



**UNIVERSIDAD NACIONAL
DE LOJA**

**ÁREA DE LA EDUCACIÓN, EL ARTE Y
LA COMUNICACIÓN**

**CARRERA DE PSICORREHABILITACIÓN Y
EDUCACIÓN ESPECIAL**

TÍTULO:

**LOS MÉTODOS DE TERAPIA OCUPACIONAL EN
LA PSICOMOTRICIDAD GRUESA DE LOS NIÑOS Y
NIÑAS CON PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL DE
8-10 AÑOS QUE ASISTEN AL C.A.D.E, EN EL
PERIÓDO MARZO-SEPTIEMBRE 2013.**

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

AUTORA: JOHANA MARIVEL ARMIJOS DÍAZ

DIRECTORA: DRA. SILVIA TORRES DÍAZ

**LOJA - ECUADOR
2014**

Educación
sinónimo de
Libertad



CERTIFICACIÓN

Dra. Silvia Torres Díaz.

**DOCENTE INVESTIGADOR DE LA CARRERA DE
PSICORREHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL DE LA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA.**

CERTIFICA:

Haber asesorado, dirigido y revisado detalladamente el presente trabajo de investigación, previo a la obtención del título de Licenciada en Psicorrehabilitación y Educación Especial, de la autoría de JOHANA MARIVEL ARMIJOS DIAZ, el mismo que se desarrolló bajo el tema: **LOS MÉTODOS DE TERAPIA OCUPACIONAL EN LA PSICOMOTRICIDAD GRUESA DE LOS NIÑOS Y NIÑAS CON PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL DE 8-10 AÑOS QUE ASISTEN AL C.A.D.E, EN EL PERÍODO MARZO-SEPTIEMBRE 2013.** En tal virtud autorizo la presentación correspondiente para el estudio respectivo por parte del tribunal y consecuentemente para la sustentación y defensa pública, dado que cumple con las disposiciones reglamentarias de graduación que exige la Universidad Nacional de Loja.

Loja, Junio de 2014



Dra. Silvia Torres Díaz.
DIRECTOR DE TESIS

AUTORÍA

Yo, Johana Marivel Armijos Díaz, 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: Johana Marivel Armijos Díaz.

Firma:


Cédula: 110515015-3

Fecha: 10 de junio de 2014.

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

Yo, Johana Marivel Armijos Díaz, declaro ser autora de la tesis titulada: LOS MÉTODOS DE TERAPIA OCUPACIONAL EN LA PSICOMOTRICIDAD GRUESA DE LOS NIÑOS Y NIÑAS CON PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL DE 8-10 AÑOS QUE ASISTEN AL C.A.D.E, EN EL PERÍODO MARZO-SEPTIEMBRE 2013, como requisito para optar al grado de Licenciada en Psicorrehabilitación y Educación Especial: autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

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

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

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 10 días del mes de junio de dos mil catorce, firma la autora.

Firma:


Autora: Johana Marivel Armijos Díaz.

Cédula: 110515015-3.

Dirección: Alemania y Paraguay.

Correo Electrónico: yovicitas@hotmail.com.

Teléfono: 2- 107 068 **Celular:** 0983692150

DATOS COMPLEMENTARIOS

Director de tesis: Dra. Silvia Torres Díaz.

Tribunal de Grado:

Dr. Oscar Cabrera Iñiguez, Mg.Sc. (Presidente)

Dra. Alexandra Guerrero Analuisa, Mg.Sc. (Vocal)

Dra. Alba Valarezo, Mg.Sc. (Vocal)

AGRADECIMIENTO

Con emoción, expreso los debidos respetos y agradecimientos a la Universidad Nacional de Loja, al Área de la Educación, el arte y la comunicación, a la carrera de Psicorrehabilitación y Educación Especial, por haberme permitido ingresar a sus aulas y formarme académicamente. A los docentes del ciclo, quienes con sus conocimientos y experiencias apoyaron a la formación moral y profesional, además con su solvencia académica y calidad humana facilitaron la base teórica conceptual en el campo de investigación, de manera especial un agradecimiento a la Dra. Silvia Torres Díaz, directora de tesis, quien con elevada capacitación e ilustrado criterio orientó el desarrollo del presente trabajo. Y a todos a los que me han ayudado de una u otra manera a obtener mi título de licenciada.

LA AUTORA

DEDICATORIA

El esfuerzo plasmado en esta investigación, la dedico con mucho aprecio a toda mi familia, al amor y a la amistad.

A mi madre, por ser el pilar más importante y por demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional por su bondad y sacrificio que me a inspirado a ser mejor para ella.

A mi padre, a pesar de nuestra distancia física, siento que estás conmigo siempre y aunque nos faltaron muchas cosas por vivir juntos, sé que este momento es tan especial para ti como lo es para mí.

A mis hermanos, Alex, Jefferson, Josué, Thalía y Evelyn, por compartir momentos significativos conmigo y por siempre estar dispuestos a escucharme y ayudarme en cualquier momento.

JOHANA MARIVEL

ÁMBITO GEOGRÁFICO DE LA INVESTIGACIÓN												
Biblioteca: Área de la Educación, el Arte y la Comunicación												
TIPO DE DOCUMENTO	AUTOR/NOMBRE DEL DOCUMENTO	Fuente	Fecha /Año	ÁMBITO GEOGRÁFICO DE LA INVESTIGACIÓN								Notas observadas
				Nacional	Regional	Provincia	Cantón	Parroquia	Barrio comuna	Otras degradaciones		
TESIS	Johana Marivel Armijos Díaz LOS MÉTODOS DE TERAPIA OCUPACIONAL EN LA PSICOMOTRICIDAD GRUESA DE LOS NIÑOS Y NIÑAS CON PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL DE 8-10 AÑOS QUE ASISTEN AL C.A.D.E, EN EL PERIODO MARZO-SEPTIEMBRE 2013.	UNL	2014	Ecuador	Zona 7	Loja	Loja	El Sagrario	Buena Esperanza	CD	Licenciada en Psicorrehabilitación y Educación Especial	

ESQUEMA DE TESIS

- Portada.
- Certificación.
- Autoría.
- Carta de autorización.
- Agradecimiento.
- Dedicatoria.
- Ámbito Geográfico de la investigación.
- Mapa geográfico de ubicación de la investigación.
- Croquis del sitio de intervención.
- Esquema de tesis

- a. Título
- b. Resumen en castellano y traducido al inglés
- c. Introducción
- d. Revisión de Literatura
- e. Materiales y Métodos
- f. Resultados
- g. Discusión
- h. Conclusiones
- i. Recomendaciones
- j. Bibliografía y
- k. Anexos

a. TÍTULO

LOS MÉTODOS DE TERAPIA OCUPACIONAL EN LA PSICOMOTRICIDAD GRUESA DE LOS NIÑOS Y NIÑAS CON PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL DE 8-10 AÑOS QUE ASISTEN AL C.A.D.E, EN EL PERÍODO MARZO-SEPTIEMBRE 2013.

b. RESUMEN

El presente Proyecto de Investigación titulado LOS MÉTODOS DE TERAPIA OCUPACIONAL EN LA PSICOMOTRICIDAD GRUESA DE LOS NIÑOS Y NIÑAS CON PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL DE 8-10 AÑOS QUE ASISTEN AL C.A.D.E, EN EL PERIÓDO MARZO-SEPTIEMBRE 2013, se encaminó considerando que el objetivo general plantea: conocer la influencia de los métodos de la terapia ocupacional que se aplican en la psicomotricidad gruesa de niños, niñas con parálisis cerebral infantil de 8-10 años de edad, que asisten al Centro de Rehabilitación “C.A.D.E” de la ciudad de Loja.

Para su realización se utilizaron métodos como: el científico, descriptivo y estadístico, la técnica de la encuesta, que estuvo dirigida a doce profesionales del centro de rehabilitación y un instrumento aplicado a 6 niños y niñas con PC el cual fue la ficha de valoración de la motricidad gruesa de Muzaber L. Como producto de la investigación se llegó a la conclusión de que la metodología de Bobath y la influencia de este en la psicomotricidad gruesa en los niños y niñas con PC, esto contrastado con la ficha de valoración aplicada que como resultado final muestra un nivel psicomotriz poco o muy afectado en las respectivas áreas evaluadas, con especial afección en lo que se refiere al control de pies, piernas y tronco con un 83% respectivamente. De acuerdo a esto se recomienda considerar el planteamiento de nuevas metodologías para realizar el trabajo terapéutico ocupacional con los menores, para así mejorar su nivel de psicomotricidad gruesa y por ende su desenvolvimiento en cuanto a lo personal y social, mejorando además su calidad de vida.

SUMMARY

This research project entitled **METHODS OF OCCUPATIONAL THERAPY IN THE THICK PSYCHOMOTRICITY OF CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY CHILDREN 8-10 YEARS OF ATTENDING THE CADE IN THE PERIOD MARCH-SEPTEMBER 2013**, headed considering the overall objective poses meet the influence of occupational therapy methods applied in gross motor skills of children with cerebral palsy aged 8-10, who attend the Rehabilitation Centre " CADE " from the city of Loja. Scientific , descriptive and statistical , technical survey , which was aimed at twelve professional rehabilitation center and an instrument applied to 6 children with PC which was the record of assessment : For its realization methods as used the gross motor Muzaber L. as a result of the investigation concluded that the methodology of Bobath and the influence of this in gross motor skills in children with CP, this contrasted with the record of assessment as applied to final result shows a psychomotor level somewhat or very concerned in the respective areas assessed , with special condition in regard to the control of feet, legs and trunk with 83 % respectively. Accordingly it is recommended that the approach of new methodologies for occupational therapy work with children to improve their level of gross motor skills and therefore their development in terms of personal and social, further improving their quality of life.

c. INTRODUCCIÓN

El propósito de la Terapia Ocupacional se dirige a ayudar a los individuos a lograr una actitud positiva hacia sus capacidades y modificar gradualmente su habilidad disminuida con vistas a una mayor independencia en sus actividades. Ayudando a que una persona mantenga una vida lo más normal e independientemente posible a pesar de sus limitaciones y valorando el potencial que cada uno tiene para el logro de nuevas destrezas. Aucouturier, B. y Col. (2000).

Por lo cual se ha desarrollado el trabajo investigativo titulado **LOS MÉTODOS DE TERAPIA OCUPACIONAL EN LA PSICOMOTRICIDAD GRUESA DE LOS NIÑOS Y NIÑAS CON PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL DE 8-10 AÑOS QUE ASISTEN AL C.A.D.E, EN EL PERIÓDO MARZO-SEPTIEMBRE 2013.**

Con el fin de poder cumplir a cabalidad con el objetivo general propuesto, pues también se ha considerado plantear los siguientes objetivos específicos: establecer el nivel de la psicomotricidad gruesa de los niños, niñas con Parálisis Cerebral Infantil de 8-10 años de edad que asisten al C.A.D.E. Para con esto tener conocimiento de cuan afectados se encuentran los menores; determinar los métodos de terapia ocupacional que se aplican para trabajar la psicomotricidad gruesa en niñas, niños con Parálisis Cerebral Infantil de 8-10 años que asisten al C.A.D.E.; relacionar la aplicación de los métodos de la terapia ocupacional y su influencia en la psicomotricidad gruesa en los niños con Parálisis Cerebral Infantil.

Los referentes teóricos sobre los cuales se desarrolló la investigación están constituidos por: terapia ocupacional, introducción, definición y reseña histórica, objetivos que persigue, conceptos fundamentales en los que se basa como las áreas ocupacionales, los componentes del desempeño funcional, el equilibrio ocupacional, el contexto y entorno, estrategias y campos de intervención, materiales y métodos aplicados; Psicomotricidad, introducción, historia, definición, elementos de la psicomotricidad tales como: esquema corporal, lateralidad, estructuración espacial, equilibrio, respiración, tiempo y ritmo, motricidad tanto gruesa como fina; y, Parálisis Cerebral, definición, etiología y factores

de riesgo, la tipología según cuatro criterios: tipo, tono, topografía y grados de afectación, también se detalla las deficiencias asociadas y la intervención que se realiza.

Para la realización de la investigación se utilizaron métodos como: el científico, descriptivo y estadístico, la técnica de la encuesta que estuvo dirigida a 12 profesionales a cargo de la rehabilitación ocupacional del centro y el instrumento aplicado a los 6 niños y niñas con PC el cual fue la ficha de valoración de la motricidad gruesa de Muzaber L., luego de ello se realizó un cuadro comparativo en cuantos a la relación entre los métodos aplicados en la sala de terapia ocupacional en la psicomotricidad gruesa de la población que se ha tomado en cuenta.

Como producto de la investigación efectuada se concluyó:

El nivel de la psicomotricidad gruesa de los niños y niñas con Parálisis Cerebral Infantil de 8-10 años de edad que asisten al C.A.D.E.”, se ubica en un nivel poco o muy afectado, ya que no pueden realizar los ejercicios planteados con facilidad o si los realizan, necesitan de apoyo; y los profesionales que trabajan en el área de terapia ocupacional aplican la metodología de Bobath para realizar el trabajo terapéutico de la psicomotricidad gruesa en los niños con Parálisis Cerebral Infantil.

Conforme a esto, se recomienda:

Considerar el planteamiento de nuevas metodologías para realizar el trabajo terapéutico en la sala de terapia ocupacional con los menores, para así mejorar su nivel de la psicomotricidad gruesa y por ende su desenvolvimiento en cuanto a lo personal y social, mejorando además su calidad de vida.

Además que se debe vincular de manera responsable a los padres de familia para que con su ayuda en las sesiones y desde el hogar se pueda obtener mejores y mayores resultados en los menores.

d. REVISIÓN DE LITERATURA

1. TERAPIA OCUPACIONAL

1.1. Definición

Son muchas y variadas las definiciones que se proponen desde diversas corrientes y disciplinas sobre la terapia ocupacional:

La Terapia Ocupacional es, según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), "el conjunto de técnicas, métodos y actuaciones que, a través de actividades aplicadas con fines terapéuticos, previene y mantiene la salud, favorece la restauración de la función, suple los déficits invalidantes y valora los supuestos comportamentales y su significación profunda para conseguir la mayor independencia y reinserción posible del individuo en todos sus aspectos: laboral, mental, físico y social".

La Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT) por su parte dice: "La terapia ocupacional es una profesión que se ocupa de la promoción de la Salud y el Bienestar a través de la ocupación. El principal objetivo de la terapia ocupacional es capacitar a las personas para participar en las actividades de vida diaria. Los terapeutas logran este resultado mediante la habilitación de los individuos para realizar aquellas tareas que optimizarán su capacidad para participar, o mediante la modificación del entorno para que éste refuerce la participación".

La definición de la ASOCIACIÓN CANADIENSE DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES (1993) dice: "Terapia ocupacional es una profesión de las ciencias de la salud que provee servicios a los individuos cuya capacidad para funcionar en su vida cotidiana está alterada como consecuencia de enfermedad o daños físicos, de problemas del desarrollo, del proceso de envejecimiento, de enfermedades mentales o problemas emocionales. Los objetivos de la Terapia Ocupacional son asistir al individuo para que alcance un estilo de vida independiente, productivo y satisfactorio. Los terapeutas ocupacionales utilizan actividades adaptadas para incrementar el funcionamiento del individuo y su productividad".

El Comité Europeo de Terapeutas Ocupacionales (COTEC) define la Terapia Ocupacional como: “Profesión de la salud que se fundamenta en el conocimiento y la investigación de la relación que existe entre la salud, la ocupación y ambiente en el bienestar de la persona ante la presencia de limitaciones físicas, cognitivas, sociales, afectivas y/o ambientales que alteran su potencial de desarrollo y su desempeño ocupacional; que utiliza actividades significativas para la persona teniendo como objetivo final restaurar, mantener y/o desarrollar habilidades necesarias para integrarse y participar en su esfera biopsicosocial”

Para WILLIARD and SPACKMAN, HOPKINS y SMITH (1993), es el arte y ciencia de dirigir la participación del hombre en tareas seleccionadas para restaurar, reforzar y mejorar el desempeño, facilitar el aprendizaje de aquellas destrezas y funciones esenciales para la adaptación y la productividad, disminuir o corregir enfermedades, promover y mantener la salud.

Según PIERCE (2001), la ocupación es construida a través de las experiencias del individuo contextualizadas en un tiempo y espacio concreto e irrepetible, dando énfasis al sentido y significado que para cada ser humano tienen las actividades.

BARTON (1917) plantea que es la ciencia que enseña y estimula al enfermo como realizar el trabajo que le proporcionará energías, y como utilizando actividades se obtiene un efecto terapéutico beneficioso.

Según KIELHOFNER (1995), la implicación de los seres humanos en actividades productivas, juegos, actividades lúdicas y de la vida diaria, genera y mantiene cambios en las capacidades del individuo. De esta forma el comportamiento ocupacional contribuye a la organización y desarrollo de las estructuras físicas y al desarrollo psicológico, afectivo y social.

Según la Asociación Española de Terapeutas Ocupacionales APETO, (1999) la terapia ocupacional es una: “Disciplina socio-sanitaria que evalúa la capacidad de la persona para desempeñar las actividades de la vida cotidiana e interviene cuando dicha capacidad corre un riesgo o está dañada por cualquier causa”.

Definición de la ASOCIACIÓN AMERICANA DE TERAPIA OCUPACIONAL, (1986): La Terapia Ocupacional es la utilización terapéutica de las actividades de la vida diaria, productivas y de ocio en personas que se encuentran limitadas (por un trauma físico, psíquico o enfermedad, disfunción psicosocial, incapacidades del desarrollo o del aprendizaje, pobreza y diferencias culturales o por el proceso de envejecimiento), con los fines de maximizar la independencia, prevenir la discapacidad, mejorar el desarrollo y mantener la salud. Se incluye la adaptación de tareas y/o la intervención sobre el ambiente para lograr la máxima independencia y mejorar la calidad de vida.

El núcleo común de la Terapia Ocupacional es la "actividad con intención", ésta es utilizada como herramienta fundamental para prevenir y mediar en la disfunción y producir la máxima adaptación.

1.2. Conceptos fundamentales

1.2.1. Áreas ocupacionales:

Son categorías amplias de la actividad humana. Es decir, cualquier actividad que realicemos en nuestra vida. En Terapia Ocupacional se conocen generalmente tres áreas de ocupación:

Área ocupacional de automantenimiento:

- **Actividades de la vida diaria básicas (A.V.D.b):** actividades de autocuidado

Cuidado personal:

higiene (baño)

vestido

arreglo personal

alimentación (alimentarse - comida)

continencia

utilización del WC

Movilidad funcional:

transferencias (silla de ruedas, bañera, cama)

Locomoción:

marcha

escaleras

asesoramiento y uso sillas de ruedas

auxiliares para la marcha

- **Actividades de la vida diaria instrumentales (A.V.D.i):** son actividades más complejas que las anteriores e indicarían la capacidad del individuo para vivir de forma autosuficiente en su entorno habitual (control de la medicación, de los asuntos económicos, de las cuestiones administrativas, de la dieta, de la tecnología existente a nuestro alrededor)

Comunicación funcional

comprensión

expresión

Preparación de comida

Rutina de medicamentos

Manejo de dinero

Cuidado de la ropa

Manejo del teléfono

Manejo del transporte

- **Actividades de la vida diaria avanzadas (A.V.D. a):** no son indispensables para el mantenimiento de la independencia y están en relación con el estilo de vida del sujeto. Son actividades que permiten al individuo desarrollar sus papeles: ocio, participación en grupos, contactos sociales, viajes, deportes.

Estas A.V.D.: actividades básicas (imprescindibles para sobrevivir), actividades instrumentales (necesarias para vivir de manera independiente), actividades avanzadas

(necesarias para una vida socialmente satisfactoria) poseen una estructura jerárquica. Su complejidad va aumentando conforme aumentamos de nivel y, en la mayoría de los casos, poder realizar las de un nivel, supone poder realizar las de los niveles inferiores.

Área ocupacional productiva:

Actividades remuneradas o no, que proporcionan un servicio a la comunidad.

Estas actividades están relacionadas con el cuidado del hogar (trabajos domésticos, jardinería, mantenimiento de la propiedad y del coche), con el cuidado de la familia (preparación de la comida, cuidado de los miembros de la familia, compras, atención a los animales de compañía) y con el trabajo (remunerado, no remunerado, estudios).

De acuerdo con esta definición esta actividad productiva no está limitada a los adultos y se extiende a los niños y a los ancianos.

Estas actividades proporcionan sentimiento de utilidad, de confianza personal e identidad social:

✓ Manejo del hogar:

limpieza

planificación de tareas

compras

organización de comidas

procedimientos de seguridad

✓ Cuidado de terceras personas

✓ Actividades educativas

✓ Actividades laborales:

exploración vocacional

adquisición de empleo

desempeño del empleo

planificación de la jubilación

Área ocupacional de ocio:

Conjunto de ocupaciones (actividades, tareas o roles) a las que el individuo puede dedicarse de manera libre y voluntaria cuando se ha librado de sus obligaciones profesionales o sociales, sea para descansar o para divertirse, sea para desarrollar su información o su formación desinteresada, su voluntaria participación social o su libre capacidad creadora. (DUMAZEDIER)

Esta distribución no significa que todas las actividades del ser humano puedan clasificarse estrictamente en una de estas áreas; muchas veces las actividades se superponen entre las distintas áreas o según el significado que tenga para la persona puede enmarcarse en un área o en otra.

En la actualidad se cree que para mantener la salud, las ocupaciones de los individuos deben mantener un equilibrio entre la habilidad de cuidar de ellos mismos (actividades de automantenimiento), su contribución al entorno social y económico (actividades productivas) y la satisfacción y disfrute de la vida (actividades de ocio).

Cada ocupación pone en juego una serie de habilidades o destrezas humanas fundamentales que, en una diversidad de grados y en diferentes combinaciones, se requieren para una participación satisfactoria en las distintas áreas de desempeño, llamados componentes del desempeño funcional.

1.3. Métodos aplicados en la terapia ocupacional.

1.3.1. Método de Glenn Doman

El Dr. Glenn Doman (1919-2013), médico estadounidense, comenzó a dedicarse al tratamiento de los niños con lesiones cerebrales con el neurólogo Temple Fay. Utilizaba sus métodos, basadas en movimientos progresivos, muy eficaces tanto en áreas motrices como en áreas más intelectuales.

Se centraban en el trabajo con los reflejos, fundamentalmente con niños con parálisis cerebral.

Al observar los progresos que se conseguían en estos niños, Doman decide trasladar sus conocimientos al resto de los niños, de manera que se potenciara su capacidad de aprendizaje. Elabora su teoría acerca del desarrollo cerebral, un Perfil del Desarrollo Neurológico y sistematiza una labor educativa, estructurada mediante programas secuenciados, con métodos precisos y eficaces.

Funda a finales de los años 50 los Institutos para el Desarrollo del Potencial Humano en Filadelfia (EEUU), iniciando lo que Doman y sus discípulos han llamado, una “Revolución Pacífica”.

Su metodología de intervención se basa en aprovechar al máximo las posibilidades del individuo, siendo fundamental el momento temprano en que se comienza, ya que más adelante no se conseguirán muchas metas.

Este método exige la repetición de las diversas actividades durante varias veces al día. Además, es muy estricto en cuanto al cumplimiento de estas rutinas.

El método Doman se subdivide en:

- Programa de lectura
- Programa de inteligencia (o conocimientos enciclopédicos)
- Programa musical
- Programa de matemáticas
- Programa de escritura
- Programa de excelencia física
- Programa de segundo idioma como lengua extranjera

1.3.2. Método de Bobath

Es un concepto terapéutico para el tratamiento global de personas con trastornos del sistema nervioso. Fue creado por el Doctor Karel Bobath (neurofisiólogo) y su mujer Berta Bobath (maestra) en los años cincuenta, basándose en los conocimientos de la neurociencia de aquellos días.

Entre los dos, Berta desde el aspecto clínico y Karel desde la neurociencia disponible en esos tiempos, desarrollaron el Concepto Bobath para el tratamiento de niños y adultos con trastorno neuromotor. Los dos viajaron por diferentes partes del mundo, enseñando y entrenando a distintos profesionales en el Concepto, los cuales continuaron y continúan hoy en día con el desarrollo de este Concepto Vivo.

El Concepto es conocido como una forma de observación, análisis, interpretación y consiguiente tratamiento de la parálisis cerebral, del daño cerebral sobrevenido y otras lesiones neurológicas del sistema nervioso central con repercusión en el sistema sensorio motor. Se fundamenta en dos principios fundamentales:

1. Inhibir el tono anormal mediante la utilización de posturas que lo disminuye.
2. Facilitar las reacciones automáticas deseadas.

