuento hacer que el niño ejecute acciones mirándose al espejo de acuerdo a lo que pide la historia.</p>	<p style="text-align: center;">25minutos</p>	<p>Espejos, diferentes texturas, cuentos.</p>
	<p>Montaje y representación de minos donde solo utilicen las manos y gestos para contar una historia.</p>	<p style="text-align: center;">15minutos</p>	<p>Ropa negra, guantes blancos, pintura para cara.</p>
	<p>Imitar a su mamá, papá, hermanos, tios, etc. Cuando van al mercado, al odontólogo, etc.</p>	<p style="text-align: center;">20minutos</p>	

PROGRAMA DE TERAPIA DE JUEGO Nro. 10

OBJETIVO: Estimular el desarrollo de la motricidad fina por medio de la música.

Técnica	ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DE TERAPIA DE JUEGO	TIEMPO APROXIMADO	RECURSOS
Expresión musical	Reconocimiento de sonidos agudos, graves, largos, cortos, suaves, fuertes, relacionándolos con movimientos corporales. Ejemplo: Suave: dormir, fuerte: despertar.	15minutos	Instrumentos musicales: pinano, tambor, flauta, pandereta, tropeta, etc.
	Dar al niño objetos que al apretarlos emitan sonidos y entreverar con otros que no imitan ningún sonido y hacer que ellos los busquen.	20minutos	Objetos que al presionarlos suenen.
	Emitir sonidos con las manos dando palmadas, con la boca, golpeando la mesa, golpenado una pandereta, un tambor, etc, con la finalidad de formar un banda musical y tocar a un solo compas.	15minutos	Pandereta, tambor, etc.
	Expresar movimientos con libres con el cuerpo al ritmo de la música.	15minutos	Grabadora, cds, musicales.

j. BIBLIOGRAFÍA

AGUIRRE Z, J. (2010). *La aventura del movimiento. Desarrollo psicomotor del niño de 0 a 6 años*. Pamplona. Universidad Pública de Navarra.

AJURIAGUERRA, J. (2011). *Manual de psiquiatría infantil. Actualizaciones en la Rehabilitación de la Parálisis Cerebral Infantil*. Madrid, España; Edición, TorayMasson.

AJURIAGUERRA, J. (2009) *Manual de psiquiatría infantil: Clasificación de la Parálisis Cerebral Infantil*. Madrid, España; Edición, TorayMasson.

AJURIAGUERRA, J. (2009) *Manual de psiquiatría infantil: Actualizaciones en la Rehabilitación de la Parálisis Cerebral Infantil*. Madrid, España; Edición, TorayMasson.

ANTORANZ, E.; Villalba, J. (2010). *Desarrollo cognitivo y motor: Grafomotricidad*. Edición Consuelo Clemente. Madrid. Editorial Editex S.A.

ARTIGAS, J.; Brun, C.; Lorente, I. (2009). *Deficiencia mental precedida de trastorno motor cerebral hipertónico transitorio*. Revista de Neurología, 70(5), 27-32.

ARTIGAS, J.; Brun, C.; Lorente, I. (2009). *Tratamiento para el niño y niña con parálisis cerebral infantil*. Revista de Neurología, 70(7), 45-53.

BEJARANO, A.; Gallardo y Rodríguez Arias. (2010). *Trastornos asociados con la parálisis cerebral*. Revista médica de Barcelona. 1(6). 30-45.

BEJARANO, A.; Gallardo y Rodríguez Arias. (2011). *Reflexiones éticas sobre la discapacidad y motricidad fina*. Revista médica de Barcelona. 1(6). 30-45.

BROWN, P. (2010). *La terapia de juego con los niños traumatizados: Un enfoque prescriptivo*. Hoboken, NJ: Wiley. Estados Unidos, New York.

CABA, A. (2010). *El retorno a la alegría. Manual de terapias lúdicas. Programa de recuperación para niños con parálisis cerebral*. Primera edición. República Dominicana. UNICEF.

CASTELLANOS, R. (2007). *Parálisis cerebral: características de la parálisis cerebral infantil*. Editorial N.A. Bogotá- Colombia.

CRATTY, B. (2010). *Desarrollo perceptual y motor en los niños: fases del desarrollo de las conductas manipulativas en los infantes*. Barcelona, Paidós. Taylor Publicaciones.

FERNÁNDEZ, A.E. (2011). *Neurología pediátrica*. 3era Edición. Buenos Aires, Argentina: Medica Panamericana.

GARCÍA, P.A. (2007). *Niños y niñas con parálisis cerebral: descripción, acción educativa e inserción social*. Serie Educación Especial. Madrid, España: Narcea, S.A. de Ediciones.

GESELL, A. (2012). *Guía para padres. El niño y su desarrollo en la motricidad fina*. Barcelona – España. Ediciones Paidós Ibérica.

JIMÉNEZ O. J. Obispo A. J. (2009). *La psicomotricidad de tu hijo/a: Cómo desarrollarla y mejorarla. La Tierra Hoy*. Barcelona, Paidós. Taylor Publicaciones.

LÓPEZ M. C. (2009). *Enciclopedia de la Psicología Océano. Motricidad fina*.

LÓPEZ de Bernal, M.E.; Arrango de Narvaez, M.T.; Infante de Ospina. *Juegos lúdicos de estimulación*. 8va Edición. Ediciones Gamma S.A. Bogota-Colombia.

RIGAL, R. (2011). *Educación motriz y educación psicomotriz en preescolar y primaria*. Primera edición. Barcelona, España. INDE Publicaciones.

ROSELL, C.; Camats, E.; Basil, C. (2010). *Alumnado con discapacidad motriz. Escuela inclusiva, alumnos distintos pero no diferentes*. Primera Edición. Barcelona, España. Editorial GRAO de IRIF S.I

SADURNI, B.M.; Rostan S.C.; Zerrat S.E. (2008). *Fases del Desarrollo de la motricidad fina de los niños pasó a paso*. Tercera Edición. Barcelona. Editorial UOC.

TWOMBLY E. M. y FINK G. (2008). *Etapas y actividades de aprendizaje de 0 a 5 años*. Madrid – España. Narcea, S.A. Ediciones.

WEST, J. (2007). *Terapia de juego centrada en el niño. Edición 2. El manual moderno*.

WINNICOTT, D. (2010). *Porque juegan los niños*. En el niño y el mundo externo. Cuarta edición. Buenos Aires. Lumen.

WINNICOTT, D. (2011). *Estimulación temprana para niños con parálisis cerebral: Terapia lúdica*. Buenos Aires. Paidós.

ZAPATA, O. (2009). *Juego y Aprendizaje Escolar: Actividades Lúdicas*. Editorial Pax, México.

Aguilar, J. 2012. *Ventajas de la terapia de juego*: <http://es.slideshare.net/jesus1319/ventajas-de-la-terapia-dejuego>

Piaget, Jean. 2008. *Etapas del desarrollo cognoscitivo*: <http://www.apuntesdepsicologia.com/etapasdel-desarrollo-cognoscitivo/terapia-del-juego.php>

Ruiz, Z.D. 2010. *La terapia lúdica: definición e importancia*: <http://ejugando1.blogspot.com/>

Fundación de la Niñez Primero. 2011. *Terapia lúdica para el desarrollo de niños con parálisis cerebral*: <http://ninezprimero.wordpress.com/2011/05/05/terapia-ludica-clave-para-el-desarrollo-de-los-ninos-con-capacidades-especiales/>

Biblioteca infantil. 2014. *Espacio adecuado para terapia lúdica en niños con parálisis cerebral infantil*: <http://www.cosasdelainfancia.com/biblioteca-juegos12.htm>

k. ANEXOS

ANEXO 1: PROYECTO DE TESIS



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

TEMA

LA TERAPIA LÚDICA Y EL DESARROLLO DE LA MOTRICIDAD FINA EN LOS NIÑOS Y NIÑAS CON PARALISIS CEREBRAL INFANTIL DE 7 - 10 AÑOS DE EDAD QUE ASISTEN AL CENTRO DE ATENCIÓN Y DESARROLLO DE NIÑOS/AS Y ADOLESCENTES ESPECIALES DE LA CIUDAD DE LOJA. PERÍODO FEBRERO- SEPTIEMBRE DE 2014.

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

AUTORA

Nydia Enriqueta Orellana Fierro

LOJA – ECUADOR

2014

a. TEMA

LA TERAPIA LÚDICA Y EL DESARROLLO DE LA MOTRICIDAD FINA EN LOS NIÑOS Y NIÑAS CON PARALISIS CEREBRAL INFANTIL DE 7 - 10 AÑOS DE EDAD QUE ASISTEN AL CENTRO DE ATENCIÓN Y DESARROLLO DE NIÑOS/AS Y ADOLESCENTES ESPECIALES DE LA CIUDAD DE LOJA. PERÍODO FEBRERO-SEPTIEMBRE DE 2014.

b. PROBLEMATICA

Uno de los principales problemas que enfrenta la sociedad actual a nivel mundial, es lo relacionado con la discapacidad o habilidades diferentes que presentan niños, jóvenes y adultos. A nivel mundial se calcula que uno de cada 800 niños tiene algún tipo de discapacidad, se da por igual en todas las razas, culturas y clases sociales.

La población mundial sufre de algún tipo de discapacidad, de los cuales entre 400 y 450 millones viven en los países en vías de desarrollo, hay más de 16 millones de discapacitados psíquicos y cerca de 50 millones de personas con algún grado de daño cerebral a nivel mundial. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2000).

Los niños o niñas que sufren deficiencias o discapacidades requieren de atención, protección y asistencia especial para asegurar una vida digna y gratificante, la estimación de la incidencia de discapacidades es difícil debido a que existen diferentes grados y formas de desventajas. El (14,2%) de los niños de los hogares más pobres a nivel mundial tiene deficiencias motriz, visual o auditiva, comparado con el (8,1%) de los niños de los hogares más ricos, sin embargo el reconocimiento de problemas cognitivos tiende a ser mayor en los hogares más ricos (19,9%) que en los pobres (17,5%).

La discapacidad en los niños y niñas son un problema de salud pública que compromete a toda la sociedad, en nuestro país más de uno de cada 10 niños muestra indicios de discapacidad, existe diferencias sociales en la incidencia de deficiencia motrices, auditivas o visuales tiende a ser mayor en el campo (14%) que en las ciudades (11,4%). En general, las discapacidades en los diferentes grupos tienen un mismo comportamiento en los diferentes tipos de deficiencias. CONADIS, Ecuador (2013).

En la ciudad de Loja La Misión Solidaria “Manuela Espejo” que estudia las discapacidades en el Ecuador, hizo público el informe de la investigación médico-científica-social efectuado en el año 2011, que develó a 10.574 personas con discapacidad, luego de visitar 40.079 hogares.

Según datos estadísticos del CONADIS “Loja es una de las provincias más afectadas por la discapacidad”, cuyos hogares presentan al menos una persona con discapacidad, cuya cifra sobrepasa al porcentaje nacional, más del 60% de personas con discapacidad son pobres.

En la actualidad en nuestra provincia existen alrededor de 77.698 personas que presentan discapacidad, es decir el 18.2% con algún tipo de patología, además se puede evidenciar que actualmente 9 personas con algún tipo de parálisis cerebral se encuentran de manera continua, es decir el 1 % de toda la población con discapacidad a nivel de Loja. (<http://www.conadis.gob.ec/>).

Las discapacidades que se presentan se enmarcan en físicas, sensoriales, intelectuales, motoras, de las cuales reside especial importancia la parálisis cerebral Infantil, que describe como “un grupo de trastornos del desarrollo psicomotor, que causan una limitación de la actividad de la persona, atribuida a problemas en el desarrollo cerebral del feto o del niño.

Los desórdenes psicomotrices de la parálisis cerebral están a menudo acompañados de problemas sensitivos, cognitivos, de comunicación y percepción, y en algunas ocasiones, de trastornos del comportamiento.

La Parálisis Cerebral Infantil es la primera causa de invalidez en la infancia. El niño que padece de este trastorno presenta afectaciones motrices que le impiden un desarrollo normal.

La psicomotricidad se encuentra afectada en gran medida, estando la relación entre razonamiento y movimiento alterado, y por ende el desarrollo de habilidades que se desprenden de esa relación.

La mayoría de los casos tienen posibilidades de rehabilitación teniendo en cuenta la magnitud del daño cerebral, la edad del niño, el grado de deficiencia intelectual, ataques epilépticos y otros problemas que puedan estar asociados.

El aspecto motor puede ser modificado de manera favorable si el tratamiento comienza en edades tempranas evitando retrasar aún más la adquisición y el aprendizaje de determinadas conductas motrices. SWEENEY JK, SWANSON M. (2011).

Una de las instituciones de la ciudad de Loja que se encarga de este tipo de población es el Centro de Atención y Desarrollo de Niños, Niñas y Adolescentes Especiales, en el que se proporcionan tratamientos como: Terapia Física, Psicomotricidad, Estimulación Temprana, Lenguaje, Hidroterapia e Hipoterapia, a los niños y niñas con diferentes categorías de excepcionalidad: deficiencia intelectual, síndrome de Down y parálisis cerebral según la información brindada por la Coordinadora de la institución Lic. María Isabel Tapia.

En dicho centro existe mayor incidencia y problemas en la población de niños, niñas y adolescentes la Parálisis Cerebral Infantil, la cual se encuentra asociada a algunas alteraciones que tienen que ver con la motricidad fina como: su coordinación viso manual, óculo manual, grafo perceptivo, habilidad manual y coordinación de diferentes movimientos de los grupos musculares pequeños con precisión (las manos y ojo); así como también se encuentra afectado su sistema nervioso central.

Se considera que la problemática o escasez en la utilización de la terapia lúdica de los educadores especiales para el desarrollo de la motricidad fina en los niños y niñas con parálisis cerebral infantil desembocan en bajo nivel educativo y terapéutico, debido a los bajos conocimientos sobre la terapia lúdica instrumento trascendente de aprendizaje y por ende una importante herramienta de educación para los niños con necesidades educativas especiales.

Por tal sería importante señalar que para tener un buen desarrollo de la motricidad fina, los docentes deben practicar constantemente una serie de actividades que necesitan de una precisión y un elevado nivel de coordinación.

Esto ha generado el interés por investigar el tema de importancia, la terapia lúdica y el desarrollo de la motricidad fina en los niños y niñas con parálisis cerebral infantil.

Por ello, se deben implementar las medidas y recursos de apoyo, de diverso tipo, que el niño o la niña requieren para aprender y participar con igualdad de oportunidades. Esto es de gran importancia, para que las dificultades que presente a causa de su déficit motor, tengan menor influencia en su proceso de aprendizaje.

La idea entonces, es identificar y minimizar los efectos negativos de aquellos elementos, denominados barreras, que pueden dificultar el éxito de dicho proceso. Asimismo efectuar una serie de acciones que permitan a las personas con dificultad un mejor desenvolvimiento en la sociedad.

Con el análisis de este problema permitirá brindar alternativas de solución a las dificultades que presentan los niños con parálisis cerebral lo que ha causado serios inconvenientes en los aspectos psicológico, social, cultural y familiar de cada uno de los niños y niñas que adolece esta problemática.

Por lo anotado es pertinente plantear la siguiente interrogante que constituye el problema central a investigar: **¿CÓMO INFLUYE LA TERAPIA LÚDICA Y EL DESARROLLO DE LA MOTRICIDAD FINA EN LOS NIÑOS Y NIÑAS CON PARALISIS CEREBRAL INFANTIL DE 7 - 10 AÑOS DE EDAD QUE ASISTEN AL CENTRO DE ATENCIÓN Y DESARROLLO DE NIÑOS/AS Y ADOLESCENTES ESPECIALES DE LA CIUDAD DE LOJA. PERÍODO FEBRERO- SEPTIEMBRE DE 2014?**

Además sería conveniente plantear las siguientes preguntas significativas:

¿Cuál es la edad del desarrollo de la motricidad fina de los niños y niñas con parálisis cerebral infantil?

¿Cuál es el tipo de técnica lúdica utilizada por los profesionales para el desarrollo de la motricidad fina?

c. JUSTIFICACIÓN

La Universidad Nacional de Loja, viene impulsando el desarrollo de la sociedad, promoviendo y poniendo en marcha su nuevo modelo de enseñanza aprendizaje, el cual tiene como finalidad formar un nuevo tipo de estudiante, el mismo debe ser crítico y propositivo para efectuar sus planteamientos y de esta manera contribuir a la solución de los problemas que aquejan a la sociedad en general.

Preocupados por el mejoramiento de la calidad de educación, y con el propósito de efectuar una investigación sobre la terapia lúdica y el desarrollo de la motricidad fina de los niños y niñas con parálisis cerebral infantil de 7 - 10 años de edad, que asisten al Centro de Atención y Desarrollo de Niños/as y Adolescentes Especiales, se ha creído necesario señalar que en la actualidad esta terapia ocupa un espacio muy importante en la enseñanza - aprendizaje de las personas con algún tipo de discapacidad y muy particularmente de los infantes con parálisis cerebral infantil.

Por consiguiente se ha considerado conveniente realizar dicho planteamiento en base a las siguientes razones:

En el ámbito Institucional.- la Universidad Nacional de Loja viene impulsando la investigación como tarea importante en la formación del estudiante y contempla como requisito previo a la obtención del título de Licenciatura en Psicorrehabilitación y Educación Especial.

Ámbito educativo.- se justifica plenamente en la práctica profesional contribuyendo al conocimiento sistemático de las problemáticas de nuestra sociedad y específicamente de aquellas que se refieren al campo educativo con una acción - participación que involucre a estudiantes y a la población con alguna discapacidad, y especialmente a las personas con parálisis cerebral infantil, poniendo en práctica nuestros

conocimientos recibidos en la Universidad Nacional de Loja y así poder brindar una propuesta alternativa para el trabajo con niños y niñas con parálisis cerebral infantil mediante la terapia lúdica para el desarrollo de la psicomotricidad y obtener un mejor desenvolvimiento personal, social e inclusive laboral.

En el ámbito social.- Permitirá mejorar las condiciones y calidad de vida de los niños/as que presenta parálisis cerebral infantil y ser incluidos en la sociedad gozando de los mismos derechos y de esta manera participar activamente en la sociedad como ciudadanos de pleno derecho, siendo aceptados desde la familia y en el entorno cotidiano, incorporándose en diferentes ámbitos sociales, recreativos y de integración en general.

d. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Analizar la influencia de la Terapia Lúdica en la Motricidad Fina de los niños y niñas de 7 -10 años de edad con parálisis cerebral Infantil que asisten al Centro de Atención y Desarrollo de niños/as y adolescentes Especiales de la Ciudad de Loja.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ❖ Establecer la edad del desarrollo de la motricidad fina de los niños y niñas de 7 -10 años de edad con parálisis cerebral Infantil.
- ❖ Determinar el tipo de técnica lúdica utilizada por los profesionales del Centro de Atención y Desarrollo de niños/as y adolescentes Especiales para el desarrollo de la psicomotricidad fina.
- ❖ Elaborar un plan de terapia lúdica para el mejoramiento de la motricidad fina en los niños y niñas entre 7 -10 años de edad con Parálisis Cerebral Infantil que asisten al Centro de Atención y Desarrollo de niños/as y adolescentes Especiales de la ciudad de Loja,

e. MARCO TEÓRICO

ESQUEMA DE CONTENIDOS

1. PARALISIS CEREBRAL

1.1. DEFINICIÓN

1.2. CARACTERÍSTICAS DE LA PARALISIS CEREBRAL

1.3. CAUSAS

1.3.1. Causas Prenatales

1.3.2. Causas Perinatales

1.3.3. Causas Posnatales

1.4. CLASIFICACION DE LA PARALISIS CEREBRAL

1.4.1. Efectos Funcionales

1.4.2. Topografía Corporal

1.4.3. Según el Tono Muscular

1.4.4. Otros trastornos asociados o no

1.5. PRINCIPIOS DE TRATAMIENTO

2. MOTRICIDAD FINA

2.1. Definición de la motricidad fina

2.2. ACCIONES DE LA MOTRICIDAD FINA

2.2.1. La Toma

2.2.2. Presión

2.2.3. Soltar

2.2.4. Grafo-motricidad

2.2.4.1. Uso del lápiz

2.2.4.2. Garabateo y dibujo

2.2.4.3. Distinción y fluidez de movimientos finos

2.3. DESARROLLO DE LA MOTRICIDAD FINA.

2.3.1. Fases del desarrollo de la motricidad fina

2.4. DEFICIENCIA MOTRIZ

2.4.1. PRINCIPALES DIFICULTADES DE LA DEFICIENCIA MOTRIZ

2.4.1.1 Dispraxias

2.4.1.2. Debilidad motriz

2.4.1.3. Digrafías

2.5. Principales causas de alteraciones motrices

2.6. Accesibilidad de las personas con deficiencia motriz

2.7. Proceso de rehabilitación para los problemas de la psicomotricidad.

2.7.1. Terapia de psicomotricidad en base a la rehabilitación.

3. TERAPIA LÚDICA

3.1. Definición de la terapia lúdica.

3.2. Beneficios de la terapia lúdica.

3.3. Terapia lúdica para el mejoramiento de la motricidad fina en niños con parálisis cerebral infantil.

3.4. La terapia lúdica en la estimulación temprana de los niños con parálisis cerebral infantil.

3.5. Fines de la terapia lúdica en el desarrollo del niño y niña con parálisis cerebral infantil.

- 3.6. Leyes o principios de la educación en la terapia lúdica de los niños.
- 3.7. Objetivos de las actividades y juegos en los niños con parálisis cerebral infantil.
- 3.8. Técnicas para el desarrollo del juego y actividades del niño con parálisis cerebral infantil.
- 3.9. Actividades y juegos para desarrollar la motricidad fina en los niños con parálisis cerebral infantil
- 3.10. Rincones con ayuda del maestro
- 3.11. Técnicas para desarrollar la terapia lúdica.

1. PARÁLISIS CEREBRAL

1.1 Definición

La definición de Parálisis cerebral más ampliamente aceptada y más precisa es la de un "trastorno del tono postural y del movimiento, de carácter persistente (pero no invariable), secundario a una agresión no progresiva a un cerebro inmaduro.

La lesión es estacionaria e interfiere con la coordinación normal, incapacidad para mantener la postura normal y realización del movimiento. Al impedimento motor se asocia frecuentemente disturbios: sensorial, retardo mental y/o epilepsia. FERNÁNDEZ, E. (2011).

1.2. Características de la parálisis cerebral

- Los trastornos son debidos a una lesión cerebral (encéfalo) que interfiere en el desarrollo normal del niño. Se produce en el primer año de vida, o incluso en el período de gestación, y puede ocurrir hasta los cinco años.
- Se distingue por el daño dominante de las funciones motrices, el cual afecta al tono, a la postura y al movimiento.
- La lesión no es evolutiva pero sus consecuencias pueden variar en el niño. Los trastornos motores afectan a la mayoría de los casos a los órganos bucos fonadores y dificultan el desarrollo de la alimentación y el habla. GARCÍA, A. (2007).

1.3. Causas

Las causas que producen la parálisis cerebral van a depender y a variar de un caso a otro, por tanto no puede ni debe atribuirse a un factor único, aunque todos desarrollan como determinante común, la deficiente maduración del sistema nervioso central.

La parálisis cerebral puede producirse tanto en el período prenatal como perinatal o postnatal, teniendo el límite de manifestación transcurridos los cinco primeros años de vida. GARCÍA, A. (2007).

1.3.1.Causas prenatales

- a. Anoxia prenatal. (Circulares al cuello, patologías placentarias o del cordón).
- b. Hemorragia cerebral prenatal.
- c. Infección prenatal. (Toxoplasmosis, rubéola, etc.).
- d. Factor Rh (Incompatibilidad madre-feto).
- e. Exposición a radiaciones.
- f. Ingestión de drogas o tóxicos durante el embarazo
- g. Desnutrición materna (Anemia).
- h. Amenaza de aborto.
- i. Tomar medicamentos contraindicados por el médico.
- j. Madre añosa o demasiado joven. GARCÍA, A. (2007).

1.3.2.Causas perinatales

Son las más conocidas y de mayor incidencia, afecta al 90 % de los casos.

- a) Prematuridad.
- b) Bajo peso al nacer.
- c) Hipoxia perinatal.
- d) Trauma físico directo durante el parto.
- e) Mal uso y aplicación de instrumentos (fórceps)
- f) Placenta previa o desprendimiento.

- g) Parto prolongado y/o difícil.
- h) Presentación pelviana con retención de cabeza.
- i) Asfixia por circulares al cuello (anoxia).
- j) Cianosis al nacer.
- k) Bronco aspiración. GARCÍA, A. (2007).

1.3.3.Causas posnatales

- a) Traumatismos craneales.
- b) Infecciones (meningitis, meningoencefalitis, etc.).
- c) Intoxicaciones (plomo, arsénico)
- d) Accidentes vasculares
- e) Epilepsia.
- f) Fiebres altas con convulsiones
- g) Accidentes por descargas eléctricas.
- h) Encefalopatía por anoxia. GARCÍA, A. (2007).

1.4. Clasificación de la parálisis cerebral

Podemos establecer distintas clasificaciones basándonos en:

1.4.1.Efectos Funcionales

Según donde se localice la lesión cerebral se clasifican en:

- Espástico: este es el grupo más grande; alrededor del 75% de las personas con dicha discapacidad presentan espasticidad, es decir, notable rigidez de movimientos,

incapacidad para relajar los músculos, por lesión de la corteza cerebral que afecta los centros motores.

Los síntomas más frecuentes son: hipertonía, hiperreflexia e hiperflexión.

La lesión está localizada en el haz piramidal.

- **Atetósico:** en esta situación, la persona presenta frecuentes movimientos involuntarios que interfieren con los movimientos normales del cuerpo. Se producen por lo común, movimientos de contorsión de las extremidades, de la cara y la lengua, gestos, muecas y torpeza al hablar. Las afecciones en la audición son bastante comunes en este grupo, que interfieren con el desarrollo del lenguaje.

La lesión de los ganglios basales del cerebro parece ser la causa de esta condición. Menos del 10% de las personas con parálisis cerebral muestran atetosis. La lesión está localizada en el haz extra piramidal.

- **Atáxico:** en esta condición la persona presenta mal equilibrio corporal y una marcha insegura, y dificultades en la coordinación y control de las manos y de los ojos.

La lesión del cerebro es la causa de este tipo de parálisis cerebral, relativamente rara. La lesión está localizada en el cerebelo.

- **Formas mixtas:** es raro encontrar casos puros de espasticidad, de atetosis o de ataxia.

Lo frecuente es que se presente una combinación de ellas. AJURIAGUERRA, J. (2009).