El Concepto es aplicado por diferentes profesionales: psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, logopedas, maestros, auxiliares. Todos ellos a través de la observación y valoración de las discapacidades funcionales del paciente, planifican un programa de tratamiento que abarca todas y cada una de sus carencias y dificultades, con el fin de modificarlas hasta conseguir una mayor funcionalidad. El tratamiento de los trastornos del movimiento a través de Concepto Bobath se basa en un enfoque en el que se considera al individuo de una manera global. Se tienen en cuenta los siguientes aspectos:

- **Mecanismos o etapas**

Flacidez: Se da en el cerebro en los núcleos inhibitorios (tracto corticoespinal, formación reticular, núcleo rojo), de allí pasa a la medula, donde por sus astas anteriores salen a las fibras gama, luego llegan al huso muscular por lo tanto el impulso no es enviado, el músculo se encuentra flácido.

Espasticidad: Afecta los núcleos facilitadores (hemisferios cerebelos, núcleo vestibular, núcleo rojo), por lo tanto hay una excesiva e inapropiada activación muscular, hay trastornos de acción voluntaria, no mantiene postura, equilibrio y marcha aumenta el tono flexor y tono extensor en mmii.

Recuperación: Se encarga de integrar el hemicuerpo afectado, en esta etapa se continúa con refuerzos al paciente.

- **Reacciones Posturales Normales**

Base necesaria para los movimientos y habilidades funcionales que permiten controlar la cabeza y el tronco, mantener y establecer la alineación normal de la cabeza con el cuerpo y de este con los miembros.

De Enderezamiento: Reacciones automáticas que sirven para mantener y restablecer la posición normal de la cabeza con el espacio.

De Equilibrio: Reacciones automáticas que sirven para mantener y restablecer el equilibrio durante todas las actividades.

- **Reacciones Posturales Anormales**

Ausencia o disminución de las reacciones anteriores que impiden el ajuste postural.

Reacciones Asociadas: Reacciones posturales en los músculos de control voluntario, el tono se modifica con la excitación y el esfuerzo produciendo espasticidad.

Tónico cervical: Liberado en el paciente espástico influye la distribución del tono y la postura.

Reacción de Apoyo Positivo Liberado: Contracción simultánea de flexión y extensión, los agonistas no se relajan.

- **Técnicas**

Patrón de inhibición refleja: Inhibe los patrones de movimiento anormales, que se encuentran en contra del patrón sinérgico.

Ejercicios rotacionales: Se realizan a nivel de las articulaciones, en forma lenta y progresiva, primero en miembros superiores y luego en inferiores.

Golpes ligeros alternados: Estimulan equilibrio en posiciones antigravitatorias.

Puntos clave de control: Puntos específicos que facilitan movimientos o cortan un patrón de movimiento.

Proximal: cabeza, columna, cinturón escapular, cintura pélvica.

Distal: muñeca, pulgar, rodillas y pie.

Descarga de peso: Actúa en los receptores propioceptivos de todo el cuerpo, relacionándose con el engrama cerebral.

Rotación de tronco: Se hace de forma discriminada, normaliza el tronco a través de las extremidades.

Tapping de deslizamiento: Estimulo táctil de la fibra muscular, se realiza de distal a proximal.

Tapping de inhibición: Se realiza realizando una rotación externa de proximal a distal, llevando el segmento a una elongación.

Mediante la observación y la valoración del paciente se analizan cuáles son sus alteraciones en cuanto a función, movimiento y tono, para luego marcar unos objetivos y en función de ellos planificar el tratamiento. Al tratarse las afecciones del sistema nervioso de patología compleja, se deben tener en cuenta también las capacidades cognitivas, perceptivas y adaptativas del paciente. El objetivo final del Concepto Bobath es proporcionar al paciente la capacidad de integrarse en la sociedad de la forma más independiente y autónoma posible. Por ello, el Concepto Bobath es aplicable a un gran número de desórdenes del movimiento, como Hemiparesias, Ataxias, Parálisis Cerebral Infantil, Traumatismos Craneoencefálicos, Lesiones Medulares, Esclerosis Múltiple, Esclerosis Lateral Amiotrófica.

1.3.3. Método de Vojta

El Dr. Vojta descubrió que era posible desencadenar unas reacciones motoras repetidas (patrones de locomoción refleja) en el tronco y en las extremidades a partir de estímulos

definidos y partiendo de unas posturas determinadas. Al poder provocarlo en recién nacidos sanos y luego en adultos, pensó que se trataba de patrones motores innatos.

A partir de ello Vojta desarrolló una sistemática para el diagnóstico precoz de las alteraciones motoras y posturales de los lactantes, y una forma de tratamiento global de esas alteraciones, tanto para lactantes, como niños y adultos.

En la actualidad hay un equipo docente de fisioterapeutas y médicos, muchos de ellos formados por el propio Vojta, y representados por la Asociación Vojta Internacional (IVG), sin ánimo de lucro que imparten en todo el mundo formación cualificada de médicos y terapeutas VOJTA.

El Dr. Vojta comienza con una serie de observaciones en niños (entre 3 y 15 años) con parálisis cerebral infantil (PCI) en donde la mayoría de ellos eran espásticos si bien podían realizar la marcha independiente o con ayudas.

Concentrándose en reducir el pie equino observó que al intentar hacerlo, aparecían una serie de reacciones motoras que comprometían todo el cuerpo de forma global.

A lo largo de años de observaciones, llegó a la conclusión de que a través de una determinada postura y puntos de activación propioceptiva, lograba activar un amplio patrón postural que se desencadenaba desde ambos extremos: craneal y caudal. Se activaban en los niños con PCI grupos musculares, que hasta entonces no funcionaban. A estas acciones musculares las denominó Complejos de coordinación, porque sus contenidos cinesiológicos, aparecían regularmente. Estos complejos eran recíprocos, es decir, la reacción que aparecía desde un lado se podía provocar también desde el otro. Frente a esta activación, estos complejos de coordinación con determinadas acciones musculares, provocaban una tendencia de locomoción del tronco hacia arriba y adelante, teniendo como efecto final, el giro de la cabeza hacia el lado opuesto. Los niños experimentaban mejorías sin entrenamientos previos, disminuía la rigidez, se sentían más relajados, mejoraba el equilibrio, podían hablar mejor y mejoraban la motricidad fina.

1.3.4. Método de Kabat

El método Kabat o “método de los movimientos complejos” es una técnica de facilitación neuromuscular propioceptiva, de hecho, la más representativa de ellas. Se fundamenta en principios básicos que mencionaremos más adelante. Trabaja tanto con técnicas de facilitación o estimulación de acuerdo al efecto buscado.

Dentro de sus objetivos están:

- ✓ Reforzamiento muscular
- ✓ Aumento de la estabilidad
- ✓ Aumento de la amplitud articular
- ✓ Restablecimiento de la coordinación
- ✓ Reentrenamiento del equilibrio
- ✓ Relajación muscular

Técnicas específicas

Con frecuencia estas técnicas se emplean de manera combinada, debiendo ser seleccionadas según el tipo de lesión. Pueden ser de dos tipos: de refuerzo y potenciación, o de relajación o estiramiento:

Refuerzo y potenciación:

- ✓ Contracciones repetidas: Se trata de repetir los mismos movimientos o patrón. La resistencia será la máxima que el paciente pueda soportar; se puede añadir el estiramiento y se realiza de dos maneras: por repetición del reflejo de estiramiento o por contracciones alternantes isométricas-isotónicas. En esta última, al final del recorrido isotónico se pide una contracción isométrica. Estas contracciones repetidas no están indicadas en post-operados recientes y los ortopédicos agudos.
- ✓ Inversión lenta: E paciente realiza un patrón contra resistencia máxima seguido inmediatamente del patrón antagonista. El cambio debe realizarse con rapidez.
- ✓ Inversión lenta y sostén: Lo mismo que el anterior, pero se añade una contracción isométrica al final de cada amplitud de movimiento.

- ✓ Estabilización rítmica: Se emplea una fuerte contracción isométrica del patrón agonista, seguido de una contracción isométrica del antagonista.

Relajación o estiramiento:

Estas técnicas facilitan la movilidad. Cómo por ejemplo:

- ✓ Sostener-relajar: Se aplica en pacientes que presentan una importante limitación de la amplitud articular. No provoca dolor. Se coloca el segmento en la máxima amplitud articular y se pide una contracción isométrica, sin permitir el movimiento. Después se relaja y se intenta ampliar el rango articular.
- ✓ Contraer-relajar: Igual que la precedente, pero se permite el movimiento de rotación, puede hacerse en puntos sucesivos del recorrido
- ✓ Inversión lenta, sostén y relajación: El objetivo es estimular al agonista después de relajar el antagonista. El paciente realiza el patrón hasta el límite de la movilidad articular. Seguidamente se provoca una contracción isométrica de los antagonistas, y se mantiene si es posible 30 segundos. A continuación, relajación progresiva, seguida de contracción isotónica del patrón agonista.

- ✓ Iniciación o técnica rítmica: Está reservada para pacientes que sufren alteraciones extrapiramidales, como rigidez o temblor. Tiene el propósito de promover la habilidad para iniciar el movimiento y aumentar la rapidez del mismo. Primero se ejecutarán los patrones de forma pasiva, por tanto, esta técnica estará contraindicada donde no se puedan realizar movilizaciones pasivas.

1.3.5. Método de Margaret Rood

El método Rood desarrollado por Margaret Rood terapeuta ocupacional y fisioterapeuta americana que pensó que mediante un manejo adecuado de estímulos sensoriales se consigue una mejor respuesta muscular debida a una normalización del tono, por medio de una evocación controlada de respuestas motoras reflejas; estímulos basados en el desarrollo sensomotor y graduados para lograr una respuesta motriz refleja que nos lleve a un nivel mayor de control, guiado hacia la realización de actividades o

propósitos significativos a la edad tratando de crear a nivel subcortical una respuesta o patrón motor correcto.

El método de facilitación más conocido de esta técnica es:

- ✓ El cepilleo rápido
- ✓ Golpeteo rápido
- ✓ La Vibración que se puede realizar con aparatos de vibración propiamente dicho.
- ✓ La estimulación con frío.
- ✓ Y por último también podríamos agregar el estiramiento muscular.

1.3.6. Método de Jacobson

Jacobson fue un genio, no solo elaboró un método original y eficaz sino que demostró la profunda imbricación entre cuerpo y mente probando que el estado del músculo influía incluso sobre la intensidad de la respuesta refleja, demostró que el pensamiento y el estado emocional afectaban al nivel de respuesta muscular probando una relación directa músculo - pensamiento - emociones.

La Relajación progresiva es un método de carácter fisiológico, está orientado hacia el reposo, siendo especialmente útil en los trastornos del sueño por la facilidad con que induce un reposo muscular intenso a través del cual sucede de forma espontánea la inmersión en el sueño.

El entrenamiento en relajación progresiva favorece una relajación profunda sin apenas esfuerzo permitiendo establecer un control voluntario de la tensión distensión que llega más allá del logro de la relajación en un momento dado.

Hay un ser equilibrado y sano en nosotros, la tensión lo oculta, la relajación como técnica descubridora nos lo muestra. Si la tensión es el estado ordinario la distensión es un estado extraordinario en que la conciencia se eleva por encima de la tensión.

Con el método de Jacobson recobramos el control de los músculos voluntarios, control que nunca debimos ceder al inconsciente. Jacobson pone el acento en la sensación, no

debemos solo tensar o relajar, sino prestar toda la atención a las sensaciones que se producen. No basta sentir, es necesario discriminar con claridad los diversos estados posibles de tensión y relajación, aún más: pedirse aflojar más y más cuando creo que ha llegado al máximo, un poco más y ser capaz de distinguir que algo ocurre. Es preciso pues en primer lugar ser capaz de reconocer la tensión muscular, cosa nada fácil en lugares que apenas siento, y en segundo lugar ser capaz de aflojar hasta ir eliminando toda tensión residual, inútil.

Es un método que favorece un estado corporal más energético pues favorece intensamente el reposo; permite reconocer la unión íntima entre tensión muscular y estado mental tenso, mostrando con claridad como liberar uno implica hacerlo con el otro. Todo el cuerpo percibe una mejoría, una sensación especialmente grata tras el entrenamiento en relajación progresiva y con la práctica la sensación se intensifica. Progresiva significa que se van alcanzando estados de dominio y relajación de forma gradual aunque continua, poco a poco, pero cada vez más intensos, más eficaces. No es un método breve, ni sus efectos lo son tampoco.

Jacobson proponía un sistema muy efectivo aunque muy difícil de utilizar en la práctica por ello muchos de sus seguidores produjeron variaciones muy interesantes, en esencia podemos resumir que su método se basaba en:

- ✓ Concentración de la atención en un grupo muscular.
- ✓ Tensión de ese grupo muscular, sin dolor, y mantener la tensión entre 20 y 30 segundos.
- ✓ Relajación de la musculatura, prestando atención a la sensación que se produce. Por ello tiene un componente muy elevado de propiocepción y por tanto de elevación del control de la zona que tratamos.

2. PSICOMOTRICIDAD

2.1. Definición

El diccionario de la Real Academia Española (RAE) reconoce tres significados del término psicomotricidad. El primero de ellos menciona la facultad de moverse que nace en la psiquis. El segundo hace referencia a integrar las funciones psíquicas y motrices, mientras que el tercero se orienta a las técnicas que permiten coordinar estas funciones.

El concepto de psicomotricidad, por lo tanto, está asociado a diversas facultades sensoriomotrices, emocionales y cognitivas de la persona que le permiten desempeñarse con éxito dentro de un contexto. La educación, la prevención y la terapia son herramientas que pueden utilizarse para moldear la psicomotricidad de un individuo y contribuir a la evolución de su personalidad.

El término que nos ocupa hay que subrayar que fue utilizado por primera vez a principios del siglo XX y más concretamente quien lo acuñó y empleó fue el neurólogo Ernest Dupré que lo utilizó para referirse a cómo diversas anomalías o problemas a nivel psíquico y mental traen consigo consecuencias en el aparato motor de una persona.

Una idea aquella de la que partieron otros científicos y estudiosos médicos como fue el caso del francés Henri Mallor. Este lo que hizo fue resaltar la importancia que en el niño tiene el movimiento pues es el que conseguirá que se desarrolle perfectamente a nivel psíquico.

Puede decirse que la psicomotricidad tiene como interés el desarrollo de las capacidades de expresión, creatividad y movilidad a partir del uso del cuerpo. Sus técnicas intentan ejercer una influencia positiva en la acción que se produce con intencionalidad, con el objetivo de fomentarla o modificarla de acuerdo a la actividad del cuerpo.

Se trata, en definitiva, de una concepción de características integrales sobre el individuo que combina la motricidad con la psiquis para que el ser humano logre adaptarse de manera exitosa al entorno. Es posible distinguir entre diversos ámbitos de acción de la

psicomotricidad, que derivan en corrientes o disciplinas como la psicomotricidad clínica (enfocada a personas con problemas en su evolución, proponiendo tratamientos mediante el uso del cuerpo) y la psicomotricidad educativa (que se desarrolla en la etapa escolar y se orienta a personas sanas para fomentar su desarrollo mediante el juego y la actividad física). Definición de psicomotricidad - Qué es, Significado y Concepto <http://definicion.de/psicomotricidad>

Existen variedad de personajes que se han preocupado por el estudio de la psicomotricidad, así que cada uno a propuesto su definición:

Definición consensuada por las asociaciones de Psicomotricidad y Psicomotricistas: El término psicomotricidad integra interacciones cognitivas, emocionales, simbólicas y sensoriomotrices en la capacidad del ser y de expresarse en un contexto psicosocial.

G^a Núñez y Fernández Vidal: "La psicomotricidad es la técnica o el conjunto de técnicas que tienden a influir en el acto intencional o significativo, para estimularlo o modificarlo, utilizando como mediadores la actividad corporal y su expresión simbólica. El objetivo de la psicomotricidad es aumentar la capacidad de interacción del sujeto con el entorno".

Berruezo (1995): la psicomotricidad es un enfoque de la intervención educativa o terapéutica cuyo objetivo es el desarrollo de las posibilidades motrices, expresivas y creativas a partir del cuerpo, lo que le lleva a centrar su actividad e interés en el movimiento y el acto, incluyendo todo lo que se deriva de ello: disfunciones, patologías, estimulación, aprendizaje, etc.

MUNIÁIN: la psicomotricidad es una disciplina educativa/reeducativa/terapéutica, concebida como diálogo, que considera al ser humano como una unidad psicosomática y que actúa sobre su totalidad por medio del cuerpo y del movimiento, en el ámbito de una relación cálida y descentrada, mediante métodos activos de mediación principalmente corporal, con el fin de contribuir a su desarrollo integral.

De LIÈVRE Y STAES (1992): la psicomotricidad es un planteamiento global de la persona. Puede ser entendida como una función del ser humano que sintetiza psiquismo

y motricidad con el fin de permitir al individuo adaptarse de manera flexible y armoniosa al medio que le rodea.

Julián de AJURIAGUERRA, pionero en este campo y creador de la Terapia Psicomotriz en 1959, considera que los comportamientos psicomotores están siempre en función de las emociones, de la afectividad del sujeto.

Como subraya F. BENRAIS (1988), la noción de vida afectiva esta eminentemente enlazada con la actividad motora, gestos y posturas, que se manifiestan en la conducta motora, aparecen como otras tantas características de la personalidad.

R. LECOYER (1991) considera la Psicomotricidad como el conjunto de comportamientos motores en función de su relación con el psiquismo.

LAGRANGE: la psicomotricidad es la educación del niño en su globalidad, porque actúa conjuntamente sobre sus diferentes comportamientos intelectuales, afectivos, sociales y motores.

AUCOUTURIER: define la Psicomotricidad como una disciplina que estudia, con un enfoque global, la particular manera del niño de ser y estar en el mundo, denominándola "expresividad psicomotriz".

STAMBACK, M.: Se considera como una de las ramas de la Psicología, referida a una de las formas de adaptación del individuo al mundo exterior: la motricidad. La psicomotricidad desde este punto de vista, se ocuparía "del rol del movimiento en la organización psicológica general, estableciendo las conexiones de la psicología con la neurofisiología".

VALLEY, M.: "El estudio de la motricidad¹⁶ en la cual se manifiesta el comportamiento en cualquier reacción visible exterior, sea refleja, voluntaria, espontánea o aprendida".

Le BOULCH, J.: El método psicocinético, es un método de pedagogía activa, se apoya sobre una psicología unitaria de la persona. Privilegia la experiencia vivida. Se apoya

sobre la noción de "reestructuración recíproca" que utiliza por último la dinámica de grupo en el trabajo.

De QUIRÓZ, B.: "La psicomotricidad es esencialmente la educación del movimiento o por medio del movimiento, que procura una mejor utilización de las capacidades psíquicas, mientras que la motricidad es fundamentalmente la capacidad de generar movimientos".

2.2. Elementos

2.2.1. Esquema Corporal

Según Ballesteros (1982), este concepto se puede definir como la representación que tenemos de nuestro cuerpo, de los diferentes segmentos, de sus posibilidades de movimiento y de acción, así como de sus diversas limitaciones. Es un proceso complejo ligado a procesos perceptivos, cognitivos y prácticos, que comienza a partir del nacimiento y finaliza en la pubertad, interviniendo en el mismo la maduración neurológica y sensitiva, la interacción social y el desarrollo del lenguaje.

2.2.2. Lateralidad

El cuerpo humano aunque a nivel anatómico es simétrico, a nivel funcional es asimétrico. El término lateralidad se refiere a la preferencia de utilización de una de las partes simétricas del cuerpo humano, mano, ojo, oído y pie. El proceso por el cual se desarrolla recibe el nombre de lateralización y depende de la dominancia hemisférica. Así, si la dominancia hemisférica es izquierda se presenta una dominancia lateral derecha, y viceversa. El que una persona sea diestra o zurda depende del proceso de lateralización. Se considera que un niño está homogéneamente lateralizado si usa de forma consistente los elementos de un determinado lado, sea éste el derecho (diestro) o el izquierdo (zurdo). Cuando la ejecución de un sujeto con una mano sea tan buena como con la otra se le denomina ambidextro. Mora y Palacios (1990) establecen que la lateralización se produce entre los 3 y los 6 años. Si un niño de 5 años no tiene todavía definida su dominancia lateral, especialmente, la referente a la mano, es necesario

reconducir la misma hacia el lado o mano con la que el sujeto se muestre más hábil y/o preciso.

2.2.3. Estructuración espacial

La orientación espacial implica establecer relaciones entre el cuerpo y los demás objetos, está asociada al espacio perceptivo e incluye esencialmente relaciones topológicas. La estructuración del espacio conlleva adquirir nociones de conservación, distancia, reversibilidad, etc., por lo que se convierte en un proceso largo que se va configurando desde los planos más sencillos (arriba, abajo, delante, atrás) a los más complejos (derecha-izquierda), dándose primero en la acción y pasando posteriormente a ser representados en uno mismo, en el otro y en el espacio con los objetos.

Este aspecto comprende, la capacidad que tiene el niño para mantener la constante localización del propio cuerpo, tanto en función de la posición de los objetos en el espacio como para colocar esos objetos en función de su propia posición, comprende también la habilidad para organizar y disponer los elementos en el espacio, en el tiempo o en ambos a la vez.

Las actividades que se sugiere son: dibujar una línea sobre la mesa, colocar una figura (animal) en uno de los lados, los niños irán soplando la figura hasta hacerla cruzar la línea; que los niños reúnan varios objetos y que los coloquen a diferente distancia, pedirle a los niños que camine entre ellas, etc.

2.2.4. Equilibrio

Reúne un conjunto de aptitudes estáticas y dinámicas incluyendo el control de la postura y el desarrollo de la locomoción. Es un paso esencial en el desarrollo neuropsicológico del niño ya que es clave para realizar cualquier acción coordinada e intencional. Cuanto menos equilibrio se tiene más energía se consume en la ejecución y coordinación de determinada acción, por lo que se acaba distrayendo la atención e incrementándose la ansiedad.

2.2.5. Respiración

La respiración está vinculada a la percepción del propio cuerpo y a la atención interiorizada que controla el tono muscular y la relajación segmentaria. Hay una estrecha vinculación entre respiración y comportamiento. Existe evidencia de la relación entre el centro respiratorio y partes corticales y subcorticales del cerebro. La respiración depende del control voluntario e involuntario y está relacionada con la atención y la emoción. La toma de conciencia de cómo respiramos y la adecuación en cómo lo hacemos, tanto en lo referido a ritmo como a profundidad, son los aspectos fundamentales en el control respiratorio.

2.2.6. Tiempo y ritmo

Las nociones de tiempo y de ritmo, se elaboran a través de movimientos que implican cierto orden temporal, se pueden desarrollar nociones temporales como: rápido, lento; orientación temporal como: antes-después y la estructuración temporal que se relaciona mucho con el espacio, es decir la conciencia de los movimientos, ejemplo: cruzar un espacio al ritmo de una pandereta, según lo indique el sonido.

Entre las actividades se sugiere que los niños se sitúen alrededor del docente quien irá dando golpes a la pandereta, con cada golpe los niños avanzan un paso y si da dos golpes avanzarán dos pasos; los niños se imaginan que están comiendo en un restaurant y dramatizan la acción, etc.

2.2.7. Motricidad

Está referida al control que el niño es capaz de ejercer sobre su propio cuerpo. La motricidad se divide en gruesa y fina, así tenemos:

2.2.7.1. Motricidad gruesa:

El área motricidad gruesa tiene que ver con los cambios de posición del cuerpo y la capacidad de mantener el equilibrio. Está referida a la coordinación de movimientos amplios, como: rodar, saltar, caminar, correr, bailar, etc.

Desarrollo de la motricidad gruesa

En el desarrollo motor se observan tres fases, sus características y las edades aproximadas son las siguientes:

✓ Primera fase: del nacimiento a los 6 meses.

Se caracteriza por una dependencia completa de la actividad refleja, especialmente de la succión. Alrededor de los tres meses, el reflejo de succión desaparece debido a los estímulos externos, que incitan el ejercicio y provocan una posibilidad más amplia de acciones y el inicio de los movimientos voluntarios.

✓ Segunda fase: de los 6 meses a los 4 años.

Se caracteriza por la organización de las nuevas posibilidades del movimiento. Se observa una movilidad más grande que se integra con la elaboración del espacio y del tiempo. Esta organización sigue estrechamente ligada con la del tono y la maduración.

✓ Tercera fase: de los 4 a los 7 años.

La tercera fase corresponde a la automatización de estas posibilidades motrices que, forman la base necesaria para las futuras adquisiciones.