1.4.2. Topografía corporal

La topografía corporal indica cual es la parte del cuerpo afectada y por ende la ausencia de movimiento que existe, entre estas encontramos:

- a. Cuadriplejía: Están afectados los cuatro miembros.
- b. Tetraplejía: Afectación global incluyendo tronco y las cuatro extremidades con un predominio de afectación en miembros superiores.
- c. Triplejía: Afectación de las extremidades inferiores y una superior.
- d. Diplejía: Afectación de las cuatro extremidades con predominio en extremidades inferiores.
- e. Hemiplejía: Está tomado un solo lado del cuerpo (hemicuerpo), y dentro de este el más afectado es el miembro superior.
- f. Doble hemiplejía: Cuando existe una afectación de las cuatro extremidades, pero mucho más evidente en un hemicuerpo, comportándose funcionalmente como una hemiparesia.
- g. Paraplejía: Son muy poco frecuentes, se afectan solo los miembros inferiores.
- h. Monoplejía: Se afecta un solo miembro (brazo o pierna), estos casos son poco comunes. AJURIAGUERRA, J. (2009).

1.4.3. Según el tono muscular

- Isotónico: tono normal.
- Hipertónico: tono incrementado.
- Hipotónico: tono disminuido.
- Variable: tono inconsistente (distonia y espasticidad). AJURIAGUERRA, J. (2009).

1.4.4. Otros trastornos médicos asociados o no

- Retraso mental: Dos tercios del total de los pacientes. Es lo más frecuente en niños con cuadriplejía espástica.
- Problemas de aprendizaje.
- Anormalidades oftalmológicas (estrabismo, ambliopía, nistagmo, errores de refracción).
- Déficit auditivo.
- Trastornos de comunicación.
- Ataques convulsivos: una tercera parte del total de los pacientes; se observa con más frecuencia en niños con Hemiplejía espástica.
- Deficiencia del desarrollo.
- Reflujo gastroesofágico.
- Problemas emocionales y de comportamiento (en especial, déficit de atención con hiperactividad, depresión).
- Dificultades para alimentarse, falta de control de los intestinos o vejiga y problemas para respirar (debido a problemas de postura).
- Problemas de la piel (llagas de presión).
- Pubertad precoz

No todos estos trastornos tienen que darse en todos los casos, ni de forma simultánea. BEJARANO, A. (2010).

1.5. Principios de tratamiento

En el proceso de rehabilitación se deben tener en cuenta determinados factores para el cumplimiento de los objetivos. Dentro de estos encontramos los principios básicos de la rehabilitación:

- a. Prevenir la de-privación sensorial.
- b. Promover la participación activa.
- c. Repetir con y sin variaciones.

- d. Lograr que se comprenda la utilidad.
- e. Lograr la plena motivación.
- f. "Forzar" el proceso.
- g. Seguir la ley del desarrollo cérico-céfalo-caudal.
- h. Tener presente que la integración subcortical precede a la integración cortical.
- i. Manejar bien la facilitación-inhibición.
- j. Tener paciencia y brindar una atención sensible y afectuosa. ARTIGAS, A. (2009).

2. MOTRICIDAD FINA

La Motricidad es la capacidad del hombre y los animales de generar movimiento por sí mismos.

Tiene que existir una adecuada coordinación y sincronización entre todas las estructuras que intervienen en el movimiento del sistema nervioso, órganos de los sentidos y sistema musculo esquelético.

Las habilidades que involucran distinción y fluidez de movimientos finos, los cuales involucran movimientos de deslizamiento de antebrazo y mano, cuando no existe esta conexión correcta puede evidenciarse una mala coordinación, torpeza motriz, independencia motriz y coordinación viso motriz etc. RIGAL, R. (2011).

2.1. Definición de motricidad fina

La motricidad fina, micro-motricidad o motricidad de la pinza digital tiene relación con la habilidad motriz de las manos y los dedos. Es la movilidad de las manos centrada en tareas como el manejo de las cosas; orientada a la capacidad motora para la

manipulación de los objetos, para la creación de nuevas figuras y formas, y el perfeccionamiento de la habilidad manual. MESONERO. A. (2010).

Existen cuatro fases que implican el desarrollo de conductas manipulativas:

Primera fase.- el infante se siente atraído por los objetos y sus propias manos.

Segunda fase.- manifiesta excitación motriz general como una reacción específica al objeto ya que todavía no puede cogerlo.

Tercera fase.- el contacto y manipulación es más precisa.

Cuarta fase.- la evolución va hacia operaciones cognitivas, a medida que se desarrolla el lenguaje durante la última parte del segundo año, los niños empiezan a dar nombre a los objetos. CRATTY (2010).

2.2. Acciones de la motricidad fina

Las acciones de la motricidad fina tienen como finalidad adquirir destrezas y habilidades en los movimientos de las manos y dedos. WILLIAMS, B. (2012).

Se desarrolla con la práctica de múltiples acciones como:

2.2.1. La Toma

La acción de “tomar” se refiere al proceso que tiene el cuerpo para proceder al contacto con los objetos.

Los cambios progresivos en los modos de tomar los objetos evidencian la tendencia próximo distal del desarrollo, sostiene que las primeras afirmaciones están caracterizadas por un torpe funcionamiento del brazo y la mano, mientras que las aproximaciones posteriores revelan un brazo bien coordinado y un órgano prensil perfectamente desarrollado.

Los primeros movimientos de toma normalmente tienen lugar en la posición supina, más tarde en posición sedente; la toma consiste en una serie de movimientos laterales discontinuos del brazo, deslizando y haciendo movimientos circulares con la mano sobre una superficie plana, produciendo movimientos claros, dándose así la primera relación entre la vista y la mano. A los cinco años el niño y la niña extienden el brazo y flexionan el tronco de forma armoniosa y coordinada, el tronco se inclina ligeramente y la cabeza permanece erguida. A los seis años ya logran una mayor velocidad y seguridad en los movimientos del brazo. WILLIAMS, B. (2012).

2.2.2. Presión

Es la capacidad de coger objetos con la mano, sostiene que la presión es considerada una de las actividades humanas más complejas, cuyo desarrollo sigue un orden cronológico.

La presión aparece como conducta refleja, donde el infante al cerrar la mano en respuesta a una ligera presión realizada por la palma a manera de un estímulo, logrando así tomar objetos de forma involuntaria.

Los niños cuando generan presión lo hacen acercándose al objeto, esto con movimientos laterales del brazo. La presión es realizada con ayuda de tres o cuatro dedos y la palma, luego interviene el codo para aproximarse al objeto, aunque es el hombro el mayor responsable del acercamiento; toman objetos pequeños colocándolos entre la yema del pulgar y la articulación del dedo índice y objetos

medianos utilizando los últimos cuatro dedos de la mano y el pulgar de torpe. Cuando el niño es capaz de llevar a cabo una exploración más precisa del medio como coger objetos más pequeños o más finos, manipular objetos con cavidades o agujeros que les permitan un mayor control en la utilización del índice y todos los dedos, y con el aumento de la fuerza muscular serán capaces de colocar, arrancar, transportar, etc.

La utilización de la pinza constituye la base de la realización de acciones más complejas que permiten satisfacer las necesidades de exploración y las de la vida social como son: aprender a usar la cuchara, tomar el lápiz, atarse los zapatos, etc. WILLIAMS, B. (2012).

2.2.3. Soltar

Una de las actividades prensiles más difíciles de dominar en los primeros años es el soltar voluntario. Los progresos de ésta capacidad se observan en actividades como es la construcción de torres, depósito de objetos pequeños dentro de orificios de frascos.

Durante los cuatro años al construir; los infantes tienen mayor seguridad en la mano y precisión al soltar los objetos; los toman de tal forma que los objetos no obstruyen la vista, no ejercen presión sobre los cubos, de tal forma que la construcción de torres lo realizan con gran destreza, ya no intervienen ambas manos al momento de construir sino las usan independientemente. Los niños y las niñas a los cinco años de edad son capaces de apilar objetos con gran velocidad, destreza y precisión. WILLIAMS, B. (2012).

2.2.4. Grafo-motricidad

Es una práctica psicomotriz para la enseñanza de la escritura. Sirve de base para adquirir dominio de los movimientos y hacer madurar las neuronas de la percepción espacial.

El control de su motricidad manual orientado hacia la grafía, hace que se produzcan diferentes momentos de estimulación cognitiva: percepción espacial, (trayectorias, distancias, direccionalidad); coordinación viso-manual, fluidez y armonía del tono muscular; dominio segmentario.

Gracias a estas prácticas, el niño consigue habilidades motoras que le permiten el trazo de grafías orientadas al control de la escritura. ANTORANZ, E. (2010).

2.2.4.1. Uso del lápiz

La pauta de la madurez motriz alcanzada por un niño está dada por la manera en que usa los objetos como útiles o herramientas, siendo el lápiz uno de los más reveladores del desarrollo.

El niño de cuatro años representa la etapa de transición en la toma del lápiz, el niño los sujetan colocando el índice y el medio en el lado opuesto al pulgar con la yema de los mismos cerca de la punta, utilizan la mano libre para acomodar el papel, mientras que con la otra mano sujetan el lápiz firmemente moviéndolo por medio de la flexión y extensión de los dedos y en ocasiones con movimientos de muñeca. A los cinco años son expertos en el manejo del lápiz lo hacen con precisión, pueden realizar trazos en una superficie pequeña y logran control y rapidez en sus dedos. ANTORANZ, E. (2010).

2.2.4.2. Garabateo y dibujo

Los niños y niñas responden a un simple placer motor, todo empieza con la utilización de objetos con ayuda de sus manos, sobre todo aquellos que dejan una huella, se interesan por marcar en distintas formas toda la superficie que tengan alcance como paredes, mesas, etc., con materiales como crayones, lápices de colores, pinturas y demás.

Las primeras manifestaciones de garabateo aparecen a través de movimientos impulsivos, rápidos y sin control de todo el brazo. A los cuatro años pueden trazar círculos, rectángulos y cuadrados, éstos dos últimos con ángulos redondeados. Ponce y Burbano aclaran que los niños son incapaces de hacer trazos oblicuos por lo que no pueden dibujar triángulos. Sostienen que los niños y niñas suelen nombrar las cosas antes de dibujar, observándose claramente la intencionalidad y representación del dibujo. A los cinco años realizan trazos de líneas verticales hacia abajo, horizontales de izquierda a derecha y oblicuas hacia abajo, trazan cuadrados más exactos con ángulos más precisos. ANTORANZ, E. (2010).

2.2.4.3. Distinción y fluidez de movimientos finos

Las habilidades que involucran distinción y fluidez de movimientos finos son aquellas que involucran movimientos de deslizamiento del antebrazo y la mano, la inhibición de movimientos finos y la coordinación ojo-mano que favorecen a los movimientos gráficos. ANTORANZ, E. (2010).

2.3. DESARROLLO DE LA MOTRICIDAD FINA

La motricidad fina se refiere a la habilidad de coordinar diferentes movimientos de grupos musculares pequeños con precisión, por ejemplo entre las manos y los ojos. Precisa de desarrollo muscular y del sistema nervioso central.

A pesar de que los bebés recién nacidos mueven sus brazos y manos, dichos movimientos son reflejos de su cuerpo y no son movimientos intencionados.

El desarrollo de la motricidad fina es muy importante para experimentar con el entorno y está muy relacionada con el incremento de inteligencia. SADURNI, B. (2008).

2.3.1. Fases del desarrollo de la motricidad fina

Infancia (de 0 a 12 meses)

Las manos del bebé están cerradas gran parte del tiempo y, como ocurre con el resto de partes de su cuerpo, tiene escaso control sobre ellas.

Si se coloca un objeto en la palma de su mano, el bebé cerrará su mano apretando (se trata de una acción inconsciente llamada el reflejo Darwinista) y lo sujetará. Al de poco, los músculos de la mano quedarán relajados y soltará el objeto.

A partir de las dos semanas, el recién nacido puede comenzar a prestar atención a los objetos que atraen su atención, pero aún no pueden cogerlos.

Después de las 8 semanas, los bebés empiezan a descubrir y mover sus manos. Primeramente, con intención de experimentar el sentido del tacto, más tarde, haciendo uso también del sentido de la vista. En esta fase, el bebé no puede coger objetos deliberadamente.

La coordinación denominada “ojo-mano” empieza a desarrollarse entre los 2 y 4 meses. En esta faceta, el bebé inicia un periodo de aprendizaje en el que intenta coger objetos que ve.

A partir de los 4 o 5 meses, las mayores partes de los bebés pueden coger juguetes y objetos que se encuentran a su alcance con solamente mirarlos y sin la necesidad de ver dónde tiene sus manos. Éste objetivo es una importante base para el desarrollo de la motricidad fina.

Muchos bebés a partir de los 6 meses son capaces de coger, no sin cierta torpeza, durante poco tiempo juguetes y objetos fácilmente. También empiezan a golpearlos.

En esta fase a los bebés les gusta coger pequeños objetos y llevárselos a la boca. Tratan de coger toda clase de objetos, incluso los que no pueden coger, por ejemplo una hoja.

También gustan de explorar –tocando y/o empujando a veces- juguetes (por ejemplo pelotas o sonajeros) antes de cogerlos.

Uno de los avances más significativos del bebé en la motricidad fina es cuando logra usar los dedos a modo de pinza o tenazas con los dedos pulgar e índice. Suele ser habitual entre los 12 y 15 meses.

Al principio, los bebés solo son capaces de coger juguetes por un solo lado usando la palma de la mano y cerrando sus dedos, es lo que se denomina “agarre palmar”, el cual, dificulta la sujeción y manipulación del objeto.

Con la edad de 8 a 10 meses, los bebés empiezan a agarrar objetos y juguetes con los dedos con cierta dificultad, empujando los 4 dedos contra el pulgar.

La capacidad de agarrar objetos con el dedo pulgar e índice permite al bebé coger, manipular y dejar caer deliberadamente objetos al suelo. SADURNI, B. (2008).

Infancia de 1 a 3 años

Los niños de esta edad gatean y empiezan a manipular objetos de manera más sofisticada. Tienen habilidad para marcar las teclas del teléfono, tirar de cuerdas, pasar las páginas de un cuento o libro.

Desarrollan la denominada lateralidad de la mano derecha o izquierda y comienzan a explorar juguetes y objetos a la vez que los nombran.

Cuando dibujan ya no hacen sólo garabatos, empiezan a tener destreza para hacer círculos o cuadrados.

Pueden doblar un folio hoja de papel por la mitad.

Saben jugar con plastilina y sacar objetos de envoltorios.

Infancia de 3 a 4 años

En esta etapa los niños se encuentran ante tareas más difíciles como utilizar cubiertos para comer o atarse los cordones de los zapatos. Es un gran reto para ellos porque el sistema nervioso no ha madurado lo suficiente para poder enviar mensajes complejos desde el cerebro hasta los dedos.

Además de esto, los músculos que son pequeños se cansan con más facilidad que los grandes. Cabe señalar que la motricidad gruesa precisa más energía que la motricidad fina, pero ésta requiere paciencia que a esta edad no es algo que abunde. Esto explica porque hay diferencia entre el desarrollo de la motricidad gruesa y la motricidad fina a esta edad.

Un niño con 3 años puede tener cierto control con pinturas y dibujar un círculo o personas, pero lo hará de manera simple.

Los niños de 4 años pueden usar tijeras, escribir letras, dibujar diversas formas geométricas, atarse los botones grandes de la ropa, realizar figuras de plastilina, escribir su nombre en mayúsculas.

Infancia a los 5 años

Con esta edad la mayor parte de los niños han avanzado mucho en la motricidad fina.

Ahora son capaces de dibujar personas con su mano preferida con más detalle, teniendo en cuenta detalles faciales, color de pelo, sexo...

Pueden cortar y pegar figuras: bebés, cuerpo, habilidades, manos, movimientos, músculos, niños, ojos. SADURNI, B. (2008).

2.4. DEFICIENCIA MOTRIZ

2.4.1. PRINCIPALES DIFICULTADES DE LA DEFICIENCIA MOTRIZ

2.4.1.1. Dispraxias

Las dispraxias suelen caracterizarse por alteraciones en el esquema corporal, lo que causa en los niños incapacidad o dificultad para realizar gestos sencillos encadenados y, especialmente, para repetir secuencias rítmicas.

Las dispraxias que interesan en la población normal son las llamadas dispraxias evolutivas, que responden más a una alteración del sistema, que a la desintegración de una función.

En cuanto al enfoque terapéutico hay diversidad de opciones; unos autores consideran que la terapia psicomotriz y la ayuda pedagógica son indispensables que a menudo recomiendan psicoterapia. ROSELL C. (2010).

2.4.1.2. Debilidad motriz

“Este término fue definido como un conjunto de manifestaciones: torpeza de la movilidad voluntaria, paratonía (imposibilidad o dificultad extrema para obtener una relajación activa) y sincinesias (movimientos parásitos difusos, implicando grupos musculares normalmente no afectados por un determinado gesto)”. ROSELL C. (2010).

2.4.1.3. Digrafías

La digrafía consiste en una escritura defectuosa sin que haya un déficit neurológico ni una deficiencia intelectual que lo justifique. Los niños disgráficos escriben lentamente y de forma ilegible por lo que su ritmo escolar rápidamente queda retrasado, aunque su inteligencia sea normal.

La realización de la escritura supone una fina organización de movimientos en los que se debe considerar la implicación de aspectos madurativos y de aprendizaje.

El estudio de la escritura tendrá en cuenta los siguientes componentes: motores: la fuerza, coordinación, rapidez, ritmo y forma de movimientos espaciales: se realiza en un espacio definido y se copian o ejecutan de forma que tienen una determinada orientación, emotivos-afectivos: el niño pasa del garabateo libre y lúdico a una inhibición de movimientos o economía de gestos que se traducirán en unas formas concretas, para lo que necesitará una estabilidad emotiva-afectiva.

La evolución de la escritura supone la integración de la organización motora, de la acción simbólica y gestual y del conocimiento del valor simbólico del acto gráfico. ROSELL C. (2010).

2.5. PRINCIPALES CAUSAS DE ALTERACIONES MOTRICES

Causas prenatales

Aquellas que se adquieren antes del nacimiento, durante el embarazo. Existen varias causas, algunas de ellas se deben a enfermedades infecciosas o metabólicas que puede tener la madre durante el embarazo, por incompatibilidad de los componentes sanguíneos de los padres, etc.

Causas perinatales

Aquellas que aparecen en el mismo momento de nacer. Hay varias como en el caso anterior y alguno de estos ejemplos pueden ser la falta de oxígeno prolongada o la obstrucción de las vías respiratorias, daños en el cerebro en el momento del parto (daño con el fórceps, por ejemplo), la prematuridad del bebé, etc.

Causas posnatales

Aquellas que aparecen una vez que el bebé ya ha nacido. Estas pueden ser de índole diferente, como por ejemplo, que el niño se contagie de enfermedades como la meningitis, que sufra alguna hemorragia cerebral, trombos, etc.

Para evitar este tipo de enfermedades se recomienda extremar los cuidados higiénicos y ambientales durante el embarazo, el parto y durante las primeras etapas evolutivas del niño. De ahí que la higiene adquiera un plano muy importante dentro de los cuidados del bebé. VACLAV, V. (2009).

2.6. Accesibilidad de las personas con deficiencia motriz

Para mejorar la accesibilidad, en los establecimientos destinados a un uso público se deben tener en cuenta una serie de aspectos físicos pensando en la gente con deficiencias motrices:

Acceso a la entrada: se deben evitar los desniveles, sin embargo si éstos existen, se debe contar con una rampa de una inclinación máxima del 8% y una anchura mínima de 9 dm de material antideslizante. Además es conveniente que vaya acompañada de una barandilla para personas ambulantes.

Puertas: la anchura mínima de la puerta ha de ser de 9dm, además ha de ir acompañada de una manilla en forma de palanca o de una barra horizontal que se accione presionando.

Pasillos y escaleras: será necesaria la instalación de pasamanos redondeados, separados 4 cm y colocados a dos alturas para poder ser utilizados por personas con marcha inestable y de diferentes edades.

Baño: debe ser lo suficientemente ancho y amplio para que pueda acceder una silla de rueda.

Además se debe disponer de barras de apoyo que faciliten el control del movimiento. Por otro lado el suelo ha de ser antideslizante, los sanitarios y accesorios deben estar a la altura de una silla de ruedas y la grifería ha de ser de fácil manejo.

Interruptores: los enchufes e interruptores de la luz han de estar situados a la altura suficiente para que se pueda acceder a ellos desde una silla de ruedas.

Cabinas de teléfono: deben haber de la altura para acceder desde una silla de ruedas. ESCOBAR, G. (2010).

2.7. Proceso de rehabilitación para los problemas de la psicomotricidad

El principio básico del método es la rehabilitación psicomotricidad. A través de ella se intenta llegar a la creación de patrones de movimiento lo más aproximados posibles al normal.

El método se ayuda de la Terapia Ocupacional, de la Traumatología y de otras técnicas en fisioterapia, para conseguir el mejor resultado en la rehabilitación de los trastornos motores.

Entre los recursos fisioterapéuticos que se emplean en el método, destacamos los siguientes:

1. “Masaje”, aplicado a los músculos espásticos y débiles.
2. “Movimientos pasivos”, para producir relajación de los músculos y enviar sensaciones cinestésicas al cerebro intentando una representación cortical del movimiento.
3. “Movimientos activos con ayuda”, se enseña la forma correcta de hacer el movimiento.
4. “Movimientos activos”, realizados por el propio paciente, sin ayuda.
5. “Movimientos contra-resistencia”, para mejorar la función muscular.
6. “Movimientos condicionados”, Phelps daba mucha importancia a estos movimientos, de los cuales esperaba encontrar nuevas vías y conexiones funcionales en la estructura del sistema nervioso central. Se realizan siguiendo los principios de Paulov, combinando un estímulo condicionado.

7. "Movimientos combinados", se realizan mediante la movilización de dos o más articulaciones simultáneamente: flexión de dedos con supinación del antebrazo.
8. "Reposo".
9. "Relajación, mediante un proceso activo de inhibición voluntaria de la contracción muscular.
10. "Movimientos partiendo de la relajación"
11. "Equilibrio".
12. "Movimientos recíprocos", para la creación de movimientos alternantes en las extremidades inferiores.
13. "Prehensión", para entrenar a la mano en la captura y suelta de objetos.

Los distintos programas de ejercicios se aplican según el tipo de paciente, habiendo más ejercicios indicados para niños atetósicos y otros dirigidos a espásticos u otros problemas de rigidez. RAIMOND, P. (2010).

2.7.1. Terapia de psicomotricidad en base a la rehabilitación

Este tratamiento ha sido practicado desde tiempos remotos. En las antiguas civilizaciones que bordeaban el mar Mediterráneo se acostumbraba someterse a un tratamiento de todo el cuerpo luego de ejercitarse y bañarse. Hoy sabemos que con esto conseguían que el ejercicio no sólo fuera más efectivo sino que el tiempo tomado para recuperarse del cansancio producido por el ejercicio fuera menor y que disminuyeran las lesiones.

En el sector Terapéutico, el juego se involucra bien como un medio en el proceso de rehabilitación - bien sea físico, social y/o mental-, o como un complemento en cuanto a alternativa de utilización de tiempo libre ampliado de que disponen las personas sometidas a dicho proceso. Considerando el carácter integral del hombre, el cual como totalidad integrada por sus esferas físicas, social y mental es quien se recrea, la aplicación del juego en el proceso terapéutico estará signada no sólo por su

contribución a la rehabilitación de la esfera afectada por la patología originaria, sino que prevendrá y solucionará posibles patologías accesorias en otras esferas.

De allí su potencial no solo en procesos de rehabilitación física, sino igualmente de rehabilitación social y mental. GÓMEZ, J. (2008).

¿Por qué la rehabilitación psicomotriz tiene estos efectos? Cuando nuestros músculos se encuentran tensos o han sido sometidos a demasiado esfuerzo acumulan sustancias de desecho que causan dolor, rigidez, e incluso, espasmos musculares. Al incrementar la circulación hacia y desde los músculos, esta terapia acelera la eliminación de estas sustancias tóxicas y dañinas. A la vez, hace que llegue sangre y oxígeno fresco a los tejidos con lo que se aligera el proceso de recuperación de lesiones y de numerosas enfermedades.

Pero esto es sólo el comienzo. A partir de los últimos quince años se ha acumulado una gran cantidad de evidencia que demuestra que el masaje posee una impresionante lista de beneficios tanto para la salud de nuestro cuerpo como de nuestra mente. Esto incluso en áreas que muchos ni siquiera sospechaban. Veamos:

- La salud de nuestro organismo depende de la salud de nuestras células. Las células a su vez dependen de un abundante flujo de sangre y linfa. Esta terapia además mejora la circulación de la sangre y el flujo de la linfa. Esto ayuda a llevar nutrientes a las células y a eliminar impurezas y sustancias tóxicas.
- El masaje también aumenta la capacidad de la sangre para transportar oxígeno. De hecho se sabe que el masaje ayuda a aumentar los glóbulos rojos y blancos de la sangre.
- Ayuda a liberar sustancias llamadas endorfinas que nos dan una sensación de bienestar y ayudan a combatir el dolor.

- Cuando se combina con una dieta adecuada y ejercicio el masaje ayuda a restaurar el contorno del cuerpo y a disminuir los depósitos de grasa.
- Ayuda a que los músculos mantengan su flexibilidad.
- Ayuda a reducir el estrés. Si recordamos que más de dos terceras partes de las enfermedades están relacionadas con el estrés nos daremos cuenta de una de las razones por las que el masaje es tan beneficioso para la salud.
- Ayuda a combatir la depresión y los estados de ánimo negativos.
- El masaje terapéutico ha probado ser efectivo como medio para aliviar condiciones tales como dolores de cabeza causados por tensión nerviosa y dolores musculares de espalda, así como para mejorar la condición de la piel.
- Un creciente número de médicos y otros profesionales de la salud recomiendan el masaje para aliviar problemas tales como sinusitis, artritis, alergias, dolores de cabeza y lesiones deportivas.

Hay distintos tipos de masaje terapéutico. Entre ellos se encuentran el masaje sueco, que es un masaje relativamente suave que promueve la relajación. Otros tipos de masaje emplean técnicas de acupresión o van dirigidos a los tejidos profundos. El (o la) masajista puede combinar varias de estas técnicas durante una sesión de masaje

Una sesión de masaje puede tomar desde quince minutos hasta una hora. Por lo regular una sesión de quince minutos se limita a la espalda y los hombros y se da con la persona sentada en una silla especialmente diseñada para este propósito. Las sesiones de una hora, por lo general cubren el cuerpo entero desde la cabeza hasta los pies, y en estos casos se emplea una mesa acolchada y aceites especialmente preparados.