Específicamente se observan las siguientes adquisiciones en el desarrollo motor:

- Al cumplir un año de edad se puede mantener de pie durante ratitos pequeños y camina con ayuda.
- Cuando tiene un año y medio ha conseguido andar y puede subir escalones con ayuda. Toca todo, se agacha y es capaz de levantarse y sentarse sólo en una silla.
- Cuando tiene 2 años aparece la carrera y puede saltar con los dos pies juntos. Se puede poner en cuclillas, sube y baja las escaleras apoyándose en la pared.
- A los 3 años controla bien su cuerpo y se consolidan las habilidades motoras adquiridas. Es decir En este año la carrera se perfecciona, sube y baja escaleras sin ayuda, puede ponerse de puntillas y andar sobre ellas.
- A los 4 años corre de puntillas, puede saltar sobre un pie. Se mueve sin parar y salta y corre por todas partes.
- A los 5 años el sentido del equilibrio y del ritmo está muy perfeccionado.

- A los 6 años la maduración está prácticamente completada, por lo que a partir de ahora y hasta los 12 años es el momento idóneo para realizar actividades que favorezcan el equilibrio y la coordinación de movimientos.

3. PARÁLISIS CEREBRAL

3.1. Definición

La Parálisis Cerebral describe un grupo de trastornos permanentes del desarrollo del movimiento y de la postura, que causan limitaciones en la actividad y que son atribuidos a alteraciones no progresivas ocurridas en el desarrollo cerebral del feto o del lactante. Los trastornos motores de la parálisis cerebral están a menudo acompañados por alteraciones de la sensación, percepción, cognición, comunicación y conducta, por epilepsia y por problemas músculoesqueléticos secundarios (Rosembaum, Paneth, Levinton, Goldstein y Bax, 2007, p. 9).

Existen referencias históricas sobre descripciones realizadas por Hipócrates y Galeno de cuadros coincidentes o similares con la entidad que hoy denominamos Parálisis Cerebral (PC), siendo descrita en 1861 por Littell, que relacionó la espasticidad que la caracteriza con la anoxia y el traumatismo de parto.

El término "parálisis cerebral" apareció por primera vez en 1888 en los escritos de William Osler. En 1897, Ferud resaltó los aspectos de anomalías del desarrollo intrauterino asociados a la PC infantil. Desde entonces, se ha utilizado en numerosas ocasiones y cada vez con mayores acuerdos la definición elaborada por la Confederación ASPACE en el año 2002 a través de los trabajos de una comisión técnica creada al efecto (González, T., et. al. 2002):

La Parálisis Cerebral (PC) es un trastorno global de la persona consistente en un desorden permanente y no inmutable del tono muscular, la postura y el movimiento, debido a una lesión no progresiva en el cerebro antes de que su desarrollo y crecimiento sean completos. Esta lesión puede generar la alteración de otras funciones superiores e interferir en el desarrollo del Sistema Nervioso Central.

De este modo, los cuadros de Parálisis Cerebral (PC) se describen como el conjunto de consecuencias derivadas de un trastorno global de la persona consistente en un desorden permanente, pero no inmutable, del tono muscular, de la postura y del movimiento, debido a una lesión no progresiva sufrida por el cerebro antes de que su desarrollo y crecimiento sean completos.

Debido a la irreversibilidad de las lesiones neurológicas, el desorden es permanente, pero no es inmutable, ya que las características del mismo podrán cambiar evolutiva o involutivamente, aun cuando la lesión no es progresiva, no aumenta ni disminuye y tampoco constituye un trastorno de tipo degenerativo.

Las lesiones derivadas de la parálisis cerebral pueden evidenciarse entre la etapa fetal hasta los tres años de edad. Los daños cerebrales que aparecen después de ese periodo pueden mencionarse como parálisis cerebral, pero no se los considera como parte de este trastorno.

En las naciones desarrolladas, la incidencia de esta enfermedad es de entre 2 y 2,5 por cada mil nacimientos. Cabe destacar que, pese a los avances médicos, dicha tasa no ha podido ser disminuida en las últimas seis décadas. Por otra parte, es necesario resaltar que aún no se ha hallado la cura para la parálisis cerebral. Por eso, la única alternativa es asistir y contribuir mediante tratamientos y estímulos al desarrollo personal de quien la sufre.

3.2. Tipología

A lo largo de nuestro recorrido por la Parálisis Cerebral Infantil, nos hemos dado cuenta de lo heterogénea que resulta a todos los niveles, en los grupos de incidencia, en sus causas, como no podía ser de otra forma esa misma heterogeneidad continua vigente en sus tipos. Como seguidamente veremos existen muchos tipos y lo que es peor existen también gran cantidad de clasificaciones, por ello aquí vamos a plasmar una que ya recogió Denhoff aunque su creador fue Perlstein y que se nos antoja tan válida como cualquier otra. El motivo de ceñirnos a ésta y no a otras es que su taxonomía atiende a diferentes criterios lo que la hace especialmente completa y digna de mención.

En la clasificación en cuestión encontramos 4 criterios diferentes, estos criterios son el tipo, la topografía, el tono y el grado.

3.2.1. En lo referente al tipo podemos señalar que se distingue entre:

✓ **Parálisis cerebral espástica**

En esta forma de parálisis cerebral que afecta de 70 a 80% de los pacientes, los músculos están rígidos y contraídos permanentemente. Los nombres asignados para estas clases de enfermedad combinan una descripción de las extremidades afectadas con el término de plejia o paresia para significar paralizado o débil respectivamente.

Cuando ambas piernas se afectan de espasticidad, estas pueden encorvarse y cruzarse a las rodillas. Esta postura en las piernas con apariencia de tijeras puede interferir con el caminar.

Su principal característica es el aumento del tono muscular, que puede ser espasticidad o rigidez. Se reconoce como una resistencia continua o plástica a un estiramiento pasivo en toda la extensión del movimiento.

Las principales características motoras son:

- Hipertonía de la variedad "navaja": Si los músculos espásticos se estiran a una velocidad determinada, responden de una manera exagerada; cuando se contraen, bloquean el movimiento. El reflejo de estiramiento hiperactivo puede presentarse al comienzo, en la mitad o cerca del final de la extensión del movimiento. Existen sacudidas tendinosas aumentadas, clonus ocasionales y otros signos de lesiones de neurona motora superior.
- Posturas anormales: Por lo general se las asocia con los músculos antigravitatorios que son extensores en la pierna y flexores en el brazo. Se encontrará una gran cantidad de variaciones, en especial cuando el niño llega a los diferentes niveles de desarrollo. Las posturas anormales se mantienen por los grupos musculares espásticos tirantes cuyos antagonistas son débiles, o al menos lo parecen en el sentido de que no pueden vencer el tirón tenso de los músculos espásticos y corregir así las posturas anormales.
- Los cambios en hipertonía y posturas: Estos pueden producirse mediante la excitación, el miedo o la ansiedad que aumentan la tensión muscular. Las

variaciones en la hipertonía ocurren en las mismas partes afectadas del cuerpo, o desde una parte del cuerpo a otra por ejemplo, en la estimulación de las reacciones anormales como las "reacciones asociadas" o los restos de la actividad refleja tónica. En algunos niños se observan con cambios de postura. La posición de la cabeza y la del cuello pueden afectar la distribución de la hipertonía debida a reflejos anormales encontrados en algunos pacientes. Los movimientos repentinos, a diferencia de los lentos, aumentan la hipertonía.

La hipertonía, puede ser tanto espasticidad como rigidez y la superposición entre ambas es imposible de diferenciar. La rigidez se reconoce mediante una resistencia continua o "plástica" o un estiramiento pasivo en toda la extensión del movimiento. Esta rigidez "de cañería" difiere de la espasticidad en que esta última ofrece resistencia en un determinado punto o en una pequeña parte de la extensión pasiva del movimiento. Para la programación del tratamiento, el tipo de hipertonía en general no tiene demasiada importancia y las técnicas para el desarrollo motor y la prevención de la deformidad son las mismas.

- **Movimiento voluntario:** La espasticidad no quiere decir parálisis, pues el movimiento voluntario está presente y puede elaborarse. Es posible que haya debilidad al iniciar movimientos o durante su transcurso en las diferentes partes de su extensión. Si la espasticidad disminuye o desaparece por medio de tratamiento o drogas, los músculos espásticos pueden ser fuertes o débiles. Una vez que disminuye la espasticidad quizá los antagonistas también resulten ser más fuertes puestos que ya no tienen que vencer la resistencia de los músculos espásticos tensos. Sin embargo, después de algún tiempo, ellos son proclives a volverse débiles por la falta de uso.

✓ **Parálisis cerebral atética**

Se caracteriza por alteraciones del tono muscular con fluctuaciones y cambios bruscos del mismo, aparición de movimientos involuntarios y persistencia muy manifiesta de reflejos arcaicos. Estos movimientos anormales afectan las manos, los pies, los brazos o

las piernas y, en algunos casos, los músculos de la cara y la lengua, causando el hacer muecas o babeo.

Los movimientos aumentan durante periodos de estrés emocional y desaparecen mientras se duerme. Los niños afectados con este tipo de PARÁLISIS CEREBRAL pueden tener problemas en la coordinación de los movimientos musculares necesarios para el habla, una condición conocida como disartria. La PARÁLISIS CEREBRAL atetoide afecta aproximadamente de 10 a 20% de los pacientes.

Las principales características motoras son:

- Movimientos involuntarios-atetosis: Son movimientos muy poco comunes, sin un propósito determinado y, a veces, incontrolables. Pueden ser lentos o rápidos y se presentan dentro de los tipos de contorsión, sacudida, temblor, manotazos o rotaciones o fuera de cualquiera de los modelos. En algunos niños se presentan estando en reposo. El movimiento involuntario se ve aumentado por la excitación, por cualquier tipo de inseguridad y por el esfuerzo de hacer un movimiento voluntario o incluso de abordar un problema mental. Los factores que disminuyen la atetosis son la fatiga, la somnolencia, la fiebre, la posición decúbito ventral o la atención muy concentrada del niño. La atetosis se puede presentar en todas las partes del cuerpo incluso en la cara o la lengua, pero sólo aparece en las manos o pies, en las articulaciones proximales o en las articulaciones distales o proximales.
- Movimientos voluntarios: Son posibles, pero puede haber un retraso inicial antes de que comience el movimiento. El movimiento involuntario puede interrumpir el voluntario en forma parcial o total, haciéndolo no coordinado. Hay una falta de movimientos más finos y debilidad.
- Hipertonía o hipotonía: Puede ser que existan o que se presenten fluctuaciones en el tono. Los atetoides algunas veces reciben la denominación de modelos de "tensión y no tensión". En ocasiones hay distonía o sacudidas de la cabeza, del tronco o los miembros. También se presentan espasmos repentinos de flexión o extensión.
- La danza atetoide: Algunos atetoides no logran mantener su peso sobre los pies, por lo que continuamente mueven los pies hacia arriba o hacia arriba y afuera en una danza atetoide. Ponen el peso sobre un pie mientras rascan o arañan el suelo en un

movimiento de separación con la otra pierna, lo que se atribuye al conflicto entre los reflejos de asir y soltar, que también puede observarse en las manos.

- Parálisis de los movimientos de la mirada: Encuentran dificultad para mirar hacia arriba y a veces para cerrar los ojos de manera voluntaria.
- Los atetoides cambian con el tiempo: Cuando son bebés son blandos y los movimientos involuntarios aparecen cuando llegan a los 2 o 3 años. Los adultos atetoides no parecen hipotónicos pero tiene tensión muscular, la cual se ve aumentada cuando se esfuerzan por controlar los movimientos involuntarios.

✓ **Parálisis cerebral atáxica.**

Esta forma rara afecta el equilibrio y la coordinación. Las personas afectadas caminan inestablemente con un modo de caminar muy amplio, poniendo los pies muy separados uno del otro y experimentan dificultades cuando intentan movimientos rápidos y precisos como el escribir o abotonar una camisa.

En ésta se pueden presentar temblores al intentar tomar o manipular un objeto. En esta forma de temblor, el empezar un movimiento voluntario, como agarrar un libro, causa un temblor que afecta la parte del cuerpo usada. El temblor empeora según el individuo se acerca al objeto deseado.

Las principales características motoras son:

- *Perturbaciones en el equilibrio.* Hay mala fijación de la cabeza, tronco, hombros y cintura pélvica. Algunos atáxicos compensan demasiado la inestabilidad con reacciones excesivas en los brazos para mantener el equilibrio. La inestabilidad también se encuentra en los atetoides y en los espásticos.
- *Los movimientos voluntarios:* Están presentes pero son torpes. El niño tiene disimetría, que cuando quiere asir un objeto se extiende demasiado o no llega. El movimiento del miembro inseguro en relación con el objetivo también puede presentarse junto con temblor intencional. Hay pocos movimientos manuales finos.
- *La hipotonía es común.*
- *El nistagmo puede estar presente.*

✓ **Parálisis cerebral mixta.**

Es muy común que los niños afectados tengan síntomas de más de una de las formas de Parálisis Cerebral mencionadas. La combinación más común incluye espasticidad y movimientos atetoides, pero otras combinaciones son posibles.

3.2.2. La clasificación atendiendo al tono, está íntimamente ligada a la clasificación anterior:

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

3.2.3. Según el criterio clasificatorio de topografía topográficamente la clasificación se realiza tomando en consideración las zonas anatómicas afectadas. Los sufijos "-paresia" y "-plegia" distinguen entre una parálisis incompleta o variable, para el primero de los términos, y una parálisis completa en el segundo, es decir de la parte del cuerpo afectada, podemos distinguir entre:

- ✓ Hemiparesia o hemiplejía: afecta a una de las dos mitades laterales (derecha o izquierda) del cuerpo.
- ✓ Diparesia o diplejía: mitad inferior más afectada que la superior.
- ✓ Cuadriparesia o cuadriplejía: los cuatros miembros están paralizados.
- ✓ Paraparesia o paraplejía: afectación de los miembros inferiores.
- ✓ Monoparesia o monoplejía: un único miembro, superior o inferior, afectado.
- ✓ Triparesia o triplejía: tres miembros afectados.

3.2.4. Atendiendo al grado de afectación podemos distinguir entre:

- ✓ Grave: autonomía casi nula.
- ✓ Moderada: autonomía o a lo sumo necesita alguna ayuda asistente.
- ✓ Leve: autonomía total.

e. MATERIALES Y MÉTODOS

Como parte principal de la investigación de campo se da a conocer que este trabajo investigativo se lo realizó de manera descriptiva ya que el trabajo consistió en llegar a conocer las situaciones y actitudes predominantes a través de una descripción exacta de las actividades, procesos y personas tomadas en cuenta, 6 niños, niñas con Parálisis cerebral que se encuentran afectados de su psicomotricidad gruesa. No solo se limitó a la recolección de datos, sino también a la identificación de las relaciones que existen entre dos variables como son los métodos de la terapia ocupacional y su influencia en la psicomotricidad gruesa de los niños y niñas con PC.

Para la obtención de la información y los datos se utilizó las siguientes técnicas, instrumentos y métodos:

Métodos:

- **Método científico:** se lo utilizo para indagar, investigar y obtener información acerca de cómo está influyendo la metodología aplicada de terapia ocupacional en la psicomotricidad gruesa de los niños y niñas con PC, que asisten al C.A.D.E.
- **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.
- **Método Descriptivo:** tiene como principal objetivo describir sistemáticamente hechos y características de una población dada o área de interés de forma objetiva y comprobable, aquí la población considerada es la que presenta PC, y a su vez se encuentra afectada su psicomotricidad gruesa
- **Método Analítico sintético:** sirvió en las lecturas que se realizó para la respectiva interpretación de los datos que arrojaron los instrumentos y técnicas aplicadas,
- **Método estadístico:** aplicado para elaborar los cuadros o tablas estadísticas y así obtener los porcentajes y hacer representaciones graficas de los resultados de la información de campo.

Técnicas e instrumentos:

- **Ficha de valoración de la motricidad gruesa de MUZABER L.:** La que permitió evaluar y conocer el nivel de desarrollo de la psicomotricidad gruesa de los niños y niñas con PC.
- **Encuesta:** a la planta docente del centro C.A.D.E, esta encuesta me permitió conocer la metodología que se utiliza con los pacientes de Parálisis Cerebral que se encuentran afectados en su psicomotricidad gruesa, y darme cuenta si es el adecuado.

CRITERIO DE MUESTRA: se considera una muestra de 6 niños que presentan Parálisis Cerebral Infantil ya su edad fluctúa entre los 8 y 10 años, reúnen las características que busca el trabajo investigativo. Y se toma en cuenta 12 técnicos del C.A.D.E ya que ellos trabajan con la muestra de pacientes considerados para el presente trabajo investigativo.

CUADRO DE POBLACIÓN Y MUESTRA	
Indicadores	Frecuencia
Técnicos	12
Niños	6
Total	18

f. RESULTADOS

OBJETIVO UNO:

“Establecer el nivel de desarrollo de la psicomotricidad gruesa de los niños, niñas con Parálisis Cerebral Infantil de 8-10 años de edad que asisten al C.A.D.E”

Para el cumplimiento de este objetivo se utilizó la ficha de evaluación de la psicomotricidad gruesa de MUZABER L. la misma que me permitió evaluar el área motora en los niños y niñas con parálisis cerebral infantil de 8-10 años de edad que asisten al C.A.D.E, cuyos resultados se describen a continuación:

RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE LA FICHA DE EVALUACIÓN DE LA PSICOMOTRICIDAD GRUESA DE MUZABER L.

ÁREA: CONTROL DE CABEZA

CUADRO Nro. 1

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nada Afectado	0	0 %
Poco afectado	2	33%
Muy afectado	4	67%
TOTAL	6	100 %

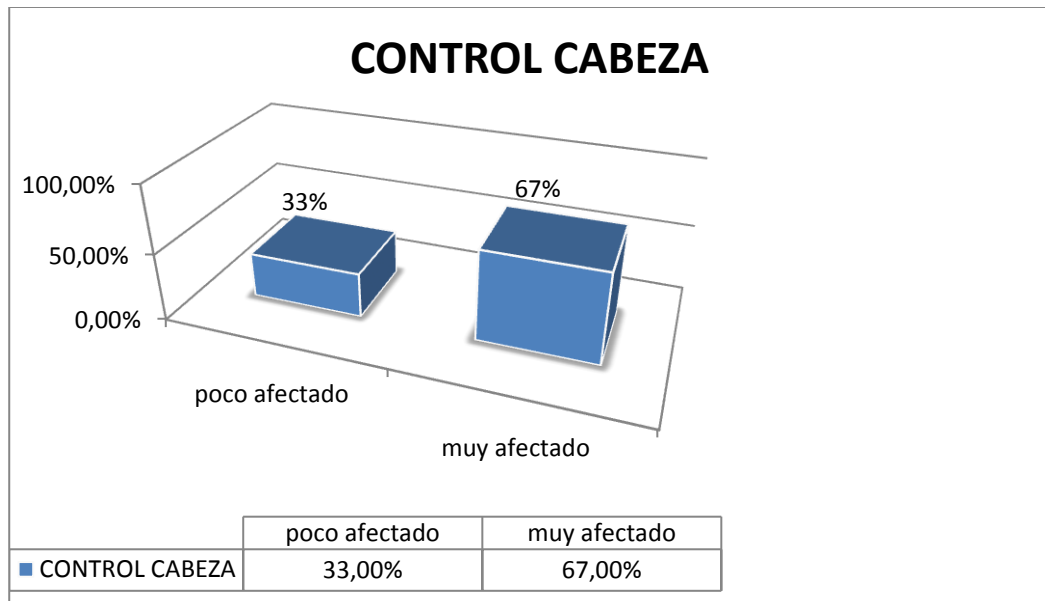
Fuente: Ficha De evaluación de la Psicomotricidad gruesa de Muzaber L., aplicada a los niños y niñas con Parálisis Cerebral Infantil del C.A.D.E

Elaborado por: Investigadora.

ANÁLISIS

De acuerdo a los resultados obtenidos de la ficha de evaluación de la psicomotricidad gruesa aplicada a la muestra de 6 niños y niñas con Parálisis Cerebral Infantil del C.A.D.E se puede observar que el 33% equivalente a 2 pacientes se encuentran en un nivel poco afectado de su control de cabeza, mientras que el 67% correspondiente a 4 pacientes muestran un nivel muy afectado de su control de cabeza.

GRÁFICO Nro. 1



INTERPRETACIÓN

De acuerdo a los conocimientos adquiridos para el presente trabajo se sabe conforme refiere Pilar Póo Argüelles (2007), que los niños con parálisis cerebral en cuanto a su control cefálico se encuentran afectados debido a su hipotonía, es decir a su disminución del tono muscular o flacidez, les cuesta más levantarla, inclinarla hacia atrás o a los lados. Ante esto se debe comprender lo importante que es mantener erguida la cabeza para ir dominando el entorno.

ÁREA: CONTROL DE HOMBROS

CUADRO Nro. 2

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nada Afectado	0	0
Poco afectado	3	50%
Muy afectado	3	50%
TOTAL	6	100%

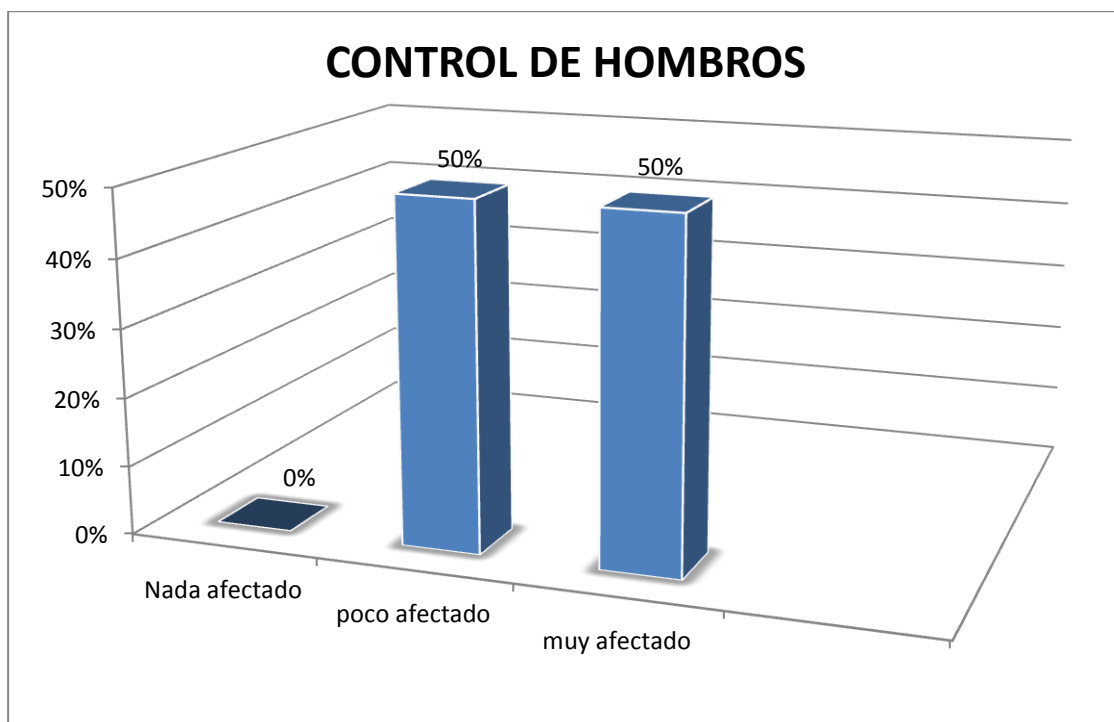
Fuente: Ficha De evaluación de la Psicomotricidad gruesa de Muzaber L., aplicada a los niños y niñas con Parálisis Cerebral Infantil del C.A.D.E

Elaborado por: Investigador.

ANÁLISIS

De los datos recogidos se observa que en lo relacionado al control de hombros se obtiene que el 50% de los investigados es decir 3 niños se encuentran en un nivel poco afectado y el otro 50% se encuentra en un nivel muy afectado.

GRÁFICO Nro. 2



INTERPRETACIÓN

De la información obtenida observamos que la mitad de los niños puede realizar con algo de dificultad los ejercicios planteados en la ficha de evaluación de la psicomotricidad gruesa de Muzaber, tales como: subir y bajar los hombros alternadamente o de forma sincronizada o también abrir y cerrar los mismos. Por lo que se encuentran en un nivel poco afectado en cuanto a su control de hombros, en cuanto a la otra mitad es todo lo contrario, los pacientes no pueden realizar los ejercicios propuestos, debido a ello se encuentran en un nivel muy afectado de su control en hombros.

El buen control de los hombros va a permitir que la persona presente un control adecuado de la postura, de acuerdo con el enfoque Berta Bobath (2001) de esta manera nos sentamos, paramos y caminamos de manera similar. Estos patrones de movimiento

básicos se encuentran presentes para permitir el ajuste, la adaptación y una variedad de posibilidades para arreglárselas con las demandas del ambiente y los cambios que se producen en él. En el caso de los niños con PC, en lugar de la gran variedad de patrones normales de postura y movimiento, el niño presenta patrones anormales de coordinación con un bajo tono muscular por lo cual existe hipermovilidad de todas las articulaciones con tendencia a la subluxación en especial de mandíbula, hombros, caderas y dedos de la mano.

ÁREA: CONTROL DE BRAZOS

CUADRO Nro. 3

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nada Afectado	0	0
Poco afectado	2	33%
Muy afectado	4	67%
TOTAL	6	100%

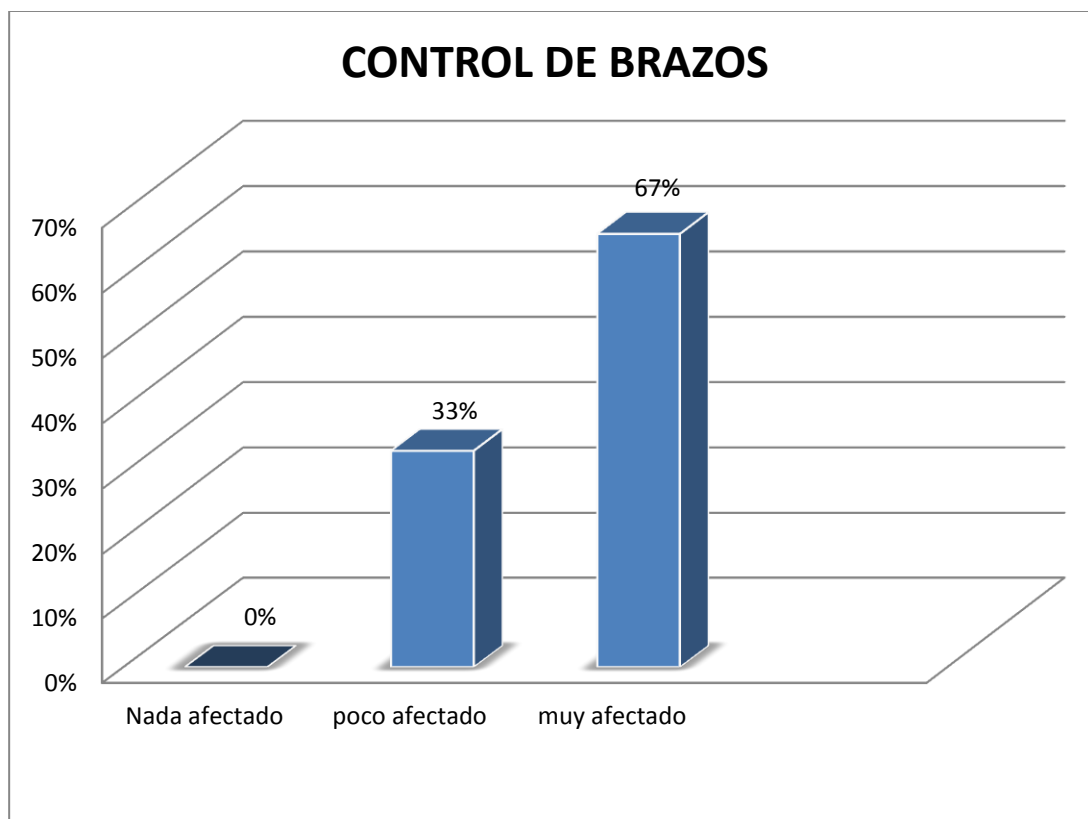
Fuente: Ficha De evaluación de la Psicomotricidad gruesa de Muzaber L., aplicada a los niños y niñas con Parálisis Cerebral Infantil del C.A.D.E

Elaborado por: Investigador

ANÁLISIS

De acuerdo a los resultados obtenidos de la ficha de evaluación de la psicomotricidad gruesa de Muzaber L., se determina que 33% de la muestra tomada en cuenta, es decir 2 niños presentan un nivel poco afectado de su control de brazos, mientras que el 67% , es decir 4 niños presentan un nivel muy afectado en el área evaluada.

GRÁFICO Nro. 3



INTERPRETACIÓN

Lo que se evaluó en cuanto al control de brazos fueron ejercicios como estirar a los lados, hacia arriba, hacia delante o tocar los hombros con las manos, con ello se evidencia que la mayor parte de los pacientes se encuentran muy afectados, ya que no realizan las actividad adecuadamente. Esto debido a que su tono muscular en los brazos es muy rígido es decir presentan una hipotonía notable. Lo que se contrasta con lo que dice el autor Juan J. Zarranz (2001) que la rigidez o flacidez del tono muscular se aprecia por la resistencia que nota el explorador al movilizar cualquier segmento corporal o por la pasividad que se aprecie, por ejemplo con el bailoteo de las muñecas, sacudiendo los antebrazos o el penduleo de los brazos.

ÁREA: CONTROL DE MANOS

CUADRO Nro. 4

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nada Afectado	0	0%
Poco afectado	2	33%
Muy afectado	4	67%
TOTAL	6	100%

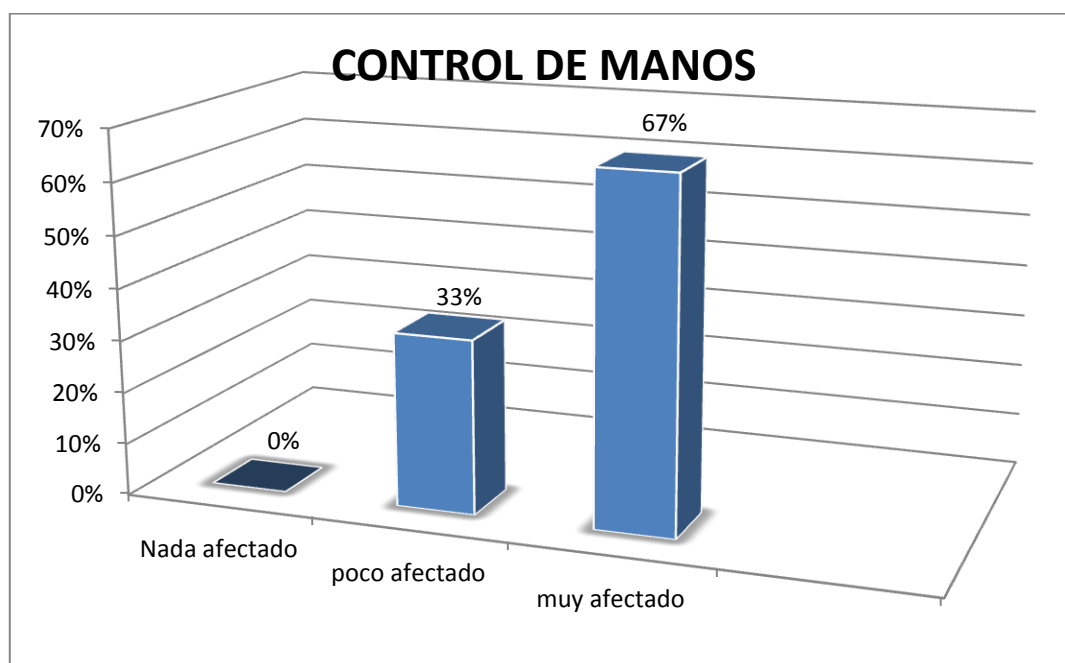
Fuente: Ficha De evaluación de la Psicomotricidad gruesa de Muzaber L., aplicada a los niños y niñas con Parálisis Cerebral Infantil del C.A.D.E

Elaborado por: Investigador.

ANÁLISIS

De acuerdo a los resultados obtenidos se observa que 2 niños que equivale al 33% se encuentran en un nivel poco afectado de su control de manos, los otros 4, es decir el 67% se hallan en un nivel de muy afectados en los que respecta a su control de las manos.

GRÁFICO Nro. 4



INTERPRETACIÓN

Lo que se evaluó en el control de manos fue abrir y cerrar en puño la mano, girar las mismas, tocar cada dedo con el pulgar y el que pueda sujetar un objeto, este puede ser un juguete, algo que agrada y llame la atención del niño.

Conforme lo refiere Polonio Lopez-Castellanos Ortega y Viana Moldes (2008), la función de prensión (extender la mano hacia un objeto para cogerlo y manipularlo) surge como parte integrante de los patrones de desarrollo motor. La mano del hombre está adaptada a la función prensora, es decir, a la posibilidad de prender y manipular objetos localizados en cualquier posición del espacio. Es la mano la que confiere al miembro superior su importancia y su originalidad. De su antigua función filogenética como órgano locomotor se convierte, en el hombre, en órgano prensor y explorador.

ÁREA: CONTROL DE TRONCO

CUADRO Nro. 5

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nada Afectado	0	0%
Poco afectado	1	17%
Muy afectado	5	83%
TOTAL	6	100%

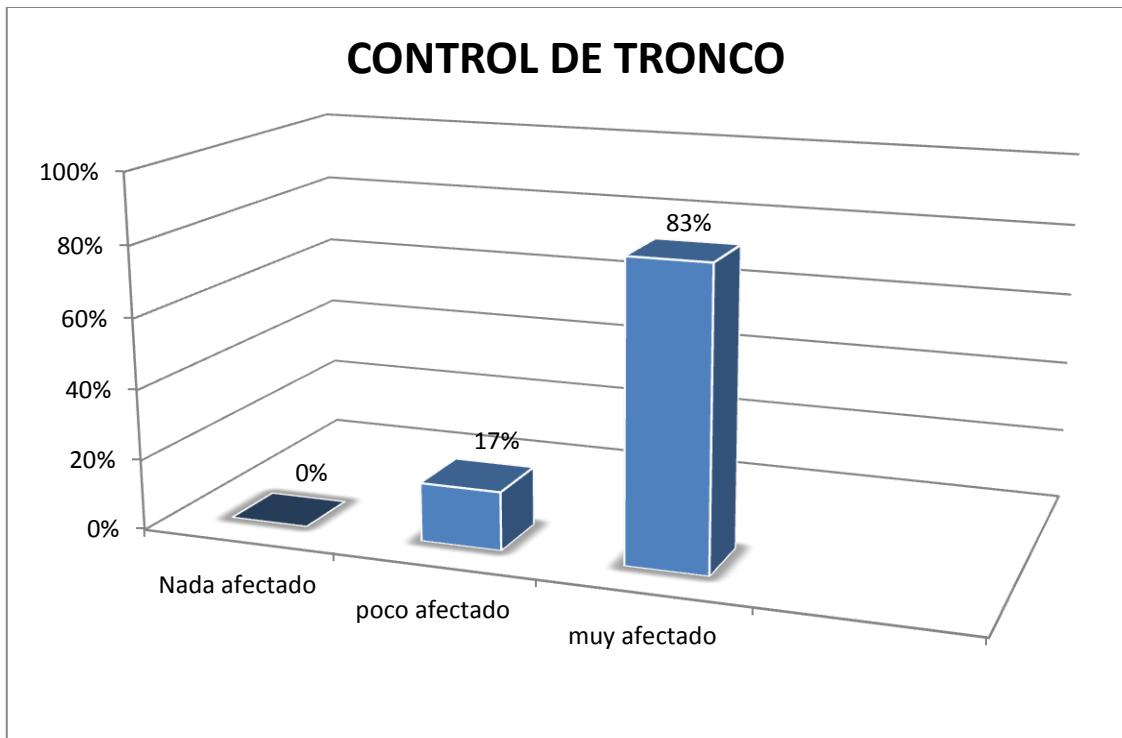
Fuente: Ficha De evaluación de la Psicomotricidad gruesa de Muzaber L., aplicada a los niños y niñas con Parálisis Cerebral Infantil del C.A.D.E

Elaborado por: Investigador.

ANÁLISIS

De los resultados obtenidos en cuanto al control de tronco el 17% se encuentra en un nivel poco afectado, es decir 1 persona evaluada, y el 83% es decir las 5 personas restantes se encuentran en un nivel muy afectado en su control del tronco.

GRÁFICO Nro. 5



INTERPRETACIÓN

Lo que se valoró para poder determinar que existe un nivel muy afectado en cuanto al control del tronco en la mayoría de los casos evaluados estuvo dirigido a observar si existía rectitud de la columna vertebral, si podían rotar y flexionar el tronco, acostarse, tocar los pies del mismo lado o en patrón cruzado o si existía estabilidad del tronco durante el movimiento a paso o trote.

De acuerdo a lo que refiere Pablo Giuli con respecto al control de la columna vertebral en los niños con PC, es inestable y depende de la contribución de los músculos, además de sus propios elementos pasivos, para mantener la estabilidad y controlar el movimiento. Aunque los músculos del tronco poseen fuerza y resistencia para mantener la estabilidad del tronco, su eficacia depende de su controlador, el Sistema Nervioso Central (SNC).

ÁREA: CONTROL DE PIERNAS

CUADRO Nro. 6

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nada Afectado	0	0%
Poco afectado	1	17%
Muy afectado	5	83%
TOTAL	6	100%

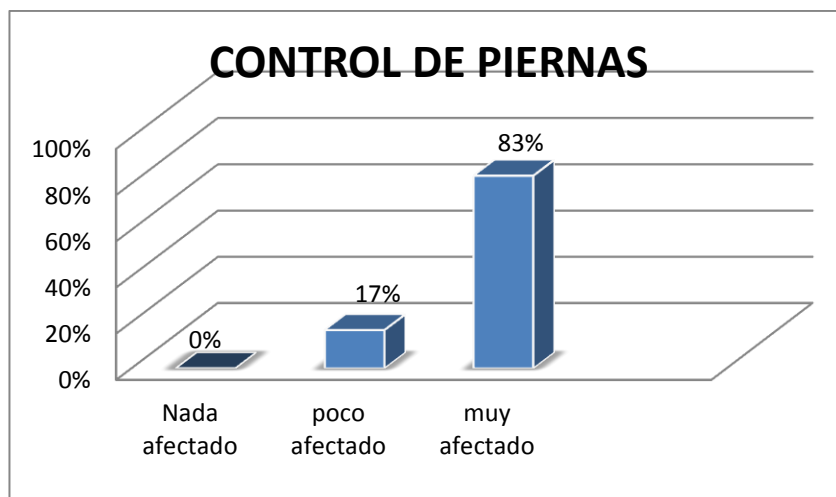
Fuente: Ficha De evaluación de la Psicomotricidad gruesa de Muzaber L., aplicada a los niños y niñas con Parálisis Cerebral Infantil del C.A.D.E

Elaborado por: Investigador.

ANÁLISIS

De los resultados obtenidos de la ficha de valoración de la motricidad gruesa, se evidencia que en lo que respecta al control de piernas 1 evaluado, es decir el 17% de los niños tomados en cuenta presentan un nivel poco afectado y el 83% es decir 5 niños presentan un nivel muy afectado.

GRÁFICO Nro. 6



INTERPRETACIÓN

Para determinar que una persona se encuentra en un nivel muy afectado en cuanto a su control de piernas, de acuerdo a la ficha de valoración de Muzaber, el evaluado presenta dificultad al momento de realizar la apertura de abductores o cuando se encuentra de pie no puede llevar sus piernas hacia adelante o hacia atrás, tampoco puede flexionar sus rodillas hacia adelante cuando está sentado, en cambio sí se encuentra poco afectado realiza las mismas actividades con dificultad o con algo de ayuda ya sea esta por el terapeuta o por el padre de familia encargado.

De acuerdo a lo que refieren los autores Alberto Rosa Rivero, Ignacio Montero y Maria C. García, en la parálisis cerebral espástica, la rigidez puede afectar a los brazos y las piernas (cuadruplejía), sobre todo a las piernas (paraplejía), o sólo al brazo y la pierna de un lado (hemiplejía). Las piernas y los brazos afectados se encuentran poco desarrollados, son rígidos y débiles.

ÁREA: CONTROL DE PIES

CUADRO Nro. 7

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nada Afectado	0	0%
Poco afectado	1	17%
Muy afectado	5	83%
TOTAL	6	100%

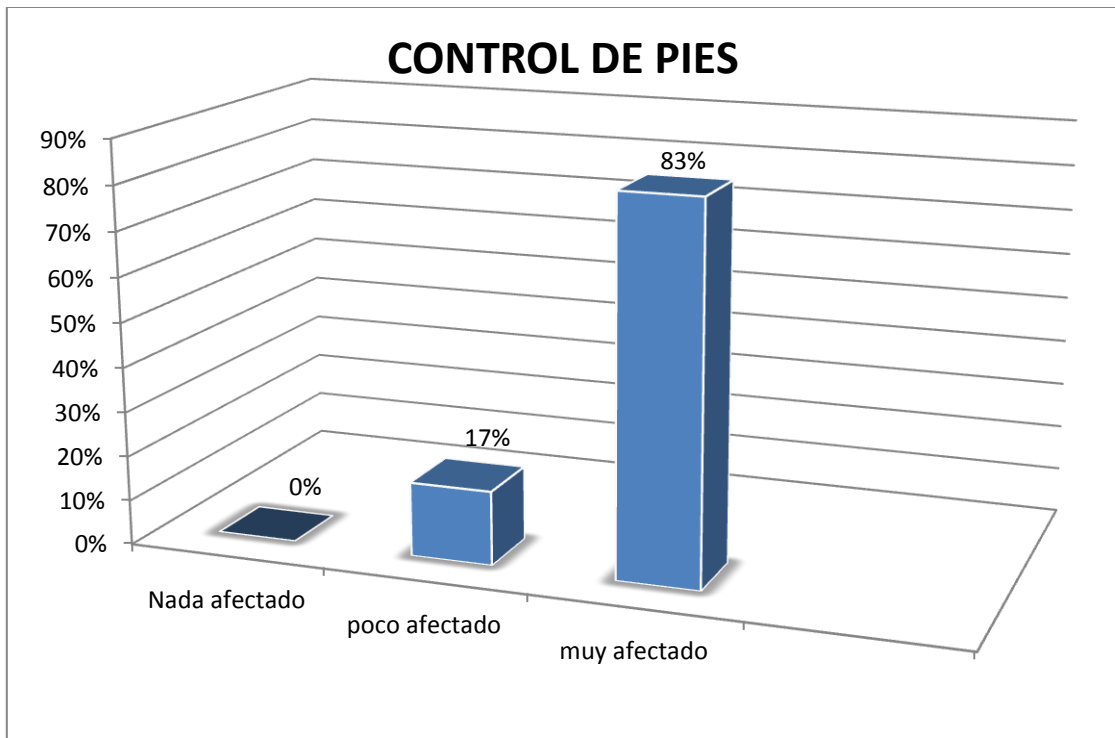
Fuente: Ficha De evaluación de la Psicomotricidad gruesa de Muzaber L., aplicada a los niños y niñas con Parálisis Cerebral Infantil del C.A.D.E

Elaborado por: Investigador.

ANÁLISIS

Con respecto a los resultados obtenidos tenemos que el 17% de los evaluados es decir 1 persona se encuentra poco afectada de su control de pies, lo que resta el 83% que equivale a 5 personas se encuentra en un nivel muy afectado.

GRÁFICO Nro. 7



INTERPRETACIÓN

Considerando que en la mayoría de los casos la dificultad para realizar las actividades propuestas se dieron ya sea debido a su rigidez o flacidez en los músculos, pues se pudo comprobar que esto causo problema al momento de subir y bajar las puntas de los pies o rotar los mismos, lo que ubica a los evaluados en su mayoría en un nivel muy afectado en esta área considerada en la fichas de valoración.

En los niños con parálisis cerebral se presentan múltiples problemas ortopédicos o deformidades, siendo las causas principales la inmovilidad, el tono postural anormal (hipertonicidad e hipotonicidad), asimetría, posturas anormales, movimientos involuntarios en un modelo repetitivo y actividad refleja anormal entre otras variadas causas. (María Santucci de Mina)

CUADRO RESUMEN DE RESULTADOS GENERALES DEL ESTADO DE MOTRICIDAD GRUESA DE LOS NIÑOS Y NIÑAS.

CUADRO Nro. 8

Parámetros de motricidad gruesa	CATEGORÍAS							
	Nada afectado		Poco afectado		Muy afectado		Total	
	f	%	F	%	f	%	f	%
Control de cabeza	0	0%	2	33%	4	67%	6	100%
Control de hombros	0	0%	3	50%	3	50%	6	100%
Control de brazos	0	0%	4	67%	2	33%	6	100%
Control de manos	0	0%	2	33%	4	67%	6	100%
Control de tronco	0	0%	1	17%	5	83%	6	100%
Control de piernas	0	0%	1	17%	5	83%	6	100%
Control de Pies	0	0%	1	17%	5	83%	6	100%

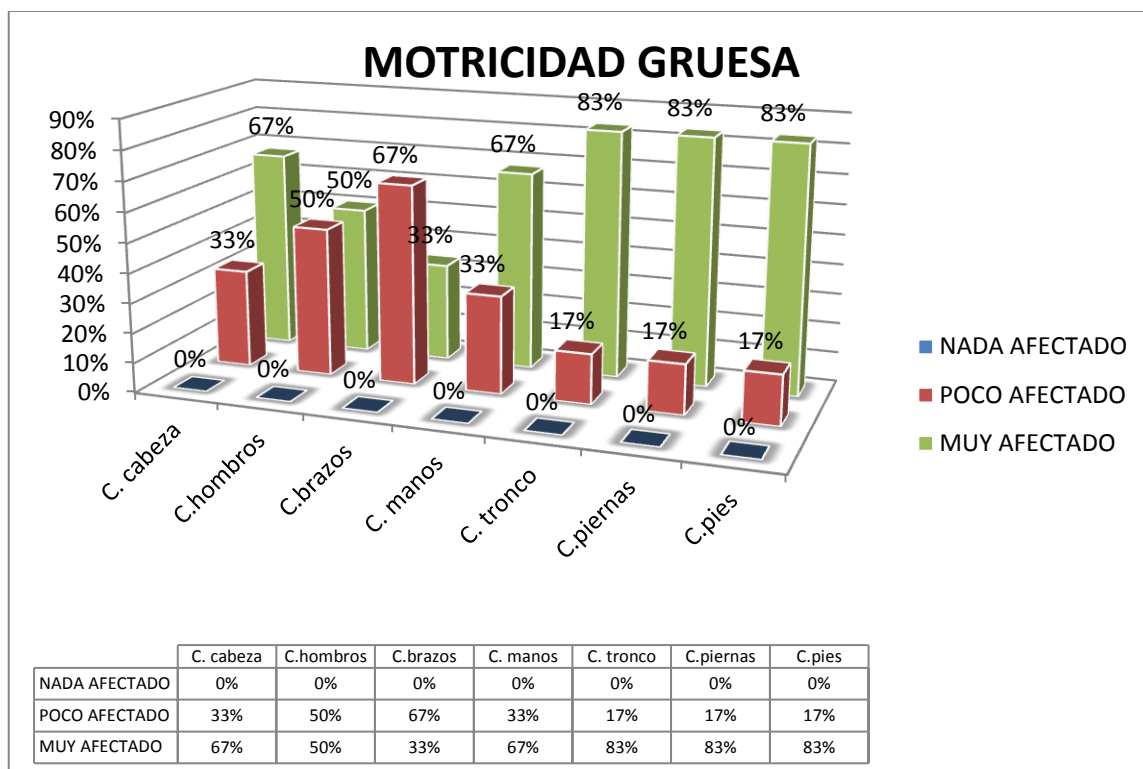
Fuente: Ficha De evaluación de la Psicomotricidad gruesa de Muzaber L., aplicada a los niños y niñas con Parálisis Cerebral Infantil del C.A.D.E

Elaborado por: Investigadora.

ANÁLISIS

Realizando un análisis general de los parámetros evaluados en la psicomotricidad gruesa conforme a la ficha de evaluación de Muzaber L., se obtiene que en el control de cabeza el 33% es decir 2 pacientes presentan un nivel poco afectado y el otro 67% presenta un nivel muy afectado, el control de hombros en los pacientes evaluados presentan un nivel poco afectado en un 50% y el otro 50% presenta un nivel muy afectado, en el 67% de evaluados el control de brazos se encuentra en un nivel poco afectado y los 2 pacientes restantes que corresponden al 33% presentan un nivel muy afectado, en cuanto al control de manos presentan un nivel poco afectado en un 33% y el otro 67% presenta un nivel muy afectado, en cuanto al control de tronco el 17% presenta un nivel poco afectado y el 83% presenta un nivel muy afectado, el control de piernas presentan un nivel poco afectado el 17% y el 83% un nivel muy afectado, en cuanto al control de pies 1 paciente presenta un nivel poco afectado es decir un 17% y los 5 pacientes restantes presentan un nivel muy afectado.

GRAFICO Nro 8



INTERPRETACIÓN

Al momento de realizar la evaluación de la psicomotricidad gruesa de los niños y niñas con PC, se consideró la facilidad o dificultad de las acciones realizadas con la totalidad del cuerpo, coordinando desplazamientos y movimiento de las diferentes extremidades. La psicomotricidad gruesa es de vital importancia en el desarrollo integral de los niños y niñas por la íntima vinculación que existe entre el cuerpo, la emoción, la vida relacional y la actividad cognitiva, especialmente durante las etapas de la vida. La actividad psicomotriz permite que el niño descubra el mundo, a los demás y a sí mismo, esto de acuerdo a lo que refiere el autor Antonio Mesonero.