El masaje puede emplearse solo o como parte de un plan para mejorar la salud en el que se incluyan otros elementos tales como la alimentación, el ejercicio, o la meditación. REGIDOR, R. (2009).

3. TERAPIA LUDICA

3.1. Definición de la terapia lúdica

La terapia lúdica son habilidades y destrezas, y que se hace patente a los demás, a través de su apariencia física, a todo contacto con el mundo exterior se establece desde la propia realidad corporal del ser humano.

El juego del cuerpo es el nexo entre el mundo interior y el mundo circundante.

El proceso de desarrollo y capacidad intelectual y humana del niño con P.C.I sería incompleta antinatural si atendiera solo el área incognitiva: no solo se debe pensar, sino percibir, sentir y vivir las experiencias desde la unidad psicofísica.

La experiencia vivida a partir del propio juego del cuerpo (resultado de la interacción de lo intelectual y emocional), posibilitan una captación diferente del mundo, una aprehensión de conceptos que por haber vivenciados dejan una huella más profunda que los conocimientos meramente racionales.

Los juegos y actividades son expresiones corporales se basan en estos principios, no son materia para el entrenamiento físico ni para crear competitividad entre los que la practican.

Muy al contrario, a través de la vivencia en el cuerpo en el espacio y el tiempo, se desarrolla la conciencia de sí mismo como un ser integro; sensible, material y

espiritual, capaz de sentir, y expresar lo más importante, capaz de compartir y comunicar con los demás. CAMPOS, A. (2011).

3.2. Beneficios de la terapia lúdica

Los beneficios que tiene la terapia lúdica en el desarrollo de la psicomotricidad fina es de gran importancia a través de los cuales aprenden a comunicarse con los demás, expresar sus sentimientos, modificar su comportamiento, desarrollan la habilidad de resolver problemas y aprender formas de relacionarse con otros en ella, además vienen a desarrollar habilidades y destrezas manuales. Alrededor de la terapia lúdica gira una serie de acciones dentro de la familia, la comunidad y los centros que ayudan para un mejor desenvolvimiento en la sociedad de los niños con Parálisis Cerebral Infantil.

Además presentan alteraciones de la psicomotricidad fina como mantener las manos fuertemente cerradas y apretadas producto de su parálisis, sostienen por segundos objetos que le ponen en la mano, Inhibe reflejo de presión palmar, mala coordinación viso manual, no pueden soltar dos cubos sostenidos en ambas manos simultáneamente no sacan el cilindro del tablero de plantado ni pueden explorar con el dedo índice ni utilizan pinza inferior al realizar alguna actividad. Igualmente otra complicación que aqueja a las personas con parálisis es la no aplicación de la terapia lúdica por parte de los profesionales que laboran en la institución desconociendo cuales son los beneficios terapéuticos. LUZZI, A. (2009).

3.3. Terapia lúdica para el mejoramiento de la motricidad fina en niños con parálisis cerebral infantil

La Terapia de Juego engloba a una serie de métodos y técnicas lúdicas especializadas, cuyo objetivo son que el niño encuentre múltiples oportunidades para la expresión y autocontrol de sus emociones, la expansión de la conciencia, el reconocimiento de sus propios recursos y potencialidades, así como la normalización

de sus pautas de desarrollo. Todo esto con la guía de un adulto (terapeuta de juego) especializado en este modelo de trabajo terapéutico, quién le ofrece al niño una relación cordial, empática y afectuosa que le proporcione la confianza necesaria para la superación de los problemas que lo llevaron a terapia. KLEIN, M. (2007).

3.4. La terapia lúdica en la estimulación temprana de los niños con parálisis cerebral infantil.

La estimulación temprana considera múltiples acciones a favor de la terapia lúdica en los niños con Parálisis Cerebral Infantil, favoreciendo al desarrollo del ser humano en sus primeros años, entre los que tenemos principalmente la provisión de diferentes estímulos que impresionan a los diversos receptores.

Una significativa área de la estimulación está en el hecho de trabajar alrededor de los sentidos de la visión, audición y tacto mediante el juego.

Si bien es cierto que estos receptores son importantísimos en el desarrollo integral, tampoco deja de ser la estimulación propioceptivos.

Los estímulos se los considera como tales, en un sentido amplio, todos aquellos impactos sobre el ser humano, que producen en él una reacción, es decir, una influencia sobre alguna función. Los estímulos son entonces de toda índole, tanto externos como internos, físicos como afectivos. WINNICOTT, D. (2011).

3.5. Fines de la terapia lúdica en el desarrollo del niño, niña con parálisis cerebral infantil

- Normalizar o mejorar el comportamiento en general del infante.
- Facilitar los aprendizajes.
- Favorecer el conocimiento de la identidad del sujeto.

- Las actividades motrices deben ser bien diferenciadas de las actividades y juegos.

La finalidad del Juego y las actividades en el niño con parálisis cerebral infantil es fundamental en proceso de la enseñanza y aprendizaje por lo tanto; “la educación motriz es una acción pedagógica y psicológica que utiliza la acción corporal con el fin de mejorar y normalizar el comportamiento general del niño, facilitando el desarrollo de todo los aspectos de su personalidad”. Mientras los niños viven situaciones de placer y diversión, desarrollan su personalidad, aprenden a relacionarse con el entorno, despliegan su creatividad y habilidades explorando sus posibilidades y limitaciones.

El juego es el mayor grado de desarrollo del hombre, por ser la manifestación libre y espontánea del interior. Los sujetos son libres de la elección de jugar, de entrar y salir del juego cuando lo desean, de divertirse, participar, cooperar, colaborar, como pueden y como quieren; a diferencia con otras tareas o actividades que deben realizar, donde se les impone qué y cómo hacerlo.

El juego por mandato o delegación no es juego, pero una vez que el jugador aceptó jugar debe someterse a las reglas del orden lúdico. La libertad desplegada durante el transcurso del juego ha de amoldarse a esa legalidad libremente aceptada. Así, pues, es lícito distinguir entre dos formas en que la libertad se manifiesta. GOBIERNO DE NAVARRA. (2009)

3.6. Leyes o principios de la educación en la terapia lúdica de los niño

Los principios básicos que guían al terapeuta en todos sus contactos terapéuticos no directivos son muy sencillos, pero de enormes probabilidades cuando son ejecutados con sinceridad, consistencia e inteligencia. Los principios son los siguientes:

1. El terapeuta debe desarrollar una relación interna y amigable con el niño mediante la cual se establece una armonía lo antes posible.

2. El terapeuta acepta al niño tal como es.

3. El terapeuta crea un sentimiento de actitud permisiva en la relación, de tal forma que el niño se siente libre para expresar sus sentimientos por completo.
4. El terapeuta esta alerta a reconocer los sentimientos que el niño está expresando y los refleja de nuevo hacia él de tal forma que logra profundizar más en su comportamiento.

5. El terapeuta observa un gran respeto por la habilidad del niño ara solucionar sus problemas, si a éste se le ha brindado la oportunidad para hacerlo. Es responsabilidad del niño decidir y realizar cambios.

6. El terapeuta no intenta dirigir las acciones o conversación del niño en forma alguna. El niño guía el camino; el terapeuta lo sigue.

7. El terapeuta no pretende apresurar el curso de la terapia. Este es un proceso gradual y, como tal, reconocido por el terapeuta.

8. El terapeuta establece solo aquellas limitaciones que son necesarias para conservar las terapias en el mundo de la realidad y hacerle patente al niño su responsabilidad en la relación. El terapeuta conviene en que la terapia no-directiva no es una panacea. Admite que, como todas las cosas, esto también tiene sus limitaciones, pero la experiencia acumulada indica que las implicaciones de este tipo de terapia son un reto y una inspiración para aquellos que están interesados en los problemas de adaptación. Cuando un niño llega para terapia de juego, es por lo general debido a que algún adulto lo ha traído o enviado a la clínica para su tratamiento. El chico aborda. Otra singular experiencia en igual forma que afronta todas sus nuevas experiencias ya sea con entusiasmo, temor, precaución, resistencia o cualquiera otra forma que sea típica de su manera de reaccionar ante nuevas situaciones. El contacto Inicial es de gran importancia para el éxito de la terapia. Es durante este contacto cuando se prepara el escenario, por así decirlo.

La estructuración es presentada al niño, no solamente por medio de palabras, sino también con la relación que es establecida entre la terapia y el niño. (<http://es.scribd.com/doc/6976588/terapia-de-juego>).

3.7. Objetivos de las actividades y juegos en los niños con parálisis cerebral infantil

En los últimos años se está dando una especial importancia a desarrollar una expresión y con ello, a potenciar la sensibilidad, las posibilidades creativas y la capacidad de descubrirse a sí mismo, manifestándose con espontaneidad y plenitud.

El método de actividad y juego es una expresión, tomando como propio instrumento su propio cuerpo, constituye una importante vía de canalización de aptitudes, de liberación, hallazgo y toma conciencia de las posibilidades personales; encamina una real necesidad de manifestarse del ser humano, favoreciendo el desarrollo armónico del niño en su totalidad psicofísica.

¿Por qué es fundamental el conocimiento y el control del cuerpo en los juegos? “Este es un puente entre el “yo” y el mundo exterior. La relación entre cada ser y lo externo se materializa en la base de manifestaciones motrices y esa realidad exterior de sí mismo, empieza a conocerla a través de sus sensaciones y percepciones.

Las posibilidades motrices son el primer recurso que poseen los niños y las niñas para comunicarse y relacionarse con el mundo que les rodea; por lo que a partir del propio movimiento y en el marco de la interacción social, los niños y las niñas deberán aprender a conocer su propio cuerpo y a utilizarlo como medio de expresión y de intervención en el medio y, sobre esta base, construirán su identidad personal.

Además, a través de la experiencia del propio movimiento, los niños y las niñas deberán ir coordinando sus esquemas perceptivo-motrices y conociendo su propio cuerpo, sus sensaciones y emociones.

Aprenderán a ir poniendo en juego las distintas partes de su cuerpo para producir un efecto interesante o para su propio placer y, al mismo tiempo, las irán sintiendo, interiorizando; organizando y construyendo a partir de ellas una imagen integrada del esquema corporal.

En definitiva, una imagen adecuada del esquema corporal es la base para la elaboración de la propia identidad personal. Poco a poco los niños y las niñas enriquecen la imagen de sí mismos a partir de las propias experiencias y sentimientos, de la valoración de los propios logros y dificultades y de la actitud de los demás hacia ellos.

Y para que los niños y niñas consigan un conocimiento y una valoración ajustados de sí mismos, es también muy importante el contexto grupal. La participación en grupos distintos, en un clima de colaboración, les permite ir conociendo las pautas de conducta, actitudes, roles sexuales, opiniones de los demás y enriquecer su propio repertorio personal.

Por último, hay que destacar, entonces, que, cuando hablamos de "conocimiento del cuerpo" por parte del niño/a, nos referimos, de acuerdo con Tasset manifiesta que el niño/a tome conciencia de la existencia de las diferentes partes del cuerpo y de las relaciones que éstas tengan, de manera estática o en movimiento, con el mundo externo. Y, en cuanto al "control del cuerpo", hay que decir que se encuentra íntimamente ligado al correcto funcionamiento y dominio de la tonicidad. Por ello, la ejecución de un acto motor voluntario es imposible si no se tiene control sobre la tensión de los músculos que intervienen en los movimientos. Así, la independencia segmentaria (dominio corporal) se consigue cuando tenemos control sobre todos los elementos que intervienen en la elaboración del esquema corporal, es decir, sobre: tonicidad, esquema postural, control respiratorio, lateralización, estructuración espacio-temporal y control motor práxico. CABA, A. (2010).

3.8. Técnicas para el desarrollo del juego y actividades del niño con parálisis cerebral infantil para el desarrollo de la motricidad fina

Coordinación Viso-Manual

La coordinación manual conducirá al niño al dominio de la mano. Los elementos más afectados, que intervienen directamente son: la mano, la muñeca, el antebrazo y el brazo.

Es muy importante tenerlo en cuenta ya que antes de exigir al niño una agilidad y ductilidad de la muñeca y la mano en un espacio reducido como una hoja de papel, será necesario que pueda trabajar y dominar este gesto más ampliamente en el suelo, pizarra y con elementos de poca precisión como la puntuara de dedos.

Actividades que ayudan a desarrollo la coordinación viso-manual: pintar, punzar, enhebrar, recortar, moldear, dibujar, colorear, laberintos, etc. Brown, P. (2010).

Coordinación Facial

Este es un aspecto de suma importancia ya que tiene dos adquisiciones:

- 1.- El del dominio muscular.
- 2.- La posibilidad de comunicación y relación que tenemos con la gente que nos rodea a través de nuestro cuerpo y especialmente de nuestros gestos voluntarios e involuntarios de la cara.

Debemos de facilitar que el niño a través de su infancia domine esta parte del cuerpo, para que pueda disponer de ella para su comunicación.

El poder dominarlos músculos de la cara y que respondan a nuestra voluntad nos permite acentuar unos movimientos que nos llevaran a poder exteriorizar unos

sentimientos, emociones y manera de relacionarnos, es decir actitudes respecto al mundo que nos rodea. Brown, P. (2010).

Coordinación fonética

Es un aspecto dentro de la motricidad muy importante a estimular y a seguir de cerca para garantizar un buen dominio de la misma.

El niño en los primeros meses de vida:

- Descubre las posibilidades de emitir sonidos.