OBJETIVO DOS:

“Determinar los métodos de terapia ocupacional que se aplican para trabajar la psicomotricidad gruesa en niñas, niños con Parálisis Cerebral Infantil de 8-10 años que asisten al C.A.D.E.”

ENTREVISTA DIRIGIDA A DOCE DOCENTES DEL C.A.D.E.

CUADRO N° 9: AREAS OCUPACIONALES: Auto mantenimiento

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Actividades de la vida diaria básicas.	6	50%
Actividades de la vida diaria instrumentales	0	0%
Actividades de la vida diaria avanzada.	0	0%
Ninguna	6	50%
Total	12	100%

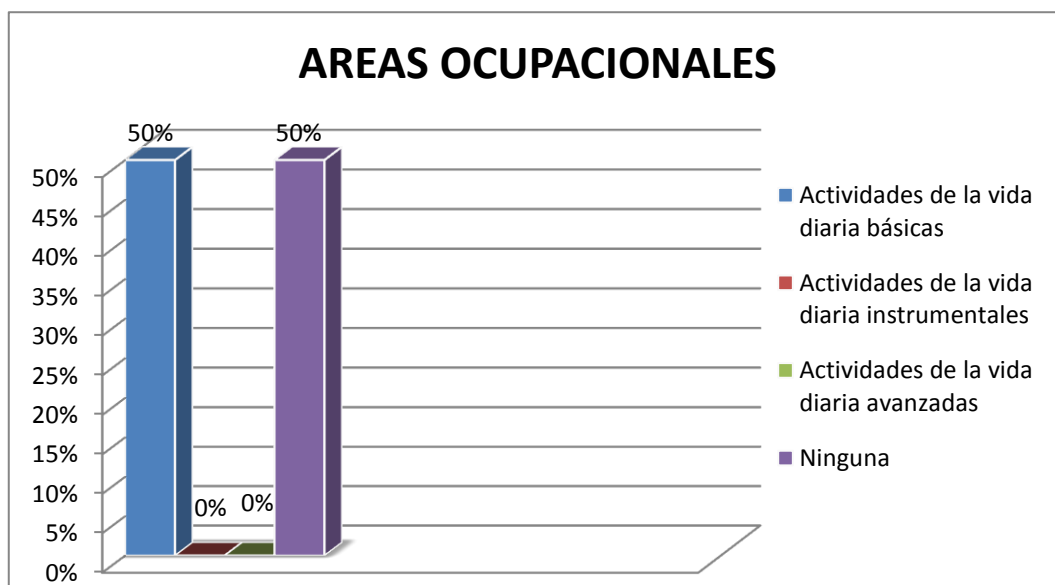
Fuente: Encuesta dirigida a doce docentes del C.A.D.E.

Elaborado por: Investigadora.

ANÁLISIS

El 50% de los profesionales encuestados con respecto a la primera pregunta planteada manifestaron que del área de automantenimiento, trabajan las actividades de la vida diaria básicas en la psicomotricidad gruesa de los niños con P.C.I., y el 50% restante es decir 6 docentes no trabaja ninguna de las áreas ocupacionales de automantenimiento.

GRÁFICO Nro. 9



INTERPRETACIÓN

Conforme a lo que refiere Begoña Polonio López en cuanto a la terapia ocupacional menciona que se conocen 3 áreas de ocupación, entre ellas las de automantenimiento que tienen que ver con las actividades de la vida diaria básicas es decir el autocuidado de la persona, su cuidado personal, su movilidad funcional y su locomoción.

Los docentes del C.A.D.E, trabajan de manera especial en estas áreas de ocupación, procurando que los pacientes a su cargo puedan mejorar su calidad de vida y a la par mejorar su psicomotricidad gruesa.

CUADRO Nro. 10: METODOLOGÍAS PARA TRABAJAR TERAPIA OCUPACIONAL EN NIÑOS CON PC

Metodología	Frecuencia	
	f	%
Metodología de Bobath	6	50%
Metodología de Vojta	0	0%
Metodología de Kabath	0	0%
Metodología de Rood	0	0%
Metodología de Jacobson	0	0%
Metodología de Glenn Doman	0	0%
Ninguna	6	50%
Total	12	100%

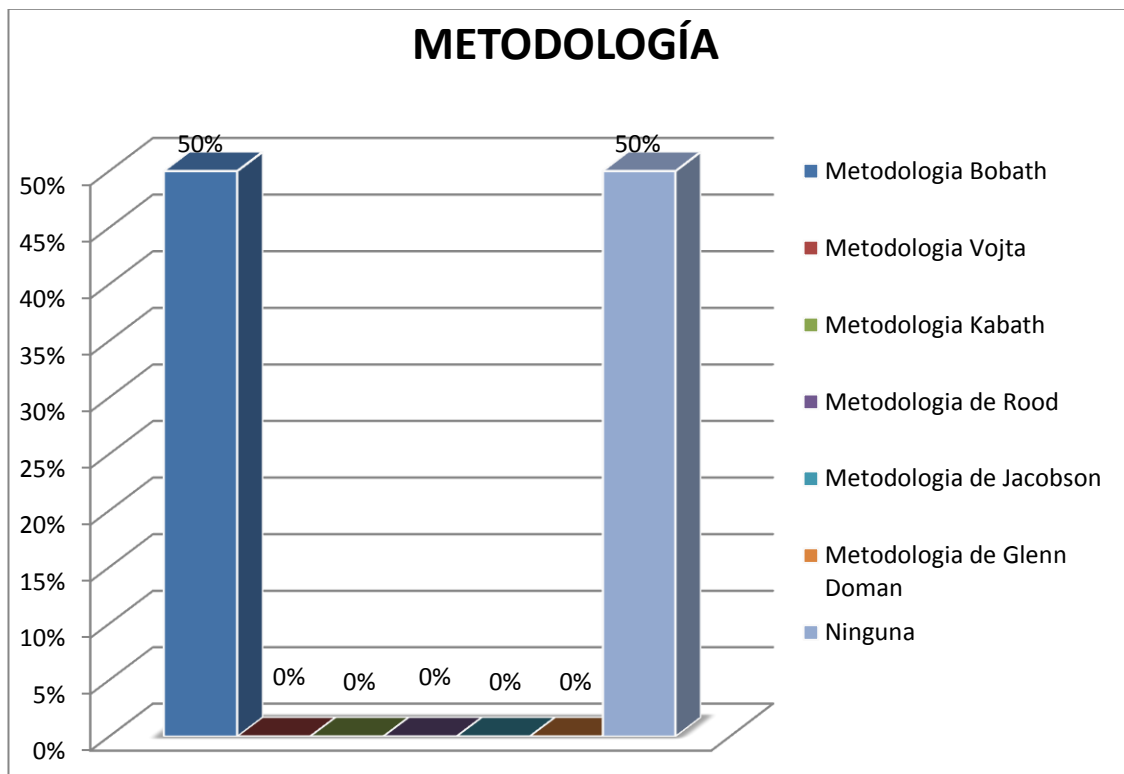
Fuente: Encuesta dirigida a doce docentes del C.A.D.E.

Elaborado por: Investigadora.

ANÁLISIS

De la información recogida, los docentes entrevistados mencionan que para trabajar con los niños y niñas con PC, el 50% no emplea ninguna metodología y el 50% restante es decir 6 encuestados utiliza la metodología de Bobath.

GRÁFICO Nro. 10



INTERPRETACIÓN

La rehabilitación mediante la metodología de Bobath va dirigida a personas con lesiones cerebrales o medulares que a consecuencia de ello han sufrido trastornos locomotores, tal es el caso de las personas con PC, ya que ellos tienen dificultad para controlar algunos de sus músculos, en si la psicomotricidad del paciente se ve afectada, razón por la cual los docentes a cargo de los niños y niñas con PC han mencionado que su trabajo lo realiza con este método. Contrastado esto con lo que refiere Víctor Gil Chang.

CUADRO Nro. 11: TÉCNICAS PARA TRABAJAR EN LA T.O

TÉCNICAS BASADAS EN LAS METODOLOGÍAS.	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Golpes ligeros alternados Patrón de inhibición refleja Rotación de tronco	0	0%
Refuerzo y potenciación Relajación o estiramiento	6	50%
Cepilleo rápido Golpeteo rápido	0	0%
Ninguna	6	50%
Total	12	100%

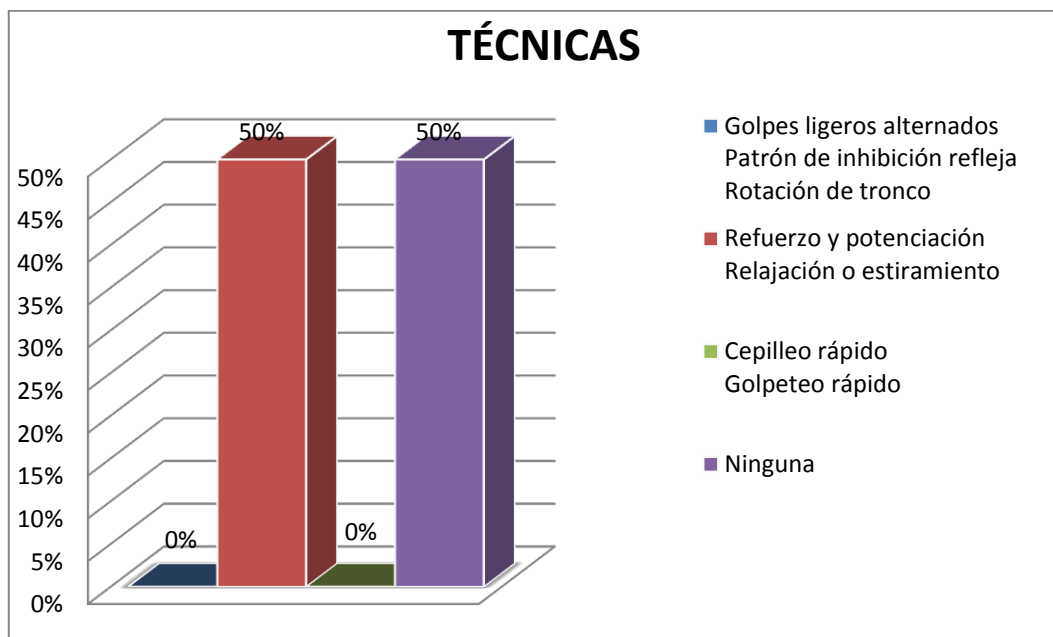
Fuente: Encuesta dirigida a doce docentes del C.A.D.E.

Elaborado por: Investigadora.

ANÁLISIS

El 50% de los docentes encuestados han indicado que para poder trabajar la psicomotricidad gruesa de los niños y niñas con Parálisis Cerebral, conforme a la metodología que utiliza, aplica técnicas de refuerzo, potenciación y relajación muscular. El otro 50% es decir 6 personas no han indicado ninguna técnica para su trabajo terapéutico.

GRÁFICO N°11



INTERPRETACIÓN

Las técnicas que se aplican para poder ir desarrollando mejorías en la psicomotricidad gruesa de los niños y niñas con P.C., tienen que ver con el refuerzo, la potenciación y la relajación según lo que han mencionado los profesionales a cargo,

Cabe recalcar que estas técnicas señaladas no son las que aplica la metodología de Bobath sino el método de Kabat, por lo cual podemos considerar que los conocimientos acerca del método que se utiliza no están claros y se los puede llegar a confundir.

CUADRO Nro. 12: NIVEL DE MEJORÍA.

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Bueno	0	0%
Regular	8	67%
Malo	4	33%
Total	12	100%

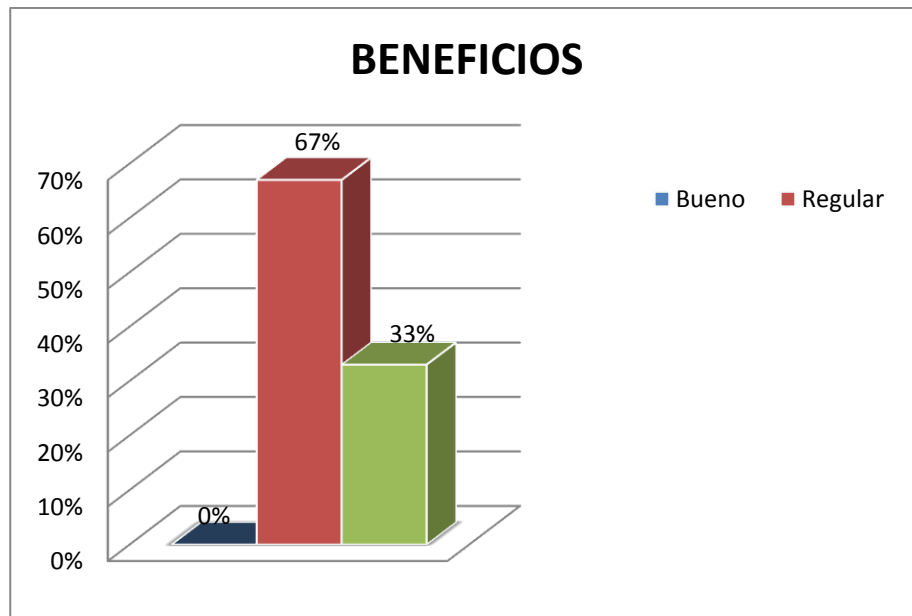
Fuente: Encuesta dirigida a doce docentes del C.A.D.E.

Elaborado por: Investigadora

ANÁLISIS

De los profesionales encuestados 8 de ellos que equivale a un 67% supo manifestar que la mejoría de la psicomotricidad gruesa de los niños y niñas con PC se encuentra en un nivel regular y el 33% restante que equivale a 4 personas se encuentra en un nivel malo.

GRÁFICO Nro. 12



INTERPRETACIÓN

Para las personas que padecen parálisis cerebral es muy importante el trabajo y la estimulación psicomotriz, ya que este aspecto va muy unido a la autoestima personal; porque dependiendo de su capacidad le va aportando independencia y autonomía. Lo que favorece una integración y adaptación en el grupo de iguales. Gregoria Vegas González.

Lo que se evidencia mediante la entrevista es que las condiciones de mejoría de los niños y niñas evaluados se encuentran en un nivel regular y en otros casos en un nivel malo, conforme a las metodologías que se les encuentra aplicando.

TERCER OBJETIVO

“Relacionar la aplicación de los métodos de la terapia ocupacional y su influencia en la psicomotricidad gruesa en los niños y niñas con Parálisis Cerebral Infantil.”

CUADRO COMPARATIVO DE LA PSICOMOTRICIDAD GRUESA CON LA METODOLOGIA APLICADA

Para el cumplimiento de este objetivo se realizó una comparación entre la ficha de valoración de la psicomotricidad gruesa de Muzaber y la encuesta aplicada a 12 docentes del C.A.D.E acerca de la metodología que está usando para la rehabilitación de los niños y niñas con PC del Centro “C.A.D.E”, cuyos resultados se describen a continuación:

CUADRO Nro. 13: INFLUENCIA DE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN LA PSICOMOTRICIDAD GRUESA DE LOS NIÑOS Y NIÑAS CON PC DEL C.A.D.E.

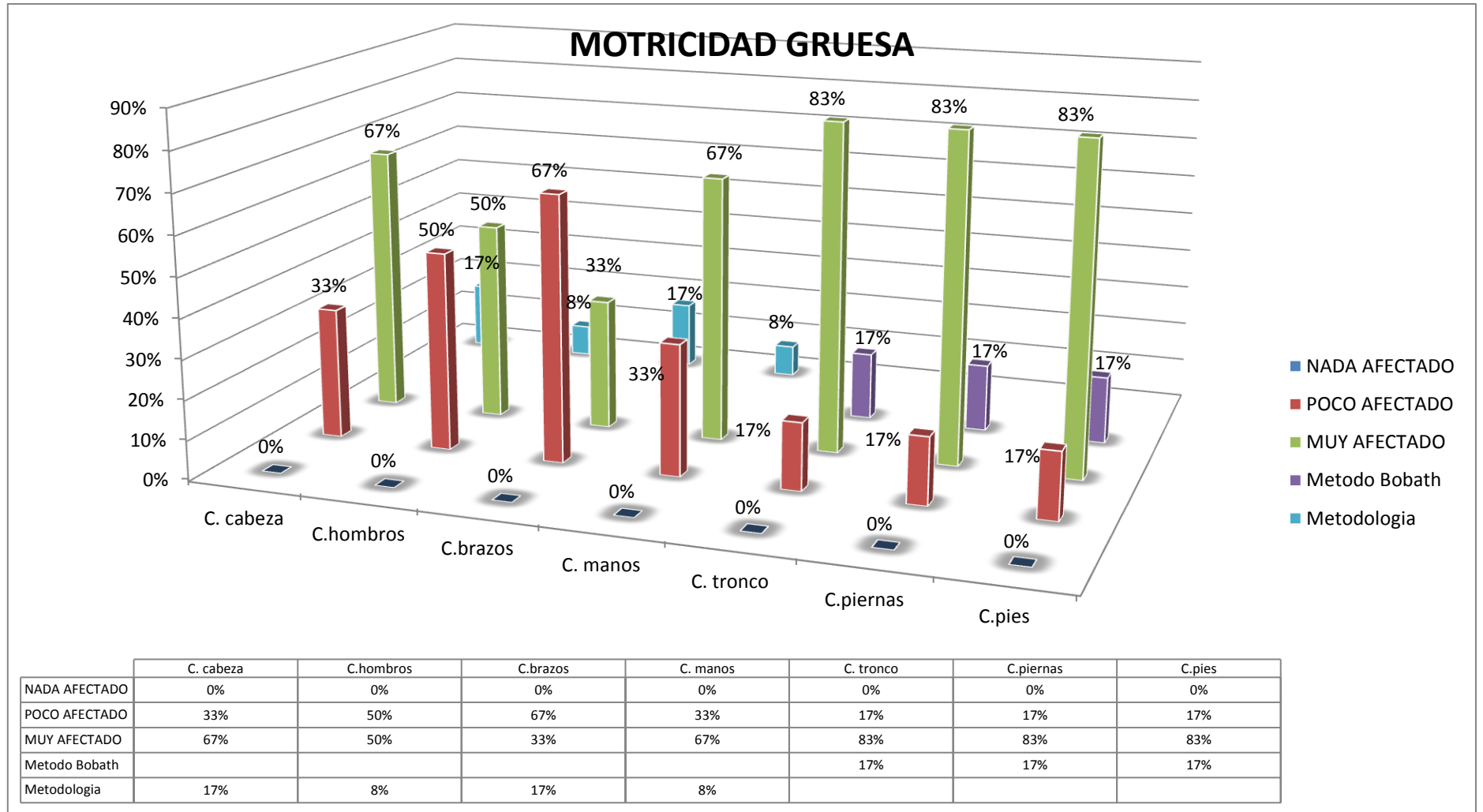
PARÁMETROS DE PSICOMOTRICIDAD GRUESA	CATEGORIAS								METODOLOGIA APLICADA	TOTAL	
	Nada afectado		Poco afectado		Muy afectado		Total			f	%
	f	%	F	%	f	%	F	%			
Control de cabeza	0	0%	2	33%	4	67%	6	100%	Ninguna	2	17%
Control de hombros	0	0%	3	50%	3	50%	6	100%	Ninguna	1	8%
Control de brazos	0	0%	4	67%	2	33%	6	100%	Ninguna	2	17%
Control de manos	0	0%	2	33%	4	67%	6	100%	Ninguna	1	8%
Control de tronco	0	0%	1	17%	5	83%	6	100%	Metodología de Bobath	2	17%
Control de piernas	0	0%	1	17%	5	83%	6	100%	Metodología de Bobath	2	17%
Control de pies	0	0%	1	17%	5	83%	6	100%	Metodología de Bobath	2	17%
TOTAL										12	100%

Fuente: Encuesta dirigida a doce docentes del C.A.D.E. y aplicación de tabla de Muzaber L, a seis niños y niñas con PC.
Elaborado por: Investigadora.

ANÁLISIS

Con respecto a los resultados obtenidos tenemos que la metodología aplicada por parte de los docentes en un 50% es la de Bobath y el 50% restante no aplica ninguna técnica; además se arrojan resultados con respecto a la psicomotricidad gruesa en los niños y niñas con PC en diferentes áreas como: el control de cabeza en el 33% es decir 2 pacientes presentan un nivel poco afectado y el otro 67% presenta un nivel muy afectado, el control de hombros en los pacientes evaluados presentan un nivel poco afectado en un 50% y el otro 50% presenta un nivel muy afectado, en el 67% de evaluados el control de brazos se encuentra en un nivel poco afectado y los 2 pacientes restantes que corresponden al 33% presentan un nivel muy afectado, en cuanto al control de manos presentan un nivel poco afectado en un 33% y el otro 67% presenta un nivel muy afectado, en cuanto al control de tronco el 17% presenta un nivel poco afectado y el 83% presenta un nivel muy afectado, el control de piernas presentan un nivel poco afectado el 17% y el 83% un nivel muy afectado, en cuanto al control de pies 1 paciente presenta un nivel poco afectado es decir un 17% y los 5 pacientes restantes presentan un nivel muy afectado.

GRAFICO Nro. 13



INTERPRETACIÓN

Revisando los conocimientos y teoría recopilada para el presente trabajo, podemos decir según lo que la autora Bettina Paeth Rohlf s manifiesta que la terapia ocupacional desarrolla habilidades motoras, perceptuales, de independencia y habilidades socioocupacionales en los niños, niñas, adolescentes y jóvenes con y sin discapacidad, fomentando niveles de funcionalidad y un adecuado desempeño en la ejecución de las actividades básicas cotidianas, del hogar, del uso de la comunidad y el desarrollo de habilidades productivas y laborales que mejoren su calidad de vida.

Se sirve de métodos para poder realizar una rehabilitación oportuna y adecuada a las necesidades que presenten los pacientes, en el caso de niños y niñas con PC que asisten al C.A.D.E, y se benefician de esta terapia se ha considerado que la metodología de Bobath es la más apropiada para poder desarrollar la psicomotricidad gruesa en ellos, es decir que mediante esta se va a permitir mejorías y mayor control de su locomoción, movilidad y coordinación de miembros.

De los datos obtenidos se pudo evidenciar que el desarrollo de la psicomotricidad gruesa en la muestra investigada, es decir 6 niños y niñas con PC, se encuentran en un nivel muy afectado o en su defecto poco afectado, esto de acuerdo con la ficha de valoración de Muzaber; además, se puede considerar el hecho de que la metodología que se ha venido trabajando no ha propiciado un desarrollo significativo en cuanto a la psicomotricidad gruesa de los niños y niñas con PC.

g. DISCUSIÓN

PRIMER OBJETIVO ESPECÍFICO

“Establecer el nivel de desarrollo de la psicomotricidad gruesa de los niños, niñas con Parálisis Cerebral Infantil de 8-10 años de edad que asisten al C.A.D.E.”

DISCUSIÓN

Respecto a los resultados obtenidos con la ficha de valoración de la psicomotricidad gruesa de Muzaber L. se evidencia que los niños y niñas con PCI de 8-10 años de edad que asisten a la unidad de rehabilitación ocupacional del C.A.D.E., presentan: en su control de pies un nivel muy afectado en el 83%; en cuanto al control de tronco presentan un nivel muy afectado en un 83%; en lo que respecta al control de piernas presentan un nivel muy afectado en un 83%; en cuanto al control de manos presentan un nivel muy afectado en un 66%; en el control de hombros presentan un nivel muy afectado en un 50%; el control de cabeza se encuentra en un nivel muy afectado en un 66% y en cuanto al control de brazos un 66% presenta un nivel muy afectado.

SEGUNDO OBJETIVO ESPECÍFICO

“Determinar los métodos de terapia ocupacional que se aplican para trabajar la psicomotricidad gruesa en niñas, niños con Parálisis Cerebral Infantil de 8-10 años que asisten al C.A.D.E. “

DISCUSIÓN

La terapia aplicada a los niños y niñas que se benefician de la rehabilitación ocupacional se basa en las áreas ocupacionales que son categorías amplias de la actividad humana, de las cuales se trabaja las de automantenimiento, es decir el autocuidado de la persona, lo que tiene que ver con su cuidado personal, movilidad funcional y su locomoción, que son consideradas las básicas. La metodología con la que

trabajan los docentes del C.A.D.E en su rehabilitación es la de Bobath en un 50% y el otro 50% no aplica ninguna metodología.

Las técnicas que aplica del método de Bobath para mejorar la psicomotricidad gruesa de los niños con PC son la relajación, el refuerzo y potenciación, pero de lo que se conoce estas no son técnicas aplicadas por esta metodología sino del método de Kabat, por lo cual se puede deducir que existe poca información acerca de lo que se está trabajando. El nivel de mejoría de la psicomotricidad gruesa que presentan los menores ha sido calificado como regular en un 67% y malo en un 33% esto de acuerdo a lo que expresan los docentes encuestados.