- No tiene sin embargo la madurez necesaria que le permita una emisión sistemática de cualquier sonido ni tan siquiera la capacidad de realizarlos todos.

- Ha iniciado ya en este momento el aprendizaje que le ha de permitir llegar a la emisión correcta de palabras.

Este método llamará la atención del niño hacia la zona de fonación y hacia los movimientos que se hacen lentamente ante él, posibilitando la imitación como en tantas otras áreas; el medio de aprender será imitar su entorno.

Poco a poco ira emitiendo sílabas y palabras que tendrán igualmente una respuesta, especialmente cuando no se trate de una conversación sino de un juego de decir cosas y aprender nuevas palabras, hacer sonidos de animales u objetos.

Hacia el año y medio el niño:

- Puede tener la madurez para iniciar un lenguaje.

- No contendrá demasiadas palabras y las frases serán simples.

Y ya habrá iniciado el proceso del lenguaje oral en el mejor de los casos podrá hacerlo bastante rápidamente.

Estos juegos motrices tendrán que continuar sobre todo para que el niño vaya adquiriendo un nivel de conciencia más elevado.

Entre los 2-3 años el niño:

-Tiene posibilidades para sistematizar su lenguaje, para perfeccionar la emisión de sonidos.

-Y para concienciar la estructuración de las frases y hacerlas cada vez más complejas.

Al final del tercer año quedarán algunos sonidos para perfeccionar y unas irregularidades gramaticales y sintácticas a consolidar.

Todo el proceso de consolidación básica se realizará entre los tres y cuatro años, cuando el niño puede y tendrá que hablar con una perfecta emisión de sonidos y por consiguiente con un verdadero dominio del aparato fonador.

El resto del proceso de maduración lingüística y de estilo se hará a la larga en el transcurso de la escolarización y la maduración del niño. Brown, P. (2010).

Coordinación Gestual

Las manos: Diadoco cinesias.

Para la mayoría de las tareas además del dominio global de la mano también se necesita también un dominio de cada una de las partes: cada uno de los dedos, el conjunto de todos ellos.

Se pueden proponer muchos trabajos para alcanzar estos niveles de dominio, pero tenemos que considerar que no lo podrán tener de una manera segura hasta hacia los 10 años.

Dentro del preescolar una mano ayudara a otra para poder trabajar cuando se necesite algo de precisión. Hacia los tres años podrán empezar a intentarlo y serán conscientes de que necesitan solamente una parte de la mano. Alrededor de los 5 años podrán intentar más acciones y un poco más de precisión. Brown, P. (2010).

3.9. Actividades y juegos para desarrollar la motricidad fina en los niños con parálisis cerebral infantil.

- Adivinar objetos con los ojos tapados, solo con el tacto.
- Apretar con fuerza una pelotita en la mano.
- Reproducir construcciones realizadas con bloques.
- Abrir y cerrar tarros o botellas.
- Modelar con arcilla o con plastilina.
- Meter cuentas en una cuerda o cinta.
- Recoger objetos pequeños (botones, fichas, garbanzos) con los dedos guardándolos en la mano.
- Pasar páginas de un libro, una a una.
- Trocear papeles: cada vez más pequeños.
- Hacer bolitas de papel o de plastilina.
- Aplastar bolitas de papel o de plastilina.
- Pulsar teclas con todos los dedos.
- Adivinar qué dedos te toco: con los ojos tapados, pasamos un lápiz por un dedo y adivina cuál es. Luego por dos dedos y así en aumento.
- Dibujar en una hoja una especie de carretera y cortar con las tijeras por el centro.
- Recortar con tijeras.
- Pasar un lápiz con una cinta atada por agujeros hechos en cartón, como si estuviera cosiendo.

- Colorear: con pintura de dedos, con ceras, rotuladores gruesos con lápices si es capaz.
- Dibujar figuras uniendo puntos marcados.

OTROS JUEGOS: Construcciones, pianos musicales, xilófonos, puzles, insertables.
AXLINE, V.M. (2007).

3.10. Rincones con ayuda del maestro

Los niños y niñas se organizan por grupos. El número de grupos y de rincones tiene que ser el mismo, porque de manera rotativa cada grupo irá pasando por los diferentes rincones. Tras un tiempo determinado damos el aviso de cambio que hayamos acordado y cada grupo pasa al siguiente rincón que le corresponde.

Los rincones pueden ser de:

Lúdico: hacerlas que comiencen a ensartar cuentas de todo tamaño, pasar bolitas en la botella.

Pintura: pueden ir probando de aprender a utilizar sus manos y dedos.

Arcilla: el juego debe ser trabajando con diferentes tipos de arcilla donde pondrá su imaginación. SCHAEFER, C. (2012).

3.11. Técnicas para desarrollar la terapia lúdica

Una serie de métodos y técnicas lúdicas especializadas existen, cuyos objetivos son que el niño encuentre múltiples oportunidades para la expresión y autocontrol de sus emociones, la expansión de la conciencia, el reconocimiento de sus propios recursos y potencialidades, así como la normalización de sus pautas de desarrollo. Todo esto con la guía de un adulto (terapeuta de juego) especializado en este modelo de trabajo terapéutico, quién le ofrece al niño una relación cordial, empática y afectuosa que le proporcione la confianza necesaria para la superación de los problemas que lo llevaron a terapia. Entre las principales se encuentran:

De expresión corporal y movimiento

Las experiencias tempranas del niño son principalmente físicas-sensoriales y así mismo es su comunicación y expresión. La experiencia corporal es esencial para el desarrollo del sentido de sí mismo; el niño necesita ser capaz de "vivir" en su cuerpo y sentir confianza para moverse en el espacio.

El cuerpo es el primer agente de aprendizaje y expresión, por consiguiente cuando el cuerpo del niño ha sido dañado o maltratado de alguna forma y las fronteras corporales han sido traspasadas con violencia, la confusión, el miedo y la ansiedad se apoderan de sus sensaciones y consecuentemente evita el contacto físico o descarga inapropiadamente la rabia en actos violentos o establece contacto hacia otros sin mediar fronteras corporales. Muchos niños necesitan del juego corporal expandido para reconstruir una relación confiable y sana con su propio cuerpo y reconocer sus fronteras y las de otros.

El juego de expresión corporal incluye el movimiento grueso que involucra todo el cuerpo, el movimiento fino que utiliza partes específicas del cuerpo, el movimiento sensorial que incluye texturas, sonidos, sabores, olores e imágenes. El movimiento rítmico y la danza. El juego con espadas y lucha libre. Juegos de ideas creativas de movimiento y de imitación.

Los juegos de narración con sonidos, movimiento y libre expresión son utilizados como otra forma de terapia en donde se favorece la espontaneidad. MEJIA, S. (2012).

De expresión plástica y narrativa

Los niños que viven experiencias dolorosas las integran a su historia personal construyendo ideas y significados acerca de la vida, las personas y la manera como se ve a sí mismo. Estos significados pueden ser emocionalmente debilitadores y llenos de

culpa y miedo. Cada niño construye su realidad en base a las percepciones y constructos que dan forma a su historia de vida.

Estos constructos organizan su vida y dan forma a sus conductas.

En la terapia de juego el niño tiene la oportunidad de contrastar y reestructurar estos significados que ha dado a su historia personal.

La forma en que un niño interpreta su experiencia determina el efecto que tendrá en su auto concepto, en su autoestima y en la manera de verse a sí mismo.

El uso del dibujo y otros medios plásticos como la pintura así como el uso de narraciones y metáforas terapéuticas ayudan al niño a expresar su experiencia, a exponer la historia fuera de sí mismo, y a construir nuevos significados donde puede reconocer los recursos y fuerzas internas que posee y que lo han ayudado a sobrevivir. CABA, A. (2010).

De expresión sensorial

El niño establece contacto con su entorno a través de sus sentidos. Los sentidos influyen en cómo percibe e interactúa con el mundo.

Es por medio de sus modalidades sensoriales como percibe y da sentido a la información percibida. La capacidad del niño para darse cuenta de lo que sucede dentro y fuera de él depende de su habilidad para percibir y esta evoluciona conforme el organismo se desarrolla.

Ver, oír, oler, probar y tocar aunadas al lenguaje y al movimiento son funciones que le permiten al niño estar en contacto consigo mismo y al mismo tiempo crear la

conciencia necesaria para poder diferenciarse del otro, usa sus sentidos y su cuerpo para asimilar la experiencia y la relación con el entorno.

El juego sensorial creativo con materiales como arena, agua, arcilla, pintura de manos, le permite al niño explorar y conocer el mundo a través de sus sensaciones siendo el elemento vital para la expresión personal y para el desarrollo del sentido de sí mismo.

El juego sensorial exploratorio le facilita al niño investigar y manipular a través de sus sentidos diversos materiales, texturas, sabores, olores, sonidos, incrementado su sentido de maestría y confianza.

El niño aprende a confiar y usar su cuerpo y sensaciones para obtener un contacto más funcional con el entorno. CABA, A. (2010).

De expresión afectiva

Dentro de la sesión de terapia de juego el niño tiene la posibilidad de sentir y externar sus afectos con libertad. Esto ayuda en especial al niño que ha sufrido pérdidas o carencias afectivas, así como niños con problemas de vínculo, apego y comunicación.

La expresión afectiva del niño con daño emocional puede estar congelada debido al abuso, maltrato o abandono que ha vivido. Muchos de estos niños se han retirado de sus afectos, aislándose del contacto afectivo con el entorno, otros por el contrario se vuelven excesivamente complacientes con los deseos y expectativas de los adultos.

Los niños que han congelado su expresión afectiva, encuentran en la terapia de juego un espacio seguro de experimentación y expresión emocional que los ayuda a restituir estas necesidades fundamentales para su desarrollo.

La terapia de juego ayuda al niño a restaurar su capacidad de dar y recibir afecto. El rol del terapeuta y el tipo de relación que establece con el niño es fundamental para el logro de este objetivo, sin embargo dado que es de los adultos de quién ha recibido el mal trato, el uso de mascotas se convierte en la principal técnica para el logro de tal objetivo. CABA, A. (2010).

Juego de descarga y de expresión emocional

Durante la terapia de juego los residuos de miedo, vergüenza y culpa que interfieren con un pensamiento claro y positivo necesitan ser enfrentados y externados.

Lo mismo decimos acerca del enfado y la ira que el niño necesita expresar de una forma adecuada y dentro de un ambiente seguro.

Ayudar al niño a descargar emocionalmente a través del juego es uno de los pilares del proceso terapéutico. Un terapeuta de juego está preparado para promover, dirigir y contener este tipo, ayudando al niño no solo en el aspecto emocional sino también el aspecto cognitivo para que pueda entender el contenido de sus emociones y adquiera un control adecuado en su expresión.

La descarga emocional es un mecanismo interno natural que tiene una función positiva para cualquier persona y en especial para el niño en la prevención de futuras patologías médicas o psicológicas y en la promoción de su salud mental ya que coadyuva a la recuperación de las heridas emocionales.

Se utilizan muchos materiales y actividades para que el niño suelte los sentimientos reprimidos, estos materiales incluyen entre otros el juego con barro, la bolsa de boxear, los tubos de espuma, el tablero de dardos y los mazos de plástico suave. CABA, A. (2010).

Juego de visualización imaginativa

La visualización es un modo de usar la imaginación de una forma centrada para ayudar a la mente y al cuerpo a recuperarse tanto a nivel físico como emocional. Aprender a permanecer en un estado, "tranquilo" permite al niño conectar con su capacidad auto curativa, aumentar su autoestima y disfrutar, al mismo tiempo, de las imágenes que su imaginación crea.

En este proceso se le guía al niño a obtener imágenes de su interior, de su mente e interactuar con ellas a través de sus sentidos.

El cuerpo reacciona a las imágenes sensoriales que crea la mente. La práctica de visualizar de una manera consciente y centrada, le beneficia al niño que sufre estrés emocional, ansiedad o depresión, ayudándole a que su mente-cuerpo interactúe a un nivel más profundo, lo cual a su vez crea mayor bienestar. Entre estos beneficios que el niño obtiene al aplicar las técnicas de visualización como aumentar la capacidad de afrontar una situación, disminuir muchos síntomas, en especial el dolor en el niño que recibe quimioterapia y en que ha de soportar un tratamiento difícil. Y como infunden fuerza interior, también actúan a nivel emocional ayudando al niño que vive con miedo y en el caso del niño cuya integridad física está muy afectada a causa de enfermedad crónica, la visualización puede aumentar sus sentimientos positivos y honrar su Yo. CABA, A. (2010).

Juego de expresión creativa

En la terapia de juego al niño se le ofrecen una gama actividades donde puede explorar nuevas posibilidades y crear nuevas conexiones entre ideas, experiencias, personas y nuevas direcciones en su mundo.

Aprende que puede transformar emociones y re encuadrar lo que sabe.

De esta forma puede transformar su entendimiento generando un pensamiento crítico y permitiendo a otros revisar, reinventar y generar nuevos significados.

Simplemente el estar atentos al juego espontáneo y creativo del niño es beneficioso ya que promueve una sensación de seguridad y da anuencia a la experimentación y a arriesgarse a entrar en territorios desconocidos.

Cuando el terapeuta se entona con las ideas del niño le puede ayudar a llevarlas hacia adelante. El juego, las narraciones y los actos creativos que ocurren en los mundos contruidos entre niño y terapeuta se convierten en el acto clave para la restauración emocional.

Compartiendo y sosteniendo las ideas del niño, el adulto permanece en contacto con interés y entendimiento sirviendo de apoyo al desarrollo de nuevas ideas y nuevas habilidades.

La terapia de juego le da a cada niño la posibilidad de un espacio y un tiempo de explorar y desarrollar sus iniciativas, de entender lo que hace y lo que desea lograr. El terapeuta construye sobre las ideas del niño y le ayuda a ver nuevas posibilidades en su juego. CABA, A. (2010).

Juego proyectivo simbólico

El niño en la terapia de juego va construyendo su propia manera de narrar historias, el niño se convierte en su propio director y actor al organizar situaciones y diálogos, creando escenas y personajes que expresan los conflictos y las emociones que yacen en el fondo de su ser. Esta habilidad de proyectar a través de símbolos y metáforas sus experiencias y sentimientos profundos, le ayudan a procesar e integrar y con esto generar nuevos significados a sus experiencias.

El niño puede hablar a través de los personajes y tomar la suficiente distancia del tema conflictivo lo cual lo ayuda a sentirse seguro de expresar y al mismo tiempo a protegerse de los sentimientos que lo abruman.

Son numerosas las técnicas que usa el terapeuta para ayudar al niño a expresar simbólicamente sus experiencias y sentimientos; el juego con el cajón de arena, con agua, con arcilla, con materiales de construcción, con la casa de muñecas, con títeres, con marionetas y con máscaras son solo algunas de las posibilidades que la sala de terapia de juego puede ofrecerle al niño en su camino de recuperación emocional. CABA, A. (2010).

De expresión dramática

El juego de expresión dramática le invita al niño a jugar con roles a través de la improvisación. El niño usa máscaras y elabora su utilería.

El terapeuta ayuda al niño a distinguir lo que pertenece a la imaginación y al drama de la historia, de lo que pertenece a la realidad de sus experiencias.

Todo es posible en el juego y este le permite al niño hacer lo que en su realidad no sería permisible o posible. Ambos, niño y terapeuta sienten dolor al pretender el dolor, sienten temor al jugar el miedo, sienten tristeza al pretender la tristeza, sienten la alegría al bailar, es así como al personificar en el juego, niño y terapeuta se convierten en la persona que actúan.

Este juego genera una autoexpresión espontanea maravillosa. Al tener la oportunidad de jugar roles, el niño puede tomar simbólicamente distancia de lo que lo amenaza y paradójicamente contactar su propia experiencia al re actuar la situación específica.

La paradoja está en el poder acercarse tomando distancia, al permanecer en el caos y permitir que emerja la coherencia del sentido.

En la terapia se usa el juego de roles con los sentimientos, se crean personajes de animales con quién interactuar, se usan las historias para interactuar juntos, se usa el baúl de disfraces para permitir que surja la historia, se usan las máscaras como principio de la historia, se utiliza la cámara de video para filmar la representación y luego revisarla junto al niño y se usan las ideas citadas en el juego proyectivo. BROWN, P. (2010).

De expresión musical

La música tiene la posibilidad de atravesar los mecanismos defensivos de las funciones corticales del cerebro y moverse directamente al sistema límbico donde las emociones son procesadas. La música estimula el funcionamiento del lado derecho del cerebro, responsable de los sentimientos y de la imaginación.

Cuando un pequeño en sus primeros años sufre algún tipo de experiencia estresante que ha afectado directamente el desarrollo del sistema nervioso, puede sufrir estados crónicos de hiperactivación. La música es el elemento ideal para ayudar al niño a suavizar y auto-regular mejor los estados de hiperactivación a experimentar un estado de mayor equilibrio. El efecto inmediato que experimenta el niño con los juegos de la musicoterapia le proveen con una sensación de autoestima y crea un ambiente no amenazante en el que puede expresar libre y abiertamente todas sus emociones, al mismo tiempo que el terapeuta le ayuda a regular mejor sus estados de inhibición o de hiperactivación. La música provee un mecanismo sanador con el cuál el niño puede externalizar su mundo interno y procesar el material emocional abrumador desde una distancia segura.

Este proceso de externalización sirve como vehículo para una apertura gradual natural para que a su propio ritmo encuentre, organice y regule su ansiedad.

La música también se utiliza para promover en el niño la confianza y el desarrollo de interacciones recíprocas con otros. Durante la improvisación musical, por ejemplo, provee al niño con una forma de comunicación no verbal que le ayuda a conectarse con su terapeuta en la construcción de una relación terapéutica única con un adulto que lo apoya y lo comprende. BROWN, P. (2010).

f. METODOLOGÍA

Para el presente proyecto de tesis es conveniente y necesario utilizar diferentes métodos y técnicas que permitan determinar de mejor manera la problemática, siguiendo así los pasos adecuados para realizar el presente trabajo investigativo.

Los métodos utilizados en el presente trabajo de investigación son los siguientes:

Método Científico.- se basará directamente en la observación, análisis (descripción), síntesis, conclusiones, recomendaciones y proposiciones de solución al problema.

Método Descriptivo.- se utilizará para procesar y describir la realidad “terapia lúdica y el desarrollo de la motricidad fina en los niños y niñas con parálisis cerebral infantil de 7 - 10 años de edad que asisten al centro de atención y desarrollo de niños/as y adolescentes especiales (C.A.D.E), y presentar toda la información de campo recolectada para luego ir obteniendo el resultado y las conclusiones finales.

Durante el proceso de desarrollo de la investigación, se registrará toda la información a través de la observación. En la presentación y explicación de resultados se utilizará la estadística descriptiva.

- **Planilla de valoración de la motricidad fina de Liliana Matas:** se lo utiliza para valorar el nivel y el desfase de la motricidad fina que presentan los niños y niñas con parálisis cerebral.
- **Diagnóstico del especialista:** Dr. Pablo Tacuri, Neurólogo Pediatra del Centro Médico Matilde Hidalgo de Prócel del Patronato Provincial de Loja para poder

efectuar una correcta valoración médica de los infantes con Parálisis Cerebral Infantil.

- También se realizará una **encuesta** a los profesionales del centro, para conocer el tipo de técnica lúdica utilizada para el desarrollo de la motricidad fina en los niños con parálisis cerebral infantil.

Población: La población que asiste al CADE está constituida por 100 niños, niñas y adolescentes con diferentes tipos de discapacidad que reciben rehabilitación y educación especial y 10 profesionales de dicho centro.

Muestra: La muestra para la investigación y el cumplimiento de los objetivos y ejecución del proyecto de tesis será de 7 infantes de las edades de 7 a 10 años con Parálisis Cerebral infantil del C.A.D.E y a los 10 profesionales de dicho centro.

CUADRO DE POBLACION Y MUESTRA	
INDICADORES	FRECUENCIA
Técnicos Profesionales	10
Niños, niñas y adolescentes	7
TOTAL	17

G.- CRONOGRAMA

2014								
MESES	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE
Elección del Tema								
Presentación y aprobación del Proyecto								
Recolección e información de campo								
Análisis de Resultados								
Presentación del borrador de tesis								
Presentación y aprobación informe final de tesis								
Sustentación pública y graduación								

h.- PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

PRESUPUESTO

MATERIAL	COSTO
Transporte	\$ 100.00
Copias ,aplicación de instrumentos	\$ 80.00
Material didáctico (cartulina, fomix, marcadores, papel lustre, cartón, cartulina, cajas pequeñas de cartón, cubos de madera).	\$ 200.00
Internet	\$ 100.00
Copias de material bibliográfico	\$ 80.00
Impresión del borrador de tesis	\$ 80.00
Anillados	\$ 90.00
Otros gastos	\$ 300.00
TOTAL	\$ 1.030.00

FINANCIAMIENTO

La presente investigación será financiada en su totalidad por la investigadora.

RECURSOS HUMANOS

- Investigadora. NYDIA ENRIQUETA ORELLANA FIERRO
- Director (a) de tesis por designarse

- Alumnos del Centro C.A.D.E
- Padres de familia
- Profesionales de la institución.

RECURSOS INSTITUCIONALES

- Convenio entre la Universidad Nacional de Loja y el C.A.D.E

RECURSOS DE ESCRITORIO

- Cartulina
- Fomix
- Marcadores
- Papel lustre
- Cartón

RECURSOS MATERIAL BIBLIOGRAFICO

- Bibliografía (libros, internet, tesis, diccionarios).

i.- BIBLIOGRAFIA

AJURIAGUERRA, J. (2009) Manual de psiquiatría infantil: Clasificación de la Parálisis Cerebral Infantil. Madrid, España; Edición, Toray Masson.

AJURIAGUERRA, J. (2009) Manual de psiquiatría infantil: Actualizaciones en la Rehabilitación de la Parálisis Cerebral Infantil. Madrid, España; Edición, Toray Masson.

ANTORANZ, E.; Villalba, J. (2010). Desarrollo cognitivo y motor: Grafomotricidad. Edición Consuelo Clemente. Madrid. Editorial Editex S.A.

ARTIGAS, J.; Brun, C.; Lorente, I. (2009). Deficiencia mental precedida de trastorno motor cerebral hipertónico transitorio. Revista de Neurología, 70(5), 27-32.

ARTIGAS, J.; Brun, C.; Lorente, I. (2009). Tratamiento para el niño y niña con parálisis cerebral infantil. Revista de Neurología, 70(7), 45-53.

BEJARANO, A.; Gallardo y Rodríguez Arias. (2010). Trastornos asociados con la parálisis cerebral. Revista médica de Barcelona. 2(14). 120-129.

BROWN, P. (2010). La terapia de juego con los niños traumatizados: Un enfoque prescriptivo. Hoboken, NJ: Wiley. Estados Unidos, New York.

CABA, A. (2010). El retorno a la alegría. Manual de terapias lúdicas. Programa de recuperación para niños con parálisis cerebral. Primera edición. República Dominicana. UNICEF.

CAMPOS, A. (2011). Orientación no directiva: enseñanza, grupo de encuentro, terapia lúdica. Editorial Herder. 123(7). 45-50.

CRATTY, B. (2010). Desarrollo perceptual y motor en los niños: fases del desarrollo de las conductas manipulativas en los infantes. Barcelona, Paidós. Taylor Publicaciones.

ESCOBAR, R.G. (2010). Federación Iberoamérica de Ombudsman. Personas con discapacidad: derechos humanos. Madrid, Monte Esquinza. Trama Editorial.

FERNÁNDEZ, A.E. (2011). Neurología pediátrica. 3era Edición. Buenos Aires, Argentina: Medica Panamericana.

GARCÍA, P.A. (2007). Niños y niñas con parálisis cerebral: descripción, acción educativa e inserción social. Serie Educación Especial. Madrid, España: Narcea, S.A. de Ediciones.

GOBIERNO DE NAVARRA. (2009). Necesidades educativas especiales: alumnado con discapacidad motórica: guía para la respuesta educativa a las necesidades del alumno con parálisis cerebral. Fondo de Publicaciones.

GÓMEZ, J. (2008). Rehabilitación psicomotriz en la atención precoz del niño. Edición Ilustrada. Buenos Aires Argentina. Mira Editoriales, S.A.

KLEIN, M. (2007). La técnica psicoanalítica del juego: su historia y significado. Cuarta edición. Tomo III. Buenos Aires: Paidós.

LUZZI, A.M.; Bardi, D.C. (2009). Psicología clínica y psicopatología: conceptualización psicoanalítica acerca del juego de los niños. Buenos Aires, Argentina.

MESONERO, V.A. (2010). Psicología de la educación psicomotriz: Motricidad humana. Universidad de Oviedo. Madrid, Pila Teleña. Graficas Summa.

RAIMOND, P. (2010). Cinesiología y psicomotricidad. Primera edición. Editorial Paidotribo. Barcelona. Sperling y Kupfer Editorial S.A.

REGIDOR, R. (2009). Guía de estimulación temprana de 0 a 8 años: capacidades del niño. Segunda edición. Colección Edu.com. Madrid, España. Anzos, S.L.

RIGAL, R. (2011). Educación motriz y educación psicomotriz en preescolar y primaria. Primera edición. Barcelona, España. INDE Publicaciones.

ROSELL, C.; Camats, E.; Basil, C. (2010). Alumnado con discapacidad motriz. Escuela inclusiva, alumnos distintos pero no diferentes. Primera Edición. Barcelona, España. Editorial GRAO de IRIF S.I.

SADURNI, B.M.; Rostan S.C.; Zerrat S.E. (2008). Desarrollo de los niños pasó a paso. Tercera Edición. Barcelona. Editorial UOC.

VACLAV, V. (2009). Alteraciones motoras cerebrales infantiles: Diagnóstico y tratamiento precoz. Segunda Edición. Alemania. Ediciones Morata S.L.

WILLIAMS, B.K.; Miles G. A. (2012). La infancia y su desarrollo. 5ta. Edición. Estados Unidos de América. Aprendizaje Delmar Thomson.

WINNICOTT, D. (2010). Porque juegan los niños. En el niño y el mundo externo. Cuarta edición. Buenos Aires. Lumen.

WINNICOTT, D. (2011). Estimulación temprana para niños con parálisis cerebral: Terapia lúdica. Buenos Aires. Paidós.