TERCER OBJETIVO ESPECÍFICO

“Relacionar la aplicación de los métodos de la terapia ocupacional y su influencia en la psicomotricidad gruesa en los niños con Parálisis Cerebral Infantil.”

DISCUSIÓN

La terapia ocupacional para brindar una adecuada rehabilitación en los niños y niñas con PC que se ven afectados de su psicomotricidad gruesa, se vale de métodos, existe gran variedad de metodologías que procuran un buen desarrollo en lo que respecta a la psicomotricidad, pero la que se ha considerado pertinente en la rehabilitación ocupacional del centro C.A.D.E, es la propuesta por Berta y Karel Bobath.

De los datos obtenidos, nos podemos dar cuenta que el método de Bobath aplicado no ha brindado mayores resultados en lo que respecta a la psicomotricidad gruesa de los menores, ya que de acuerdo con la ficha de valoración de Muzaber su nivel de psicomotricidad en las diferentes áreas evaluadas se encuentra en un nivel muy afectado o poco afectado en el 100% de los niños y niñas investigados y su nivel de mejoría es regular o malo.

h. CONCLUSIONES

Culminando ya con el trabajo acerca de los métodos de la terapia ocupacional en la psicomotricidad gruesa de los niños y niñas con Parálisis Cerebral que asisten al centro C.A.D.E, y cumpliendo a los objetivos propuestos, se llega a las siguientes conclusiones:

1. El nivel de la psicomotricidad gruesa en el 100% de los niños y niñas con Parálisis Cerebral Infantil de 8-10 años de edad que asisten al C.A.D.E.”, se ubica en un nivel muy afectado de acuerdo a los resultados obtenidos con la ficha de valoración de la motricidad gruesa de Muzaber L., con especial afectación en lo que se refiere al control de pies, piernas y tronco en un 83% respectivamente.
2. El método de terapia ocupacional que se aplica para trabajar la psicomotricidad gruesa en el 100% de las niñas, niños con Parálisis Cerebral Infantil de 8-10 años que asisten al C.A.D.E., es el de Bobath, orientada a trabajar las áreas ocupacionales de auto mantenimiento en lo que se refiere a las actividades de la vida diaria básicas.
3. La relación de los métodos de la terapia ocupacional, específicamente hablando de la metodología de Bobath y la influencia de este en la psicomotricidad gruesa en los niños con Parálisis Cerebral Infantil, no ha brindado resultados favorables, esto contrastado con la ficha de valoración de Muzaber que como resultado final muestra un nivel psicomotriz poco o muy afectado en las diferentes áreas evaluadas.

i. RECOMENDACIONES

Fundamentada en las conclusiones, me permito sugerir las siguientes recomendaciones:

1. Considerar el planteamiento de nuevas metodologías para realizar el trabajo terapéutico en la sala de terapia ocupacional con los menores, para así mejorar su nivel de la psicomotricidad gruesa y por ende su desenvolvimiento en cuanto a lo personal y social, mejorando además su calidad de vida.
2. Vincular de manera responsable a los padres de familia y realizar capacitaciones a los mismos acerca de la metodología y la técnicas que se trabajan en la rehabilitación de sus hijos, para que con su ayuda desde el hogar se pueda obtener mejores y mayores resultados.
3. A la Universidad Nacional de Loja, siga a través de la carrera de Psicorrehabilitación y Educación Especial con el cumplimiento de las prácticas pre-profesionales, ya que permiten la formación con mayor profesionalismo y sobre todo con el fin de contribuir con la solución de problemas sociales que a la carrera le corresponde afrontar.

j. BIBLIOGRAFÍA

- a niños con necesidades educativas especiales. La Habana Editorial Pueblo y Educación. 5-24 pág.
- actividades en Terapia Ocupacional. Argentina. Disponible en: www.terapia-ocupacional.com/articulos/referenteshistoricos.html consultado el 30 de Enero de 2004.
- **Ajuriaguerra, J.** (2011) Manual de psiquiatría infantil. Ed. Toray-Masson.
- **Alberto Rosa Rivero, Ignacion Montro Garcia-Celay, Maria Cruz García Lorente.**
- **Antonio Mesonero Valhondo.** LA EDUCACION PSICOMOTRIZ, necesidades de
- **Aucouturier, B. y Col.** (2000). La educación psicomotriz como terapia Ocupacional
- base en el desarrollo personal del niño.
- **Begoña Polonio López/**Conceptos fundamentales de terapia ocupacional-1ra. Ed.-
- **Bejarano, Alberto** (2000)"Reflexiones éticas sobre la Discapacidad." Ed.
- **Betancourt Torres, Juana V. y Col.** (2010). La comunicación educativa en la atención
- **Bettina Paeth Rohlfs.** EXPERIENCIAS CON EL METODO BOBATH, fundamentos,
- **Bettina Paeth Rohlfs/**Experiencias con el concepto Bobath: fundamentos, tratamiento,
- **Canosa Domínguez, Nereida y Col.** (2010). Terapia Ocupacional Importancia del
- casos;[traducción efectuada por Ana Heimann Navarra], -2da ed.- Buenos Aires; Madrid: Medica Panamericana, 2006.
- Ciencias sociales. La Habana
- comp.– El niño con parálisis cerebral: enculturación, desarrollo e intervención/ Madrid: Centro de publicaciones del Ministerio de Educación y Ciencia: C.I.D.E., 1993.

- con el Parálisis, pp. 5 de 5.
- concepción pedagógica. Original impreso en ISPJAE, Empresa de producción del Ministerio de Educación Superior (1995).
- Congreso Internacional de Educación Física y Psicomotricidad. Varadero. Editorial Deportes. 20 pág.
- contexto. España.
- cuerpo, movimiento, percepción, afectividad: una propuesta teórico-práctica.
- departamento de medicina física del hospital regional y docente del hospital Isidro Ayora de la Ciudad de Loja.
- discapacidad.
- **Dobler Erika y Dobler Hugo** (2011). Juegos Menores. La Habana. Editorial Pueblo y
- **Dr. ROMEU IBES** (2012) Joan "Gabinete Médico Psicológico." Ed. San Pablo
- Editorial Pueblo y Educación. Tomo V. 48-49 pág
- Educación. 15-39 pág.
- El desarrollo de los niños de 0 - 3 años. Mana Elena López y María Tereza Arango de
- **Encarnación Sugranes y M. Angels** (coords.): La educación psicomotriz (3-8 años)
- Especial
- física de niños discapacitados físicos motores. Tesis de Maestría (Maestría en Didáctica de la Educación Física Contemporánea). La Habana. ISCF "Manuel Fajardo". 20-33 pág.
- **Gil Muñoz, Juan Luis y Col.** (2000). Necesidades Educativas Especiales. Deficientes
- **Gómez Mengelberg, Elizabeth.** (2004). Referentes históricos de la utilización de
- **Gómez Tolón, J.** (2003). Fundamentos metodológicos de la Terapia Ocupacional.
- **González Otmara** (2002). El enfoque histórico cultural como fundamento de una

- **Gregoria Vegas González.** Estrategias de trabajo con parálisis cerebral. Educación
- **Gualderas, C.** et al. (2000)Manual de fisioterapia Barcelona, España,Ed. Cataluña.
- **Javier Bernal** Juegos y Actividades adaptadas..
- Joan de Dèu, Barcelona: Asociación Española de Pediatría. Pp 271-277.
- **Juan J. Zaranz,** Neurología, 5ta edición
- **Juan Vásquez.** ED. Gymnos. Discapacitados. Intervención en el medio terapéutico.
- **Laura Vanina Stefanini**Cap. Bermúdez(2011)
- **LÓPEZ Mateo Carlos** " Enciclopedia de la Psicología" Océano
- Madrid. Editorial Científico – Médica. 23-32 pág.
- Madrid: Medica Panamericana [2001]
- **Margarita Comendio**(2011).Educación física para la integración de niños con
- **María Carbellido Saiz,** (2011) Actividades Psicomotricidad en poblaciones especiales.
- **María Santucci** de Mina Evolución psicosocial del niño con parálisis cerebral
- **Marx Carlos, Engels Federico Ilich Lenin,** (2008) Vladimir Selección de textos Ed
- **Mercedes Ríos Fernández.** Manual de Educación física adaptada al alumnado con
- **Microsoft © Encarta** © Biblioteca de Consulta 2002.
- **Moruno Miralles, P. y Romero Ayuso, Dulce M.** (2001). Historia de la Terapia
- Motóricos. Parálisis Cerebral. Madrid. Editorial CEPE. Capitulo XXIII. 415-431 pág.
- Narváez .Pág. 12-21
- necesidades especiales.
- **Núñez Jover** (Compilador) (2005.) Selección de lecturas de problemas de Teoría y

- Ocupacional en el ámbito de la Salud Mental. Revista Informativa de la Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales. Barcelona. Editorial Masson. 27 pág.
- Paganizzi, Liliana. (2004). Terapia Ocupacional, su inserción Ocupacional. Pag 34-38
- **Pascual Fis, Ana** (2004). La educación física y la atención a las discapacidades.
- **Pascual Fis, Santa Ana** (2009). Una propuesta de juegos adaptados para la educación
- **Pilar Póo Argüelles**, Parálisis cerebral infantil, Servicio de Neurología. Hospital Sant
- **Polonio López-Castellanos Ortega y Viana Moldes**, Terapia ocupacional en la infancia, teoría y práctica.
- **Psicología Social**” Microsoft Encarta 2006 [CD]. Microsoft Corporation, 2005.
- Salamanca.
- tratamientos y casos.
- **Vanegas Quiroz-Martha Elizabeth**. Tesis Evaluación motriz de los niños del
- **Víctor Gil Chang**, Fundamentos de Medicina de Rehabilitación. Ed. UCR, 2004.
- **Vigotski L.S.** (1996). Fundamentos de defectología. Obras Completas. La Habana.
- **VILLAGRA, H.A.** (1997 B) Variaciones en la morfología corporal en niños afectados

WEB-GRAFÍA

<http://terapiavojtaextremadura.blogspot.com/>

www.wikipedia.com

www.monografias.com acceso 12-Marzo-13

WWW.CBM Internacional-ES discapacidades.htm acceso 15 Marzo-13

WWW.CONADIS ECUADOR.COM acceso 19-Marzo-13



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA EDUCACIÓN, ARTE Y COMUNICACIÓN

CARRERA DE PSICORREHABILITACIÓN Y

EDUCACIÓN ESPECIAL

TEMA:

LOS METODOS DE TERAPIA OCUPACIONAL EN LA PSICOMOTRICIDAD GRUESA DE LOS NIÑOS Y NIÑAS CON PARALISIS CEREBRAL INFANTIL DE 8-10 AÑOS QUE ASISTEN AL C.A.D.E, EN EL PERIODO MARZO-SEPTIEMBRE 2013.

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

AUTORA: JOHANA MARIVEL ARMIJOS DIAZ.

LOJA - ECUADOR

2013

a. TEMA

“LOS MÉTODOS DE TERAPIA OCUPACIONAL EN LA PSICOMOTRICIDAD GRUESA DE NIÑOS Y NIÑAS CON PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL DE 8-10 AÑOS QUE ASISTEN AL C.A.D.E LOJA, EN EL PERÍODO MARZO-SEPTIEMBRE 2013.”

b. PROBLEMÁTICA

Desde épocas muy remotas a nivel de todo el mundo existieron personas con algún tipo de discapacidad, a nivel mundial, hay más de 500 millones de personas que sufren algún tipo de discapacidad mental, física o sensorial. Independientemente, del lugar del mundo en el que se encuentren, sus vidas están limitadas muy a menudo por obstáculos físicos o sociales.

Aproximadamente un 80% de la población mundial con discapacidad vive en países en vías de desarrollo. Estas personas con discapacidad suelen ser objeto de discriminación a causa de los prejuicios o la ignorancia, y además es posible que no tengan acceso a los servicios esenciales. Se trata de una "crisis en silencio" que afecta no sólo a las propias personas con discapacidad y a sus familiares, sino también al desarrollo social y económico de sociedades enteras, en las que una buena parte del potencial humano se queda sin explotar.

Teniendo en cuenta que las discapacidades suelen estar causadas por actividades humanas, o simplemente por la falta de cuidado, se necesita la ayuda de toda la comunidad internacional para terminar con esta emergencia.

Desde sus comienzos, las Naciones Unidas ha tratado de mejorar la situación de las personas con discapacidad y hacer más fáciles sus vidas. Canosa, D.N. (2010). Antiguamente existía un concepto errado sobre la discapacidad en los países subdesarrollados que menospreciaba a las personas con requerimientos especiales; pero actualmente el término discapacidad hace referencia a las alteraciones en las capacidades funcionales de los individuos y no a alteraciones globales de la persona. Es así que a nivel mundial, existen institutos que brindan ayuda terapéutica para personas con discapacidad donde existen profesionales que aplican tratamientos de rehabilitación como son: Terapia de Lenguaje, Terapia Física y Terapia Ocupacional este último nace en la década del siglo XX, pero llega 40 años después por primera vez a España por el doctor en Medicina Heliodoro Ruiz García, quien implantará metodologías en los estudios de Terapia Ocupacional en España, en el año 1960.

En 1964 se crea en Madrid la Escuela Nacional de Terapia Ocupacional aplicado a la psicomotricidad en niños con Parálisis Cerebral Infantil donde se les ayudó a poder controlar músculos, la postura y el movimiento. En 1967 fueron reglamentados dichos estudios, cuya duración quedó establecida en tres años. Además, en virtud de dicha reglamentación los estudios de Terapia Ocupacional quedaron adscritos a la Escuela Nacional de Salud hasta la actualidad. Fuente Canosa Domínguez, Nereida, G.K. (2010).

En lo que se refiere a las discapacidades en nuestro país según el Consejo nacional de discapacidades (CONADIS) señala que de la población total nacional el 12.14% tiene algún tipo de discapacidad, siendo del total el 48.4% hombres y el 51.6% mujeres lo que significa que existen 1'608,334 personas con discapacidad, en la actualidad el Ecuador ha creado centros universitarios de formación en Terapia Ocupacional continúa incrementándose sin cesar desde hace algunos años en Cuenca, Guayaquil y Quito como respuesta a la creciente necesidad social de terapeutas ocupacionales. Ecuador aún se encuentra lejos de alcanzar la proporción de terapeutas ocupacionales por habitante recomendada por la Federación Ecuatoriana de Terapeutas Ocupacionales, institución asociada a la Organización Mundial de la Salud.

Un informe público de la investigación médico- científica-social efectuado en el año 2011, en nuestra Ciudad reveló que existen alrededor de 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, cifra que sobrepasa al porcentaje nacional; más del 60% de personas con discapacidad son pobres. www.conadis.gob.ec

Uno de los principales problemas que presentan las personas con discapacidad y especialmente los de Parálisis Cerebral Infantil es la no existencia de la aplicación de metodologías en la terapia ocupacional por parte de los profesionales, sin conocer que a través de actividades aplicadas con fines terapéuticos, se previene y mantiene la salud, favorece la restauración de la función, suple los déficit invariantes y valora los supuestos comportamentales y su significación profunda para conseguir mayor

independencia y reinserción posibles del individuo en todos sus aspectos: laboral, mental, físico y social.

Uno de los centros que cuenta la ciudad de Loja es el centro de Educación Especial para niños, niñas y jóvenes con capacidades diferentes “C.A.D.E”, en éste centro se encuentran 23 niños, niñas y jóvenes con parálisis cerebral de los cuales 6 serán tomados como muestra para la realización del presente proyecto de tesis. Los profesionales que laboran en la institución, trabajan las metodologías de terapia ocupacional de una manera generalizada, los pacientes que asisten a la sala sin importar la discapacidad que presenten se les aplica su terapia con similares técnicas, no existe conocimiento acerca de la variedad de métodos de los cuales se pueden servir para una mejor atención y desarrollo de la Psicomotricidad gruesa de los niños con discapacidad, ya que manejan empíricamente cada caso. Es así que como investigadora tendré la responsabilidad de poder contribuir en el proceso de rehabilitación.

Por lo mencionado es pertinente responder a la siguiente interrogante:

¿Cómo los métodos de terapia ocupacional influyen en la psicomotricidad gruesa de niños y niñas con parálisis cerebral infantil que asisten al C.A.D.E?

c. JUSTIFICACIÓN

La presente investigación se ha realizado con la finalidad de brindar un aporte significativo a los padres de familia de los niños con discapacidad mediante: “los métodos de terapia ocupacional en la psicomotricidad gruesa de niños con parálisis cerebral Infantil de 8-10 años que asisten al C.A.D.E. con el único objetivo principal de vincularme en el mundo de las discapacidades y especialmente en la aplicación de metodologías en la rehabilitación ocupacional y poderme insertarme como profesional de la carrera de Psicorrehabilitación y Educación Especial en la investigación acción de este tipo de temática, tomando en cuenta la relevancia e importancia de la misma.

La presente investigación tiene el objetivo de brindar apoyo a los terapeutas de la unidad de rehabilitación ocupacional y padres de familia, mediante la atención oportuna de métodos de recuperación de la psicomotricidad gruesa de los infantes que se educan en esta noble institución, además cómo puedan realizar un buen proceso de rehabilitación y puedan lograr desarrollar habilidades-destrezas en los niños y que tengan una mejor autonomía e independencia y mejorar su calidad de vida mediante la inclusión total y especialmente su nivel motriz, partiendo del estudio de sus potencialidades entendiéndose que la atención a la diversidad implica creer que cada ser es único y singular, que no se pretende que el niño se adapte a nuestros modelos de enseñanza si no ir nosotras a adaptar reglas y modelos nuevos y buscar alternativas que se basen en la convivencia y vivencia que propicie el respeto a la individualidad y el ritmo de cada uno, es viable, ya que beneficia a los niños, niñas especiales con parálisis cerebral infantil con alteraciones de la psicomotricidad gruesa, que puedan acceder a una buena inclusión, mejorando la calidad de vida, teniendo como apoyo los actores principales que son los niños, niñas con parálisis cerebral infantil con alteraciones psicomotricidad gruesa del C.A.D.E de la unidad de rehabilitación ocupacional y la Universidad Nacional de Loja a través de la carrera de Psicorrehabilitación y Educación Especial, contando con los recursos materiales y económicos.

d. OBJETIVOS

Objetivo General

- ✓ **Conocer** la influencia de los métodos de terapia ocupacional que se aplican en la psicomotricidad gruesa de niños, niñas con parálisis cerebral infantil 8-10 años de edad, que asisten al C.A.D.E.

Objetivos Específicos

1. **Establecer** el nivel de la psicomotricidad gruesa de los niños, niñas con Parálisis Cerebral Infantil de 8-10 años de edad que asisten al C.A.D.E
2. **Determinar** los métodos de terapia ocupacional que se aplican para trabajar la psicomotricidad gruesa en niñas, niños con Parálisis Cerebral Infantil de 8-10 años que asisten al C.A.D.E.
3. **Relacionar** la aplicación de los métodos de la terapia ocupacional y su influencia en la psicomotricidad gruesa en los niños con Parálisis Cerebral Infantil.

ESQUEMA DEL MARCO TEÓRICO

1. TERAPIA OCUPACIONAL

- 1.1.** Introducción.
- 1.2.** Historia.
- 1.3.** Definición.
- 1.4.** Objetivo.
- 1.5.** Conceptos fundamentales.
 - 1.5.1.** Áreas ocupacionales
 - 1.5.2.** Componentes del desempeño funcional
 - 1.5.3.** Equilibrio ocupacional
 - 1.5.4.** Contexto y entorno
- 1.6.** Estrategias de intervención.
- 1.7.** Campos de intervención
- 1.8.** Materiales y herramientas del servicio de terapia ocupacional.
- 1.9.** Métodos aplicados en la terapia ocupacional.
 - 1.9.1.** Método de Glenn Doman
 - 1.9.2.** Método de Bobath.
 - 1.9.3.** El método Vojta.
 - 1.9.4.** Método Kabat.
 - 1.9.5.** Método de Rood.
 - 1.9.6.** Método de Jacobson.

2. PSICOMOTRICIDAD

- 2.1.** Introducción
- 2.2.** Historia
- 2.3.** Definición
- 2.4.** Elementos
 - 2.4.1.** Esquema Corporal
 - 2.4.2.** Lateralidad
 - 2.4.3.** Estructuración espacial
 - 2.4.4.** Equilibrio

- 2.4.5. Respiración
- 2.4.6. Tiempo – Ritmo
- 2.4.7. Motricidad
 - 2.4.7.1. motricidad gruesa.
 - 2.4.7.2. motricidad fina.

3. PARALISIS CEREBRAL

- 3.1. Definición
- 3.2. Etiología y factores de riesgo
- 3.3. Tipología
 - 3.3.1. Tipo
 - 3.3.2. Tono
 - 3.3.3. Topografía
 - 3.3.4. Grado de afectación
- 3.4. Deficiencias asociadas
- 3.5. Intervención

4. LA TERAPIA OCUPACIONAL EN LA PSICOMOTRICIDAD GRUESA EN NIÑOS CON PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL

- 4.1. Introducción
- 4.2. La Terapia Ocupacional como técnica rehabilitadora en la Parálisis cerebral
- 4.3. Tratamiento Ocupacional en la Psicomotricidad para Niños con PCI.

e. MARCO TEÓRICO

1. TERAPIA OCUPACIONAL

1.1. Introducción

La Terapia Ocupacional parte de dos premisas fundamentales:

La ocupación es parte de la condición humana, los seres humanos poseen una naturaleza ocupacional.

La ocupación es necesaria para la sociedad y la cultura, es un elemento crucial de integridad y salud humana.

La ocupación es la actividad principal del ser humano a través de la cual la persona controla y equilibra su vida. La ocupación se define, valora, organiza y adquiere significado individualmente dependiendo de las aspiraciones, de las necesidades y entornos de dicha persona.

En resumen la ocupación:

- ✓ Da respuesta a las necesidades de supervivencia y de automantenimiento.
- ✓ Proporciona un sentimiento de utilidad, de aportar al crecimiento y evolución general de la comunidad.
- ✓ Permite satisfacer la necesidad de explorar, descubrir, experimentar placer y desconexión.
- ✓ Aporta un sentido de vida, una identidad por la que luchar y trabajar. Una identidad psicológica y una identidad espiritual.
- ✓ Proporciona un papel, un sentimiento de pertenencia a un grupo o cultura. Una identidad social (roles).

La ocupación forma parte de la identidad social y personal de un individuo.

Según Gary Kielhofner, tal y como expone en el modelo de ocupación humana, la Terapia Ocupacional se relaciona con actividades efectuadas por razones personales que sirven a la necesidad básica de exploración y dominio del entorno. Siguiendo el modelo canadiense centrado en el cliente, la ocupación es imprescindible para encontrar y modelar el sentido a nuestra existencia individual a través de la búsqueda de valores

personales y universales.

Podemos señalar dos características de la ocupación en el tratamiento:

- ✓ Dado que la ocupación es fundamental para la adaptación humana, su ausencia o interrupción (incluso independientemente de cualquier problema físico, psicológico o social) es una amenaza para la salud.
- ✓ Cuando la enfermedad, trauma o condición social ha afectado a la salud biológica o psicológica de una persona, la ocupación es un medio efectivo de organizar el comportamiento.

Actualmente en la práctica se utilizan indistintamente diversos términos (ocupación, actividad, tarea, rol) que pueden llevar a confusión.

Consideramos necesario aclararlos:

La ocupación es la realización o participación en actividades, tareas y roles que incorporan objetivo y significado desde el punto de vista del que lo hace. (Nelson, 1988)

Actividad es un comportamiento y una unidad básica de acción orientados a un objetivo específico.

Las tareas constituyen un conjunto de actividades que pueden ser divididas y analizadas en función de su complejidad, estructura y propósito.

Los roles definen los comportamientos y expectativas sociales. (Christiansen, 1991)

Según Kielhofner, este comportamiento ocupacional siempre refleja un complejo interjuego entre nuestros motivos, habitualidades, capacidades y contexto.

Mosey define el ambiente como un agregado de fenómenos que rodean a una persona e influyen en el desarrollo y la existencia de la misma. Se compone de factores no humanos (condiciones físicas, cosas e ideas) y componentes humanos (individuos o grupos). (Citados en “Terapia Ocupacional”, Willard/Spackman, 1998)

1.2. Historia

La Terapia Ocupacional surge acompañando los grandes movimientos sociales.

Hacia fines del siglo XVIII, con el surgimiento del tratamiento moral de Pinel, en la etapa humanista, se comienza a ocupar el tiempo de los internados buscando su rehabilitación social. Esto ocurre en Francia; paralelamente en Inglaterra, los cuáqueros instauran casas de retiro en el campo considerando que el cambio de ambiente puede ser beneficioso para tratar las alteraciones mentales. En este período se produce un mejoramiento en los tratamientos de los enfermos mentales. Philippe Pinel, William Tuke y Vifanzio Chiarugi tenían a sus pacientes sin cadenas y les daban ocupaciones.