INTERNET

Aguilar, J. 2012. Ventajas de la terapia de juego:
<http://es.slideshare.net/jesus1319/ventajas-de-la-terapia-dejuego>

Betancur, D.E. 2014. Beneficios de la terapia lúdica:
<https://prezi.com/e7fzn41fpyq4/los-beneficios-de-la-terapia-lúdica-en-la-recuperación-del-p/>

Ruiz, Z.D. 2010. La terapia lúdica: definición e importancia:
<http://ejugando1.blogspot.com/>

Fundación de la Niñez Primero. 2011. Terapia lúdica para el desarrollo de niños con parálisis cerebral: <http://ninezprimero.wordpress.com/2011/05/05/terapia-ludica-clave-para-el-desarrollo-de-los-ninos-con-capacidades-especiales/>

Apuntes de psicología. 2014. Terapia de juego: enfoques y funciones:
<http://www.apuntesdepsicologia.com/terapias-psicologicas/terapia-del-juego.php>

ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

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

ENCUESTA A LOS PROFESIONALES DEL C.A.D.E

(Anexo 1)

Señores profesionales del C.A.D.E, a través de esta encuesta deseo obtener valiosa información para la realización de mi trabajo de investigación, contando con la veracidad en su respuesta.

1. ¿Con qué grupo de edad de niños trabaja usted?

- a) Siete y ocho años
- b) Nueve y diez
- c) Once años

2. ¿Qué aspectos de la psicomotricidad fina puede identificar usted, que presentan los niños/as con P.C.I.?

- a) torpeza motriz
- b) independenciamotriz
- c) coordinación viso-motriz
- d) orientación espacial en el campo gráfico
- e) motricidad gráfica
- f) precisión de grafismos
- g) otros:

Cuales:.....

3. ¿Considera usted que los niños/as con P.C.I. con problemas de la motricidad fina pueden desarrollar habilidades y destrezas mediante la aplicación de la terapia lúdica?

Sí

No

4. ¿Qué tipo de técnica lúdica usted utiliza para el desarrollo de la psicomotricidad fina de los niños/as con P.C.I.?

Expresión corporal y de movimiento

- Expresión plástica y narrativa
- Expresión sensorial y afectiva
- Juego de descarga y de expresión emocional
- Juego de visualización imaginativa
- Juego de expresión creativa
- Juego proyectivo simbólico
- Expresión dramática
- Expresión musical
- Otros:
- Cuales.....

5. ¿Indique algunas actividades lúdicas que trabaja usted en las alteraciones de la motricidad fina en niños/as con P.C.I?

.....

6. ¿Usted normalmente asiste a capacitaciones acerca de la terapia lúdica?

Sí No

7. ¿Con que frecuencia brinda usted la terapia lúdica a los niños/as con P.C.I?

- Una a dos veces por semana
- Tres o más veces por semana
- En todas las actividades

8. ¿Cuál es la duración de cada sesión que usted brinda de terapia lúdica a los niños/as con P.C.I?

- 30 minutos
- 50 minutos

9. ¿Qué tipo de material utiliza para trabajar la terapia lúdica con los niños/as de P.C.I?

.....

10. ¿Dentro del centro usted cuenta con el espacio adecuado para brindar terapia lúdica a los niños/as de P.C.I?

Sí No

GRACIAS POR SU COLABORACION



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

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

(Anexo 2)

PLANILLA DE VALORACION DE MOTRICINA FINA

AUTORA. LILIANA MATAS

1.- INSTITUCIÓN

.....

2.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Apellidos y Nombres.....

Edad..... Fecha de evaluación.....

Tipo de discapacidad.....

Tipo de discapacidad.....

MESES

ITEMS

0

- Mantiene las manos fuertemente cerradas y apretadas

Mueve los brazos en forma conjunta

1

- Mira brevemente un objeto brillante

Sostiene por segundos el sonajero que le ponen en la mano

2

- Boca arriba, manos levemente cerradas

Sigue con la vista un objeto, más allá de la línea media (90%)

- 3 - Lleva las manos a la línea media
- No hay pulgar incluido
- Sigue los objetos (80%)
- Inhibe reflejo de presión palmar
- Mantiene sus manos abiertas el 50% de tiempo
- 4 - Se estira para coger un objeto con ambas manos
- Aprensión palmar de los objetos
- Puede seguir un objeto con la vista hacia arriba y abajo
- Juega con la ropa y los dedos entre si
- 5 - Puede tomar y saltar un aro deliberadamente
- Estruja papel
- Mira objetos distantes
- Puede tomar un cubo en forma de rastrillo
- 6 - Toma un sonajero verticalmente y lo transfiere entre sus manos
- Golpea sus juguetes sobre la mesa
- 7 - Toma los objetos que están a su alcance y los examina
- Toma un cubo en cada y los sostiene un rato
- 8 - Busca persistentemente entre objetos fuera de su alcance
- Toma un cubo chico con participación del pulgar
- 9 - Suelta dos cubos sostenidos en ambas manos simultáneamente
- Saca el cilindro del tablero de plantado

- Explora con el dedo índice
- Utiliza pinza inferior
- 10 - Saca aros del vástago
- Toma la bolita con el pulgar e índice
- 11 - Comienza a poner y sacar objetos de una taza
- Realiza garabatos sobre un papel
- Señala con el dedo índice
- 12 - Pone la bolita en la botella
- Pone arcos en un vástago
- 13 - Toma dos cubos con una mano
- Toma el aro por la cuerda
- 14 - Muestra preferencia por una de sus manos
- Espontáneamente garabatea sobre un papel
- Construye una torre de dos cubos
- Coloca nueve cubos en una caja con demostración
- 15 - Invierte un frasco para obtener la bolita
- Quita y pone tapas de cajas pequeñas
- 16 - Coloca cilindros en el tablero de plantado
- Juega con sus manos en línea media, una sostiene y otra manipula
- 17 - Realiza torres de tres y cuatro cubos
- 18 - Imita trabajo vertical simple

- 19 - Intenta quitar el tapón o rosca de un frasco
- 20 - Imita trabajo horizontal
- 21 - Enhebra una cuerda de diámetro grande
- 22 - Trata de doblar un papel por la mitad por imitación
- 23 - Construye torres de 6 cubos
- 24 - Vierte agua de una taza a otra sin tirar demasiado

Desenrosca tapones

Arma tren de cubos

Imita un trabajo circular

Guarda objetos pequeños en envases pequeños

- 25 - Da vuelta las hojas de un libro de a una
- 26 - Tironea, empuja y sacude objetos grandes

Espía un círculo

- 27 - Hace un libro y le da el nombre

Sostiene el lápiz con sus dedos

- 28 - Imita un puente de tres cubos
- 29 - Enhebra una cuerda de un centímetro de diámetro
- 30 - Dice lo que va a dibujar y luego ejecuta
- 31 - Atar (zapatos)
- 32 - Tijeras, corta papel (con una mano)

- 33 - Pegar
- 34 - Dar color: capaz de dar color a dibujos
- 35 - Diseña: imita un trazo horizontal y otro circular
- 36 - Construye torres de nueve cubos
- 37 - Dibuja sin garabatear
- 38 - Copia un círculo
- 39 - Copia una cruz
- 40 - Traza un rombo
- 41 - Álbum de recortes (corta y pega)
- 42 - Pinta y da color con (mayor control)
- 43 - Dibuja
- 44 - Copia un cuadrado
- 45 - Copia un triángulo
- 46 - Dibuja modelos sencillos
- 47 - Puede dibujar la figura humana con cabeza, tronco, extremidades
y rostro
- 48 - Delinea contornos
- 49 - Teje

- 50 - Traza
- 51 - Emplea herramientas sencillas
- 52 - Pinta y coloca con control

VALORACIÓN

NOMBRE DEL NIÑO	EDAD CRONOLOGICA	EDAD DE LA MOTRICIDAD FINA	EDAD DEL DESFAZ DE LA MOTRICIDAD FINA
TOTAL			

DIAGNOSTICO

.....

.....

.....

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CERTIFICACIÓN	ii
AUTORÍA	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN	iv
AGRADECIMIENTO	v
DEDICATORIA	iv
MATRIZ DE ÁMBITO GEOGRÁFICO	vii
MATRIZ GEOGRÁFICO Y CROQUIS	viii
ESQUEMA DE TESIS	ix
a. TÍTULO	1
b. RESUMEN (CASTELLANO E INGLÉS)	2
c. INTRODUCCIÓN	4
d. REVISIÓN DE LITERATURA	6
PARALISIS CEREBRAL	6
Definición de parálisis cerebral infantil.....	6
Características de la parálisis cerebral infantil.....	6
Clasificación de la parálisis cerebral infantil.....	7
Efectos Funcionales.....	7
Topografía corporal.....	8
Según el tono muscular.....	8
Otros trastornos médicos asociados.....	9
Trabajo terapéutico con niños de parálisis cerebral infantil.....	9
LA MOTRICIDAD	10
Definición de motricidad fina.....	10
Acciones de la motricidad fina.....	11
La Toma.....	11
Presión.....	11
Soltar.....	12
Grafo - motricidad.....	13
Uso del lápiz.....	13

Garabateo y dibujo.....	14
Distinción y fluidez de movimientos finos.....	14
Desarrollo de la motricidad fina.....	14
Fases del desarrollo de la motricidad fina.....	15
Principales dificultades de la deficiencia motriz.....	18
Dispraxias.....	18
Debilidad motriz.....	18
Digrafías.....	18
LA TERAPIA LÚDICA.....	19
Definición de la terapia lúdica.....	19
Beneficios de la terapia lúdica.....	20
Fines de la terapia lúdica en el desarrollo del niño, niña con parálisis cerebral infantil.....	21
Proceso terapéutico de la terapia lúdica.....	22
Espacio adecuado para brindar terapia lúdica a niños con parálisis cerebral infantil.....	22
Técnicas para desarrollar la terapia lúdica.....	23
De expresión corporal y movimiento.....	23
De expresión plástica y narrativa.....	24
De expresión sensorial.....	24
De expresión afectiva.....	25
Juego de descarga y de expresión emocional.....	25
Juego de visualización imaginativa.....	25
Juego de expresión creativa.....	26
Juego proyectivo simbólico.....	26
De expresión dramática.....	27
De expresión musical.....	27
Material para realizar terapia lúdica.....	27
Importancia de las capacitaciones en la terapia lúdica.....	28
e. MATERIALES Y MÉTODOS.....	29
f. RESULTADOS.....	32

g. DISCUSIÓN	41
h. CONCLUSIONES	44
i. RECOMENDACIONES	45
PROPUESTA ALTERNATIVA	46
j. BIBLIOGRAFÍA	60
k. ANEXOS	64
a. TEMA	65
b. PROBLEMÁTICA	66
c. JUSTIFICACIÓN	71
d. OBJETIVOS	73
e. MARCO TEÓRICO	74
1. PARALISIS CEREBRAL	77
1.1. DEFINICIÓN	77
1.2. CARACTERÍSTICAS DE LA PARALISIS CEREBRAL	77
1.3. CAUSAS	77
1.3.1. Causas Prenatales	78
1.3.2. Causas Perinatales	78
1.3.3. Causas Posnatales	79
1.4. CLASIFICACION DE LA PARALISIS CEREBRAL	79
1.4.1. Efectos Funcionales	79
1.4.2. Topografía Corporal	81
1.4.3. Según el Tono Muscular	81
1.4.4. Otros trastornos asociados o no	82
1.5. PRINCIPIOS DE TRATAMIENTO	82
2. MOTRICIDAD FINA	83
2.1. Definición de la motricidad fina	83
2.2. ACCIONES DE LA MOTRICIDAD FINA	84
2.2.1. La Toma	84
2.2.2. Presión	85
2.2.3. Soltar	86
2.2.4. Grafo-motricidad	86

2.2.4.1. Uso del lápiz.....	87
2.2.4.2. Garabateo y dibujo.....	87
2.2.4.3. Distinción y fluidez de movimientos finos.....	88
2.3. DESARROLLO DE LA MOTRICIDAD FINA.....	88
2.3.1. Fases del desarrollo de la motricidad fina.....	89
2.4. DEFICIENCIA MOTRIZ.....	92
2.4.1. PRINCIPALES DIFICULTADES DE LA DEFICIENCIA MOTRIZ.....	92
2.4.1.1 Dispraxias.....	92
2.4.1.2. Debilidad motriz.....	93
2.4.1.3. Digrafías.....	93
2.5. Principales causas de alteraciones motrices.....	94
2.6. Accesibilidad de las personas con deficiencia motriz.....	95
2.7. Proceso de rehabilitación para los problemas de la psicomotricidad.....	96
2.7.1. Terapia de psicomotricidad en base a la rehabilitación.....	97
3. TERAPIA LÚDICA.....	100
3.1. Definición de la terapia lúdica.....	100
3.2. Beneficios de la terapia lúdica.....	101
3.3. Terapia lúdica para el mejoramiento de la motricidad fina en niños con parálisis cerebral infantil.....	101
3.4. La terapia lúdica en la estimulación temprana de los niños con parálisis cerebral infantil.....	102
3.5. Fines de la terapia lúdica en el desarrollo del niño y niña con parálisis cerebral infantil.....	102
3.6. Leyes o principios de la educación en la terapia lúdica de los niños.....	103
3.7. Objetivos de las actividades y juegos en los niños con parálisis cerebral infantil.....	105
3.8. Técnicas para el desarrollo del juego y actividades del niño con parálisis cerebral infantil.....	107

3.9. Actividades y juegos para desarrollar la motricidad fina en los niños con parálisis cerebral infantil.....	110
3.10. Rincones con ayuda del maestro.....	111
3.11 Técnicas para el desarrollo de la terapia lúdica.....	111
f. METODOLOGÍA.....	121
g. CRONOGRAMA.....	123
h. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO.....	124
i. BIBLIOGRAFIA.....	126
Anexos.....	130
INDICE.....	138