En el siglo XIX, con la etapa industrial, aparecen las industrias hospitalarias, cuya fundamentación es la utilización de la mano de obra y no la rehabilitación.

Esto fracasa porque al ser inferior la capacidad productiva, el rédito económico no es el mismo.

A comienzos del siglo XX con el advenimiento de la etapa terapéutica, el Dr. Herbert Hall inicia en EE.UU. el estudio sobre el uso terapéutico de las actividades en la universidad de Harvard.

El primer artículo escrito y publicado sobre T.O. que se conoce, aparece en 1992 en The Archives of Occupational Therapy: "La filosofía de la terapéutica ocupacional, por Adolph Meyer. El autor retoma los fundamentos del tratamiento moral tendiendo a crear patrones institucionales de vida y módulos de conducta similares a los que podía tolerar y aceptar la sociedad. Tomaba la "ocupación" como concepto central, y sostenía que los hábitos otorgaban un equilibrio en la organización del tiempo entre diferentes actividades: juego, trabajo, descanso y sueño.

Dentro de esta misma escuela se destaca Eleanor Clarke Slagle, considerada fundadora de la terapia ocupacional. Toma como modelo las necesidades de la infancia y como fundamento los principios de trabajo, juego y relaciones humanas. Plantea un modo de reorganización de hábitos al que llamó "entrenamiento en hábitos". Dicho programa se llevó a cabo en hospitales mentales como medio de rehabilitación para los pacientes crónicos.

Luego, entrenaba gradualmente a sus pacientes en actividades recreativas y hábitos de trabajo.

Louis Haas basó sus programas de tratamiento sobre el estudio de los problemas sociales, económicos y familiares con los que se enfrentará el paciente en el momento del alta hospitalaria. Trabajó con pacientes con tuberculosis e hizo hincapié en el entrenamiento de actividades estructuradas en el taller como ámbito de trabajo, con el fin de que los pacientes recuperaran sus habilidades.

El Dr. March, en 1932, describió un programa de terapéutica industrial con cerca de dos mil pacientes, efectuando un análisis laboral de cada tipo de trabajo posible en una comunidad hospitalaria. Diseñó un modelo de Historia Clínica que incluía capacidades, destrezas y potencial. Su objetivo fue la preparación de los pacientes para la reintegración a la comunidad.

Cody Bryan también proponía a la terapia industrial como medio de preparar al paciente con una enfermedad mental para el mundo laboral.

Las actividades que realizaban eran de acuerdo a sus intereses y eran formados para ejercer roles productivos.

William Dunton sostenía que el ambiente hospitalario debía brindar un ejemplo ordenado de vida normal, donde el paciente podría aprender hábitos apropiados para la vida cotidiana. Mediante actividades tales como deportes y habilidades manuales en actividades artesanales de taller, se lograba un progreso tanto hacia la calidad de trabajador recuperando los hábitos de trabajo, como también hacia la calidad de ciudadano en la comunidad.

Kidner se interesó en los efectos ambientales sobre el paciente tuberculoso. Los pacientes comenzaban con actividades como juegos y artesanías simples en la cama, que requerían poco esfuerzo físico (dentro de las capacidades de cada paciente) y mantenían sus intereses. Después, los pacientes pasaban al taller, y finalmente, eran empleados en trabajos industriales reales dentro de la institución.

La primera definición de terapia ocupacional fue dada por el creador del término, George Barton, en 1914: "Si hay una enfermedad ocupacional, por qué no hay terapia ocupacional". Barton era un arquitecto que tuvo tuberculosis, y al recuperarse se interesa en la rehabilitación de los pacientes basándose en talleres como ambiente de

trabajo para diferentes actividades.

La guerra de Crimea condujo a la formación profesional de enfermeras. La Primera Guerra Mundial, el de fisioterapia, como así también se observaba la práctica de una terapéutica ocupacional que promovían tratamiento a los soldados de guerra. Dicha guerra puso de manifiesto lo grave de la responsabilidad del Estado frente a la rehabilitación. Esto sirvió de gran ayuda, ya que abrió el camino a una mejor comprensión del problema de los lisiados, así como para el reconocimiento de la necesidad de implementar más amplios programas. Pero la terapia ocupacional alcanza un mayor desarrollo como profesión durante la Segunda Guerra Mundial. Al principio de este período, se trabaja sobre el terreno psicológico y al final del siglo XIX se practicaba como terapéutica ocupacional, siendo la nación pionera Canadá. A partir de allí se desarrolló en otros países: Inglaterra, Irlanda, Estados Unidos,

Francia, Alemania, Suiza, Austria, Noruega, Portugal, Bélgica. La misma era utilizada de distintas formas.

Al estallar la Segunda Guerra Mundial, el problema de los lisiados de guerra atrajo nuevamente la atención del pueblo americano. Sin embargo, la situación era diferente a la de la otra guerra, ya que ahora existían servicios de rehabilitación para civiles y militares. Dicha guerra dio gran impulso a la medicina física y a la terapia ocupacional, robusteciendo el concepto de que el impedido no tiene que ser necesariamente un dependiente ni una carga pública. Las guerras tuvieron efectos trascendentales en la vida de los lisiados, hubo empleo para millares de individuos a quienes en tiempos normales hubiera sido muy difícil encontrarles trabajo sin haber tenido entrenamiento, guía ni ayuda para lograr una ocupación remunerada.

1.3. Definición

Son muchas y variadas las definiciones que se proponen desde diversas corrientes y disciplinas sobre la terapia ocupacional:

La Terapia Ocupacional es, según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), "el conjunto de técnicas, métodos y actuaciones que, a través de actividades aplicadas con fines terapéuticos, previene y mantiene la salud, favorece la restauración de la función, suple los déficits invalidantes y valora los supuestos comportamentales y

su significación profunda para conseguir la mayor independencia y reinserción posible del individuo en todos sus aspectos: laboral, mental, físico y social".

La Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT) por su parte dice:

“La terapia ocupacional es una profesión que se ocupa de la promoción de la Salud y el Bienestar a través de la ocupación. El principal objetivo de la terapia ocupacional es capacitar a las personas para participar en las actividades de vida diaria. Los terapeutas logran este resultado mediante la habilitación de los individuos para realizar aquellas tareas que optimizarán su capacidad para participar, o mediante la modificación del entorno para que éste refuerce la participación”.

La Asociación Americana de Terapeutas Ocupacionales (AOTA) la define como:

“La Terapia Ocupacional es la utilización terapéutica de las actividades de autocuidado, trabajo y lúdicas para incrementar la función independiente, mejorar el desarrollo y prevenir la discapacidad. Puede incluir la adaptación de las tareas o el ambiente para lograr la máxima independencia y mejorar la calidad de vida”. (AOTA, 1986)

La definición de la Asociación Canadiense de Terapeutas Ocupacionales dice:

“Terapia ocupacional es una profesión de las ciencias de la salud que provee servicios a los individuos cuya capacidad para funcionar en su vida cotidiana está alterada como consecuencia de enfermedad o daños físicos, de problemas del desarrollo, del proceso de envejecimiento, de enfermedades mentales o problemas emocionales. Los objetivos de la Terapia Ocupacional son asistir al individuo para que alcance un estilo de vida independiente, productivo y satisfactorio. Los terapeutas ocupacionales utilizan actividades adaptadas para incrementar el funcionamiento del individuo y su productividad”. (Asociación Canadiense de Terapeutas Ocupacionales, 1993)

El Comité Europeo de Terapeutas Ocupacionales (COTEC) define la Terapia Ocupacional como:

“Profesión de la salud que se fundamenta en el conocimiento y la investigación de la relación que existe entre la salud, la ocupación y ambiente en el bienestar de la persona ante la presencia de limitaciones físicas, cognitivas, sociales, afectivas y/o ambientales

que alteran su potencial de desarrollo y su desempeño ocupacional; que utiliza actividades significativas para la persona teniendo como objetivo final restaurar, mantener y/o desarrollar habilidades necesarias para integrarse y participar en su esfera biopsicosocial”

Para Williard and Spackman, H.L. Hopkins y H.D. Smith (1993), es el arte y ciencia de dirigir la participación del hombre en tareas seleccionadas para restaurar, reforzar y mejorar el desempeño, facilitar el aprendizaje de aquellas destrezas y funciones esenciales para la adaptación y la productividad, disminuir o corregir enfermedades, promover y mantener la salud.

Según Doris Pierce (2001), la ocupación es construida a través de las experiencias del individuo contextualizadas en un tiempo y espacio concreto e irrepetible, dando énfasis al sentido y significado que para cada ser humano tienen las actividades.

George Edward Barton (1917) plantea que es la ciencia que enseña y estimula al enfermo como realizar el trabajo que le proporcionará energías, y como utilizando actividades se obtiene un efecto terapéutico beneficioso.

Según Kielhofner (1995), la implicación de los seres humanos en actividades productivas, juegos, actividades lúdicas y de la vida diaria, genera y mantiene cambios en las capacidades del individuo. De esta forma el comportamiento ocupacional contribuye a la organización y desarrollo de las estructuras físicas y al desarrollo psicológico, afectivo y social.

Según la Asociación Española de Terapeutas Ocupacionales la terapia ocupacional es una:

“Disciplina socio-sanitaria que evalúa la capacidad de la persona para desempeñar las actividades de la vida cotidiana e interviene cuando dicha capacidad corre un riesgo o está dañada por cualquier causa”. (APETO, 1999)

Definición de la ASOCIACIÓN AMERICANA DE TERAPIA OCUPACIONAL, 1986:

La Terapia Ocupacional es la utilización terapéutica de las actividades de la vida diaria, productivas y de ocio en personas que se encuentran limitadas (por un trauma físico,

psíquico o enfermedad, disfunción psicosocial, incapacidades del desarrollo o del aprendizaje, pobreza y diferencias culturales o por el proceso de envejecimiento), con los fines de maximizar la independencia, prevenir la discapacidad, mejorar el desarrollo y mantener la salud. Se incluye la adaptación de tareas y/o la intervención sobre el ambiente para lograr la máxima independencia y mejorar la calidad de vida. (Basada en la definición de la ASOCIACIÓN AMERICANA DE TERAPIA OCUPACIONAL, 1986) Fuente: Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales, "Definitions of Occupational Therapy. Draft 7 www.wfot.org abril/2013 17:00

El núcleo común de la Terapia Ocupacional es la "actividad con intención", ésta es utilizada como herramienta fundamental para prevenir y mediar en la disfunción y producir la máxima adaptación.

1.4. Objetivo

El principal objetivo de la Terapia Ocupacional es capacitar a la persona para alcanzar un equilibrio en las ocupaciones, con el fin de que su vida sea satisfactoria y significativa.

La intervención en Terapia Ocupacional se dirige tanto a la persona como al entorno, entendiendo el entorno como los distintos ambientes donde se desenvuelve el individuo (entornos de trabajo, domiciliarios, de ocio, comunitarios, urbanísticos, sociales o grupales).

Los objetivos para estas personas, que presentan cualquier disfunción ocupacional o riesgo de la misma, serán:

- Favorecer la motivación y los intereses de las personas después de la pérdida ocupacional.
- Favorecer la búsqueda de su identidad psicológica, perdida o fragmentada por distintos acontecimientos o procesos (enfermedad, pobreza, maltratos, marginación).
- Ayudar a la persona a elaborar una rutina ocupacional adaptada y significativa que apoye su participación en roles activos y relevantes.
- Minimizar o eliminar las conductas que interfieran en el desempeño ocupacional.
- Adquirir, mejorar y potenciar las capacidades y destrezas necesarias para un

desempeño ocupacional lo más satisfactorio y funcional posible.

- Favorecer el desarrollo de habilidades sociales y habilidades emocionales (autoconocimiento, autocontrol, automotivación, empatía) que permitan a la persona asumir un rol activo en la relación con los demás.
- Habilitar en el uso de las ayudas técnicas necesarias.
- Favorecer el acceso al mundo laboral y su mantenimiento.
- Cubrir las necesidades de disfrute, placer, de exploración, y de participación social, favoreciendo el acceso a los entornos de ocio.

La intervención en el entorno de estas personas se centrará en:

- ✓ Modificar y adaptar entornos, accesibles y saludables.
- ✓ Eliminar y/o minimizar barreras físicas, psicológicas y sociales.
- ✓ Escuchar, informar y asesorar a la familia del estado general del familiar, de pautas de manejo ante determinadas circunstancias y de las ayudas técnicas y de las adaptaciones necesarias, haciéndoles partícipes del proceso de tratamiento.

La Terapia Ocupacional puede prestar servicio profesional, en un contexto hospitalario, domiciliario y comunitario, a todo individuo que tenga riesgo de sufrir o sufra una afectación en sus áreas ocupacionales (actividades de automantenimiento, productiva y de ocio) como es el caso de personas con discapacidad física, sensorial, psíquica o social.

1.5. Conceptos fundamentales

1.5.1. Áreas ocupacionales:

Son categorías amplias de la actividad humana. Es decir, cualquier actividad que realicemos en nuestra vida. En Terapia Ocupacional se conocen generalmente tres áreas de ocupación:

- **Área ocupacional de automantenimiento:**

- **Actividades de la vida diaria básicas (A.V.D.b):** actividades de autocuidado

Cuidado personal:

- higiene (baño)
- vestido

- arreglo personal
- alimentación (alimentarse - comida)
- continencia
- utilización del WC

Movilidad funcional:

- transferencias (silla de ruedas, bañera, cama)

Locomoción:

- marcha
- escaleras
- asesoramiento y uso sillas de ruedas
- auxiliares para la marcha

- **Actividades de la vida diaria instrumentales (A.V.D.i):** son actividades más complejas que las anteriores e indicarían la capacidad del individuo para vivir de forma autosuficiente en su entorno habitual (control de la medicación, de los asuntos económicos, de las cuestiones administrativas, de la dieta, de la tecnología existente a nuestro alrededor)

Comunicación funcional

- comprensión
- expresión

Preparación de comida

Rutina de medicamentos

Manejo de dinero

Cuidado de la ropa

Manejo del teléfono

Manejo del transporte

- **Actividades de la vida diaria avanzadas (A.V.D. a):** no son indispensables para el mantenimiento de la independencia y están en relación con el estilo de vida del sujeto.

Son actividades que permiten al individuo desarrollar sus papeles: ocio, participación en grupos, contactos sociales, viajes, deportes.

Estas A.V.D.: actividades básicas (imprescindibles para sobrevivir), actividades instrumentales (necesarias para vivir de manera independiente), actividades avanzadas (necesarias para una vida socialmente satisfactoria) poseen una estructura jerárquica. Su complejidad va aumentando conforme aumentamos de nivel y, en la mayoría de los casos, poder realizar las de un nivel, supone poder realizar las de los niveles inferiores.

➤ **Área ocupacional productiva:**

Actividades remuneradas o no, que proporcionan un servicio a la comunidad.

Estas actividades están relacionadas con el cuidado del hogar (trabajos domésticos, jardinería, mantenimiento de la propiedad y del coche), con el cuidado de la familia (preparación de la comida, cuidado de los miembros de la familia, compras, atención a los animales de compañía) y con el trabajo (remunerado, no remunerado, estudios).

De acuerdo con esta definición esta actividad productiva no está limitada a los adultos y se extiende a los niños y a los ancianos.

Estas actividades proporcionan sentimiento de utilidad, de confianza personal e identidad social:

✓ **Manejo del hogar:**

- limpieza
- planificación de tareas
- compras
- organización de comidas
- procedimientos de seguridad

✓ **Cuidado de terceras personas**

✓ **Actividades educativas**

✓ **Actividades laborales:**

- exploración vocacional
- adquisición de empleo
- desempeño del empleo
- planificación de la jubilación

➤ **Área ocupacional de ocio:**

Conjunto de ocupaciones (actividades, tareas o roles) a las que el individuo puede dedicarse de manera libre y voluntaria cuando se ha librado de sus obligaciones profesionales o sociales, sea para descansar o para divertirse, sea para desarrollar su información o su formación desinteresada, su voluntaria participación social o su libre capacidad creadora. (Dumazedier)

Esta distribución no significa que todas las actividades del ser humano puedan clasificarse estrictamente en una de estas áreas; muchas veces las actividades se superponen entre las distintas áreas o según el significado que tenga para la persona puede enmarcarse en un área o en otra.

En la actualidad se cree que para mantener la salud, las ocupaciones de los individuos deben mantener un equilibrio entre la habilidad de cuidar de ellos mismos (actividades de automantenimiento), su contribución al entorno social y económico (actividades productivas) y la satisfacción y disfrute de la vida (actividades de ocio).

Cada ocupación pone en juego una serie de habilidades o destrezas humanas fundamentales que, en una diversidad de grados y en diferentes combinaciones, se requieren para una participación satisfactoria en las distintas áreas de desempeño, llamados componentes del desempeño funcional.

1.5.2. Componentes del desempeño funcional

Son una serie de habilidades necesarias para realizar cualquier ocupación, una especie de “cadena de eslabones”, en la que si uno falla, puede arrastrar al resto.

Se clasifican dentro de:

✓ **Componente sensoriomotor:**

- Integración sensorial:

Conciencia sensorial

Procesamiento sensorial

Destrezas perceptuales

- Neuromuscular:

Reflejo

Arco de movimiento

Tono muscular

Fuerza

Resistencia

Control postural

Integridad de los tejidos blandos

- Motor:

Tolerancia a la actividad

Coordinación motora gruesa

Cruzar la línea media

Lateralidad

Integración bilateral

Praxias

Coordinación/destreza motora fina

Integración viso-motora

Control oral motor

✓ **Integración cognitiva y componentes cognitivos**

- Nivel de alerta a estímulos
- Orientación
- Reconocimiento
- Tiempo de atención
- Memoria
- Secuenciación
- Categorización
- Formación de conceptos
- Operaciones intelectuales en el espacio
- Resolución de problemas
- Generalización del aprendizaje
- Integración del aprendizaje
- Síntesis del aprendizaje

✓ **Destrezas psicosociales y componentes psicológicos**

- **Psicológicos:**

Roles

Valores

Intereses

Iniciación de la actividad

Terminación de la actividad

Concepto de sí mismo

- **Sociales:**

Conducta social

Conversación

Expresión

- Manejo de sí mismo:

Destrezas para manejar y resolver las dificultades

Manejo del tiempo

Autocontrol

El Terapeuta Ocupacional determina a través de la evaluación qué limitaciones de los componentes del desempeño ocupacional están afectando a las áreas del desempeño ocupacional.

En el proceso de planificación de la intervención o tratamiento se seleccionan las actividades, métodos y técnicas propias de Terapia Ocupacional para tratar los componentes del desempeño ocupacional y las áreas de desempeño ocupacional.

1.5.3. Equilibrio ocupacional

Es la capacidad de organizar convenientemente las actividades en que nos involucramos las personas en nuestra vida. Mantener un equilibrio correcto repercute positivamente en nuestra salud y calidad de vida. Desequilibrios tanto por exceso como por defecto pueden tener distinto impacto, pudiendo llegar a ser demoledores.

Conviene recordar que la disfunción ocupacional no es lo único sobre lo que incide la Terapia Ocupacional. Para evitar la disfunción y ser competente es necesario que exista un equilibrio entre el trabajo, el ocio y las actividades de autocuidado dentro de la vida de un individuo, ya que una falta de equilibrio desemboca en disfunción. Esto, aunque resulta una idea interesante sobre la que se trabaja a diario, no deja de ser un tanto ambigua. Esto es, las distintas clasificaciones de la actividad no son precisas en cuanto a no poder clasificar una determinada actividad dentro de alguno de los grupos, ya que la misma actividad puede significar y ser clasificada de forma diferente ´por diferentes personas e incluso por la misma persona en circunstancias diferentes. Por ello, es necesario ahondar en las siguientes cuestiones: ¿A qué tipo de equilibrio nos estamos refiriendo?, ¿De qué manera puede determinarse que un patrón es equilibrado o no?

A primera vista, parece que se da un desequilibrio ocupacional si una persona no puede participar en un área ocupacional concreta. Por ejemplo, una persona que

involuntariamente ha perdido su trabajo y se ve privada de un considerable espectro de procesos y actividades deseados y esperados, o aquella que se encuentra afectada por un proceso discapacitante, como una artritis reumatoide, que limita su capacidad para llevar a cabo por sí misma sus actividades de autocuidado lo cual afecta su bienestar. Con todo, no es posible afirmar, en todas las ocasiones, que se haya producido o que tenga lugar un desequilibrio. La existencia o la ausencia de desequilibrio viene marcada por el individuo y sus recursos. Hay personas que reaccionan de manera positiva ante un déficit ocupacional importante y son capaces de compensar la situación mediante el desarrollo y enriquecimiento de otras áreas. En ocasiones este hecho se producirá de forma natural en el proceso vital del individuo, en otras será necesaria la intervención del terapeuta, quien facilitara dicho proceso.

Con respecto a la cuestión sobre la determinación de si existe o no desequilibrio, parece ser que deberá ser el propio individuo quien lo establezca, si este se muestra insatisfecho y preocupado por algunos de los aspectos perdidos de la ejecución ocupacional. El proceso de restauración del equilibrio es mucho más costoso si el paciente no tiene conciencia del problema aun cuando este es percibido por el entorno.

Los datos objetivos de la participación actual pueden ser útiles y el análisis de los patrones de actividad puede ser muy relevante si se realiza adecuadamente y se centra sobre las necesidades y las circunstancias del individuo. Si, por el contrario, se conduce de una manera mecánica, dicho análisis podría llevar a malas interpretaciones.

Al igual que el resto de los aspectos humanos, el concepto de “normal” es muy amplio, e influencias tales como la cultura vienen a ser muy significativas. De acuerdo con Hagedorn, nos parece más útil discutir el equilibrio ocupacional en términos de envergadura y significado de las ocupaciones para el individuo. Este, por su parte, es un complejo análisis que ha de tener muy en cuenta la experiencia y los constructos personales, el significado que estos tienen para el individuo y el contexto de la ejecución.

No conviene olvidar que el descanso es necesario para el mantenimiento del equilibrio ocupacional. En el descanso se incluyen tanto el sueño como los periodos de relajación y de actividad. Hay ocasiones en las que se da por parte de los profesionales una

tendencia a propiciar el exceso de actividad, no ajustándose a los patrones individuales de cada sujeto. Esto es también una causa, no desdeñable, de desequilibrio ocupacional. CONCEPTOS FUNDAMENTALES DE TERAPIA OCUPACIONAL, López B, Molina P, Arnaiz B, pp 30-31

1.5.4. Contexto y entorno

Serie de condiciones o variantes, tanto internas como externas, que influyen en el rendimiento ocupacional de la persona, y por lo tanto, en su independencia. Son varios:

Cultural: costumbres, creencias estándares de comportamiento y expectativas aceptadas por la sociedad de la cual se es miembro.

Personal: características del individuo que no forman parte de su condición o estado de salud

Físico: ambiente natural y construido (no humano)

Social: relaciones con organizaciones y poblaciones

Temporal: ubicación del desempeño ocupacional en el tiempo, se refiere tanto a la organización temporal de patrones, como a momentos del día o del año, duraciones o etapas de la vida

Virtual: escenario en el que la comunicación se da sin contacto físico (TICs) Sabina Barrios Fernández, Terapeuta Ocupacional en AFTEA.

1.6. Estrategias de intervención

Las estrategias de intervención del área ocupacional incluyen intervenciones individuales y grupales, tanto con el paciente como con la familia, encaminadas a conseguir los acuerdos establecidos para la mejora del desempeño ocupacional en cuanto a hábitos y rutinas cotidianas, roles de vida, ocupación del tiempo libre, desempeño de destrezas y factores de protección del entorno. La intervención incluye

además una valoración continua y seguimiento de los cambios logrados, que serán revisados periódicamente.

Intervención individual con el paciente: La técnica utilizada es la entrevista en sus diversas modalidades, tanto en cuanto a la estructura (estructurada, semiestructurada o libre) como en cuanto a los objetivos de la misma (diagnóstica, motivacional). La intervención individual comienza en el momento de la valoración puesto que, a través de los ítems explorados, se incide ya sobre las necesidades y/o deseos de cambio del paciente. La línea de intervención prioriza los aspectos motivacionales, implicando directamente al paciente en la evolución de su proceso terapéutico.

La intervención individual complementa en unos casos la intervención grupal y, en otros, cuando no sea pertinente o posible la incorporación a grupos, constituye la única fórmula de intervención.

Las principales temáticas que constituyen la intervención individual con los pacientes hacen referencia a las áreas del desempeño ocupacional: actividades de la vida diaria (AVD), actividades productivas y actividades de ocio y tiempo libre (OTL) y a los componentes del desempeño ocupacional (sensoriales, motores, cognitivos y psicosociales).

En función de la valoración propia del Terapeuta Ocupacional, se pondrán en marcha diferentes intervenciones. Podemos, por ejemplo, realizar un entrenamiento en relajación, asesoramiento al paciente para la planificación adecuada de las rutinas diarias, estimulación de las capacidades cognitivas, motivación para la ocupación saludable del tiempo libre, promover la utilización de recursos normalizados, o realizar el seguimiento de los acuerdos y tareas marcadas.

Intervención grupal: Este tipo de intervención complementa las intervenciones individuales y permite utilizar la fuerza y capacidad motivacional del grupo para dar respuesta a las necesidades terapéuticas de los pacientes teniendo en cuenta los diversos estadios de cambio en que se encuentran. El grupo es el marco por excelencia en el que la Terapia Ocupacional desarrolla y aplica técnicas y estrategias propias de su disciplina para promover el cambio en las actitudes, conductas, emociones y hábitos, necesarios

para el logro de los objetivos terapéuticos con cada paciente, siendo la actividad el vehículo que promueve dichos cambios y que favorece la progresiva autonomía en el desempeño cotidiano.

El entorno grupal actúa como una estructura de apoyo que facilita la socialización, el entrenamiento y la experimentación.

1.7. Campos de intervención

Por patologías, la terapia ocupacional se integra dentro del equipo interdisciplinar de seguimiento y tratamiento de:

✓ Cualquier proceso que curse con daño cerebral adquirido:

-Accidente Cerebro Vascular ACV

-Traumatismo Cráneo Encefálico (TCE)

-Enfermedades degenerativas

✓ Lesión medular de diverso origen (traumático, tumoral, congénito, vascular o degenerativo)

✓ Trastornos de la deglución y de la comunicación de origen funcional y neurológico

Los terapeutas ocupacionales trabajan con todos los grupos de edad en una amplia gama de áreas físicas y psicosociales, pudiendo desempeñar su labor en:

3. Centros sanitarios
4. Investigación
5. Docencia
6. Salud mental
7. Pediatría
8. Geriatría
9. Discapacidad física
10. Discapacidad intelectual
11. Discapacidad sensorial

1.8. Materiales y herramientas del servicio de terapia ocupacional.

Utilizados según requerimientos del paciente.

- Ejercitadores de fuerza muscular (pesas, pelotas, elásticos, pinzas).
- Ejercitadores para la coordinación y rango de movimiento.
- Polea, escalador de Miembros Superiores extensores.
- Adaptaciones y Ayudas Técnicas.
- Elementos para destrezas.
- Colchonetas.
- Pelotas.
- Parafinado
- Materiales tex turados.
- Cintas y escaleras para Miembros Superiores.
- Materiales para destrezas en Actividades de la vida diaria
- Alimentación.
- Vestido.
- Higiene.
- Rompecabezas.
- Encastres de diferentes diámetros.
- Enhebrado.
- Roscas.
- Juegos de Memoria. Juego de asociación.
- Juegos de mesa.
- Masas de diferentes densidades.
- Actividades sensoriales (visión, audición, tacto,)
- Actividades cognitivas.

La misión de un centro de rehabilitación es ofrecer un ambiente interdisciplinario intensivo que permitirá a las personas recuperar el más alto nivel de independencia funcional en el menor tiempo posible y lograr que los discapacitados tengan iguales oportunidades y una completa participación en la vida de la comunidad por medio de diferentes actividades.

1.9. Métodos aplicados en la terapia ocupacional.

1.9.1. Método de Glenn Doman

El Dr. Glenn Doman (1919-2013), médico estadounidense, comenzó a dedicarse al tratamiento de los niños con lesiones cerebrales con el neurólogo Temple Fay. Utilizaba sus métodos, basadas en movimientos progresivos, muy eficaces tanto en áreas motrices como en áreas más intelectuales.

Se centraban en el trabajo con los reflejos, fundamentalmente con niños con parálisis cerebral.

Al observar los progresos que se conseguían en estos niños, Doman decide trasladar sus conocimientos al resto de los niños, de manera que se potenciara su capacidad de aprendizaje. Elabora su teoría acerca del desarrollo cerebral, un Perfil del Desarrollo Neurológico y sistematiza una labor educativa, estructurada mediante programas secuenciados, con métodos precisos y eficaces.

Funda a finales de los años 50 los Institutos para el Desarrollo del Potencial Humano en Filadelfia (EEUU), iniciando lo que Doman y sus discípulos han llamado, una “Revolución Pacífica”.

Su metodología de intervención se basa en aprovechar al máximo las posibilidades del individuo, siendo fundamental el momento temprano en que se comienza, ya que más adelante no se conseguirán muchas metas.

Este método exige la repetición de las diversas actividades durante varias veces al día. Además, es muy estricto en cuanto al cumplimiento de estas rutinas.

El método Doman se subdivide en:

- Programa de lectura
- Programa de inteligencia (o conocimientos enciclopédicos)
- Programa musical
- Programa de matemáticas

- Programa de escritura
- Programa de excelencia física
- Programa de segundo idioma como lengua extranjera

La priorización en la aplicación de cada programa depende de la situación del niño y de los objetivos que se quieren lograr.

Los programas de lectura, inteligencia, matemáticas, lengua extranjera y parte del musical consisten en la presentación de bits. Los bits son unidades de información que pueden presentarse en cartulina, en presentaciones PowerPoint o con nuestras aplicaciones interactivas.

En los bits de lectura, lo importante -¡esencial!- es utilizar un tamaño de letra adecuado a la madurez visual del niño así como el tipo de letra y color adecuados.

El objetivo no es que realmente aprendan todo esto que les enseñas con los distintos programas; cuando se da este resultado (y suele darse) se da como consecuencia, pero nunca debe ser la finalidad de la aplicación del método, sino que la finalidad es estimular el cerebro para ayudarle a crear conexiones neuronales, cuantas más mejor.

Todos los programas se basan en inputs, en información que le presentas al niño quien, a veces, te da un output, esto es, una demostración de que ha conseguido retener la información presentada y conectarla con alguna información recibida anteriormente.

El “truco” del método Doman es que se hace en sesiones muy breves, de modo que el niño no sólo no se cansa sino que se queda con ganas de más, lo cual es positivo para el aprendizaje. Siempre hay que parar antes de que el niño lo pida, antes de que se llegue a aburrir.

Hay una “regla de oro” que siempre debe observarse a la hora de aplicar el método. Glenn Doman dice textualmente: “Si tú o tu hijo no os divertís, déjalo”. Esto debe ser algo divertido, que guste al padre/madre y al hijo, nunca una obligación ni mucho menos una vía de crear niños-genio. Si es divertido, el niño pedirá más y más. Si es

divertido, el vínculo que se establece es absolutamente indescriptible. Y, además, no sólo aprende el niño sino también el padre/madre/abuelo que aplica el método.

En el aspecto motor, utiliza los que él llama los patrones básicos de movimiento:

- Patrón homolateral
- Patrón cruzado
- Técnicas de relajación de extremidades
- Ejercicios de arrastre y de gateo
- Ejercicios de braqueación y de marcha

1.9.2. Método de Bobath

Es un concepto terapéutico para el tratamiento global de personas con trastornos del sistema nervioso. Fue creado por el Doctor Karel Bobath (neurofisiólogo) y su mujer Berta Bobath (maestra) en los años cincuenta, basándose en los conocimientos de la neurociencia de aquellos días.

Entre los dos, Berta desde el aspecto clínico y Karel desde la neurociencia disponible en esos tiempos, desarrollaron el Concepto Bobath para el tratamiento de niños y adultos con trastorno neuromotor. Los dos viajaron por diferentes partes del mundo, enseñando y entrenando a distintos profesionales en el Concepto, los cuales continuaron y continúan hoy en día con el desarrollo de este Concepto Vivo.

En 1986, el Dr. Karel Bobath dijo: "El Concepto Bobath no tiene fin. Nosotros esperamos que continúe creciendo y desarrollándose en los próximos años". Por ello, el marco teórico y clínico del Concepto Bobath está siendo continuamente revisado para estar en concordancia con los nuevos conocimientos teóricos y nuevas publicaciones sobre la práctica clínica basadas en la evidencia.

El día de hoy, el concepto Bobath se fundamenta en los avances de la neurofisiología y neurociencia, en los conocimientos sobre el control motor, aprendizaje motor, plasticidad, y biomecánica. También es parte importante la experiencia clínica de expertos y las necesidades y expectativas de los pacientes. Así, el marco teórico

utilizado para el análisis del movimiento y la alteración del mismo se basa en los conocimientos sobre el control postural necesario para el desarrollo de una tarea, en la capacidad de ejecutar un movimiento selectivo, en la habilidad de elaborar secuencias coordinadas de movimiento y variar los patrones de movimiento según las exigencias de la tarea desarrollada, así como en el papel de la aferencia sensorial en la conducta motriz y aprendizaje motor. ", una forma de pensar, observar e interpretar lo que hace el paciente. De esta forma ajustamos lo que nosotros hacemos a través de técnicas, para ver y sentir qué necesita y qué podemos hacer para que alcance su objetivo. No enseñamos movimientos, los hacemos posibles." Bobath, 1981

El Concepto es conocido como una forma de observación, análisis, interpretación y consiguiente tratamiento de la parálisis cerebral, del daño cerebral sobrevenido y otras lesiones neurológicas del sistema nervioso central con repercusión en el sistema sensorio motor. Se fundamenta en dos principios fundamentales:

1. Inhibir el tono anormal mediante la utilización de posturas que lo disminuye.
2. Facilitar las reacciones automáticas deseadas.

El Concepto es aplicado por diferentes profesionales: psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, logopedas, maestros, auxiliares... Todos ellos a través de la observación y valoración de las discapacidades funcionales del paciente, planifican un programa de tratamiento que abarca todas y cada una de sus carencias y dificultades, con el fin de modificarlas hasta conseguir una mayor funcionalidad. El tratamiento de los trastornos del movimiento a través de Concepto Bobath se basa en un enfoque en el que se considera al individuo de una manera global. Se tienen en cuenta los siguientes aspectos:

- **Mecanismos o etapas**

FLACIDEZ: Se da en el cerebro en los núcleos inhibitorios (tracto corticoespinal, formación reticular, núcleo rojo), de allí pasa a la medula, donde por sus astas anteriores salen a las fibras gama, luego llegan al huso muscular por lo tanto el impulso no es enviado, el músculo se encuentra flácido.

ESPASTICIDAD: Afecta los núcleos facilitadores (hemisferios cerebelos, núcleo vestibular, núcleo rojo), por lo tanto hay una excesiva e inapropiada activación muscular, hay trastornos de acción voluntaria, no mantiene postura, equilibrio y marcha aumenta el tono flexor en mmss y tono extensor en mmii.

RECUPERACIÓN: Se encarga de integrar el hemicuerpo afectado, en esta etapa se continúa con refuerzos al paciente.

- **Reacciones Posturales Normales**

Base necesaria para los movimientos y habilidades funcionales que permiten controlar la cabeza y el tronco, mantener y establecer la alineación normal de la cabeza con el cuerpo y de este con los miembros.

De Enderezamiento: Reacciones automáticas que sirven para mantener y restablecer la posición normal de la cabeza con el espacio.

De Equilibrio: Reacciones automáticas que sirven para mantener y restablecer el equilibrio durante todas las actividades.

- **Reacciones Posturales Anormales**

Ausencia o disminución de las reacciones anteriores que impiden el ajuste postural.

Reacciones Asociadas: Reacciones posturales en los músculos de control voluntario, el tono se modifica con la excitación y el esfuerzo produciendo espasticidad.

Tónico cervical: Liberado en el paciente espástico influye la distribución del tono y la postura.

Reacción de Apoyo Positivo Liberado: Contracción simultánea de flexión y extensión, los agonistas no se relajan.

- **Técnicas**

Patrón de inhibición refleja: Inhibe los patrones de movimiento anormales, que se encuentran en contra del patrón sinérgico.

Ejercicios rotacionales: Se realizan a nivel de las articulaciones, en forma lenta y progresiva, primero en miembros superiores y luego en inferiores.

Golpes ligeros alternados: Estimulan equilibrio en posiciones antigravitatorias.

Puntos clave de control: Puntos específicos que facilitan movimientos o cortan un patrón de movimiento.

Proximal: cabeza, columna, cinturón escapular, cintura pélvica.

Distal: muñeca, pulgar, rodillas y pie.

Descarga de peso: Actúa en los receptores propioceptivos de todo el cuerpo, relacionándose con el engrama cerebral.

Rotación de tronco: Se hace de forma discriminada, normaliza el tronco a través de las extremidades.

Tapping de deslizamiento: Estimulo táctil de la fibra muscular, se realiza de distal a proximal.

Tapping de inhibición: Se realiza realizando una rotación externa de proximal a distal, llevando el segmento a una elongación.

Mediante la observación y la valoración del paciente se analizan cuáles son sus alteraciones en cuanto a función, movimiento y tono, para luego marcar unos objetivos y en función de ellos planificar el tratamiento. Al tratarse las afecciones del sistema nervioso de patología compleja, se deben tener en cuenta también las capacidades cognitivas, perceptivas y adaptativas del paciente. El objetivo final del Concepto Bobath es proporcionar al paciente la capacidad de integrarse en la sociedad de la forma más independiente y autónoma posible. Por ello, el Concepto Bobath es aplicable a un gran

número de desórdenes del movimiento, como Hemiparesias, Ataxias, Parálisis Cerebral Infantil, Traumatismos Craneoencefálicos, Lesiones Medulares, Esclerosis Múltiple, Esclerosis Lateral Amiotrófica.

FUNDAMENTOS DEL TRATAMIENTO

Razonamiento clínico y análisis: Para poder guiar el proceso de rehabilitación, el terapeuta realiza un análisis del movimiento y la ejecución de la tarea, identificando los impedimentos físicos que limitan la función. Se identifican los componentes deficitarios del patrón de movimiento y se valoran en diferentes actividades o posturas.

Control postural y el movimiento orientado a la tarea: Las bases de los patrones de movimiento selectivo se encuentran en el Control Postural. Para que el paciente sea capaz de mantener una postura adecuada tras el daño neurológico, se orienta el tratamiento hacia una tarea, modificando el entorno y proporcionando apoyo externo.

Información sensorial y propioceptiva: El sistema nervioso central atiende a la información aferente sensitiva y propioceptiva, para producir una mejor respuesta eferente motora. El papel de la información sensitiva es fundamental al principio y durante el movimiento. De este modo, el input sensitivo proporcionado por el terapeuta debe ser el adecuado, así como proporcionarse en el momento preciso para que el paciente también experimente por sí mismo.

Facilitación: La facilitación está dirigida a mejorar el control postural y el movimiento durante la realización de tareas. Sirve para activar componentes del movimiento sobre los que el paciente no tiene suficiente control. Se realiza mediante contacto manual, estimulando las aferencias sensoriales y propioceptivas. Representa una parte importante del Concepto Bobath, ya que una facilitación adecuada promueve cambios en el comportamiento motor. La facilitación se retirará progresivamente a medida que el tratamiento avance, para que el paciente automatice este cambio en el comportamiento motor.

Tono muscular: Para que el paciente pueda desarrollar un movimiento normal, es necesario que su musculatura tenga un tono lo más “normalizado” posible. El tratamiento

se centra en las causas específicas de los cambios en el tono: el control postural inadecuado, la hipersensibilidad cutánea, cambios en los patrones de activación muscular y la incapacidad del cese de la actividad constante. Además, se tiene en consideración los diferentes factores que lo modifican y se interviene sobre ellos: base de sustentación y área de apoyo, alineación de puntos clave, posición en relación a la fuerza de la gravedad, temperatura, factores psíquicos, velocidad.

Manejo global: Cuando hay lesiones en el Sistema nervioso, los movimientos se realizan empleando estrategias de compensación. Según el Concepto Bobath, no hay que frenar las actividades que se realizan con compensación, si no identificarlas y modificarlas para que el movimiento sea lo más fluido y menos lesivo posible.

Reevaluación continua: Una parte fundamental del tratamiento consiste en la medición de los resultados en los tres niveles de funcionalidad para reflejar los beneficios del tratamiento. Se emplean escalas validadas, estudios de caso y artículos que sirven de evidencia para respaldar las mejorías, además de la observación, la experiencia y la información que nos transmite el paciente.

UN APUNTE IMPORTANTE

En el Concepto Bobath se trabaja desde una perspectiva global del paciente puesto que la lesión no sólo afecta a la postura y el movimiento, sino también a la organización de los diferentes sistemas sensoriales, viéndose comprometidas todas las actividades de la vida diaria. El daño neurológico afecta a cada persona de distinta manera, y por tanto cada tratamiento debe ser diferente, adaptado a las necesidades del usuario. En este sentido, la rehabilitación en domicilio no sólo supone facilidad y comodidad para el paciente, sino un aliciente añadido del que sacar partido para poder emplear objetos y actividades cotidianas, así como para asesorar e involucrar al a familia y/o cuidador.

1.9.3. Método de Vojta

La terapia Vojta es de gran utilidad en todas las especialidades médicas como pediatría, neurología y traumatología y es parte imprescindible en el equipo terapéutico multidisciplinar (terapia ocupacional, logopedia o psicología entre otros)

El Dr. Vojta descubrió que era posible desencadenar unas reacciones motoras repetidas (patrones de locomoción refleja) en el tronco y en las extremidades a partir de estímulos definidos y partiendo de unas posturas determinadas. Al poder provocarlo en recién nacidos sanos y luego en adultos, pensó que se trataba de patrones motores innatos.

A partir de ello Vojta desarrolló una sistemática para el diagnóstico precoz de las alteraciones motoras y posturales de los lactantes, y una forma de tratamiento global de esas alteraciones, tanto para lactantes, como niños y adultos.

En la actualidad hay un equipo docente de fisioterapeutas y médicos, muchos de ellos formados por el propio Vojta, y representados por la Asociación Vojta Internacional (IVG), sin ánimo de lucro que imparten en todo el mundo formación cualificada de médicos y terapeutas VOJTA.

El Dr. Vojta comienza con una serie de observaciones en niños (entre 3 y 15 años) con parálisis cerebral infantil (PCI) en donde la mayoría de ellos eran espásticos si bien podían realizar la marcha independiente o con ayudas.

Concentrándose en reducir el pie equino observó que al intentar hacerlo, aparecían una serie de reacciones motoras que comprometían todo el cuerpo de forma global.

A lo largo de años de observaciones, llegó a la conclusión de que a través de una determinada postura y puntos de activación propioceptiva, lograba activar un amplio patrón postural que se desencadenaba desde ambos extremos: craneal y caudal. Se activaban en los niños con PCI grupos musculares, que hasta entonces no funcionaban. A estas acciones musculares las denominó Complejos de coordinación, porque sus contenidos cinesiológicos, aparecían regularmente. Estos complejos eran recíprocos, es decir, la reacción que aparecía desde un lado se podía provocar también desde el otro. Frente a esta activación, estos complejos de coordinación con determinadas acciones musculares, provocaban una tendencia de locomoción del tronco hacia arriba y adelante, teniendo como efecto final, el giro de la cabeza hacia el lado opuesto. Los niños experimentaban mejorías sin entrenamientos previos, disminuía la rigidez, se sentían más relajados, mejoraba el equilibrio, podían hablar mejor y mejoraban la motricidad fina.

Beneficios de la terapia Vojta

Con la Locomoción Refleja (Reptación, Volteo y Primera Posición) se activa toda la neurofisiología respiratoria, reacciones vegetativas y metabólicas así como todas las funciones musculares de los órganos faciales

Los movimientos que se obtienen son los mismos patrones que aparecen en la postura y movimiento normal del ser humano durante el primer año de vida. Cada paciente debe ser tratado de forma individual, no hay dos pacientes iguales, ajustando el tratamiento a su patología, y a las posibilidades y limitaciones que presente.

Con el método Vojta se obtienen beneficios en:

- La musculatura esquelética

-La columna se extiende y rota en cada uno de sus segmentos, mejorando su movilidad funcional

-La cabeza puede moverse con mayor libertad

-Se produce el centramiento y coaptación de todas las articulaciones, de proximal a distal, reduciendo así las posturas anormales de cada una de ellas

-Las manos y los pies pueden ser utilizados con más precisión, para el apoyo y la prensión.

- Zona orofacial

-Se facilita la succión, la deglución y la masticación.

-Los ojos se mueven de forma más diferenciada y más independientemente de la cabeza

-Aumenta el tono de voz

-Se facilita el lenguaje, y el habla es más inteligible

- Respiración

-La caja torácica se ensancha

-La respiración se hace más profunda y más constante

-Limpieza de mucosidad con la consecuencia de evitar muchas infecciones a este nivel

- Sistema nervioso vegetativo

-La piel normaliza su coloración

-Mejora el ritmo de sueño y vigilia

-Se activa la regulación de las funciones vesical e intestinal

- Percepción

-Mejoran las reacciones de equilibrio

-Mejora la orientación espacial

-Mejoran las sensaciones de frío, calor, el aumento o disminución de sensibilidad

-Hay una más clara percepción del propio cuerpo

-Mejora el reconocimiento táctil de la forma y estructura de los objetos (esterognosia)

-Aumenta la capacidad de concentración

- Psiquismo

-El paciente se muestra más atento, relajado, y más vinculado al entorno.

-Disminución y desaparición del dolor articular (por ejemplo en patología de hombros).

1.9.4. Método de Kabat

El método Kabat o “método de los movimientos complejos” es una técnica de facilitación neuromuscular propioceptiva, de hecho, la más representativa de ellas. Se fundamenta en principios básicos que mencionaremos más adelante. Trabaja tanto con técnicas de facilitación o estimulación de acuerdo al efecto buscado.

Dentro de sus objetivos están:

- ✓ Reforzamiento muscular
- ✓ Aumento de la estabilidad
- ✓ Aumento de la amplitud articular
- ✓ Restablecimiento de la coordinación
- ✓ Reentrenamiento del equilibrio
- ✓ Relajación muscular

Principios básicos del método Kabat:

- ✓ **Movimientos complejos:** Los patrones de movimiento utilizados en este método son globales, en masa, similares a los desarrollados en los actos de la vida diaria. El sentido de los mismos es diagonal y espiroideo, en consonancia con la disposición diagonal y rotatoria de huesos, músculos y articulaciones. Se realizan según 3 dimensiones: Flexión-extensión, abducción-adducción y pronosupinación; y se organiza alrededor de una articulación principal o pivot. El movimiento se ejecuta desde la mayor amplitud, donde las fibras musculares están elongadas al máximo acortamiento del recorrido, aprovechando toda la amplitud del movimiento, y desde la parte más distal del segmento para recibir el mayor número de estímulos propioceptivos.
- ✓ **Resistencia máxima:** Kabat se basa en el hecho de que la aplicación de la máxima resistencia manual, base de todas las técnicas de facilitación, es fundamental para conseguir el desarrollo de la resistencia y de la potencia muscular. Facilita los mecanismos de irradiación e inducción sucesiva.

- ✓ **Contactos manuales:** La presión manual ejercida sobre la piel que cubre músculos y articulaciones, se utiliza como mecanismo facilitador para orientar sobre la dirección del movimiento y demandar una respuesta motora.
- ✓ **Comandos y órdenes:** Las órdenes han de ser claras, sencillas, rítmicas y dinámicas para facilitar el esfuerzo voluntario del paciente por medio de la estimulación verbal, siendo las más usuales “tire”, “empuje” y “sostenga”.
- ✓ **Compresión y tracción:** Ambas maniobras estimulan los receptores propioceptivos articulares y favorecen, respectivamente, la estimulación de los reflejos posturales y la amplitud articular.
- ✓ **Estiramiento:** La elongación de las fibras musculares, provoca por mecanismo reflejo, un incremento de la contracción muscular. El movimiento impreso para obtener el reflejo de estiramiento debe ser breve y sincrónico con el esfuerzo voluntario del paciente.

Técnicas específicas

Con frecuencia estas técnicas se emplean de manera combinada, debiendo ser seleccionadas según el tipo de lesión. Pueden ser de dos tipos: de refuerzo y potenciación, o de relajación o estiramiento:

Refuerzo y potenciación:

- ✓ **Contracciones repetidas:** Se trata de repetir los mismos movimientos o patrón. La resistencia será la máxima que el paciente pueda soportar; se puede añadir el estiramiento y se realiza de dos maneras: por repetición del reflejo de estiramiento o por contracciones alternantes isométricas-isotónicas. En esta última, al final del recorrido isotónico se pide una contracción isométrica. Estas contracciones repetidas no están indicadas en post-operados recientes y los ortopédicos agudos.
- ✓ **Inversión lenta:** El paciente realiza un patrón contra resistencia máxima seguido inmediatamente del patrón antagonista. El cambio debe realizarse con rapidez.
- ✓ **Inversión lenta y sostén:** Lo mismo que el anterior, pero se añade una contracción isométrica al final de cada amplitud de movimiento.

- ✓ **Estabilización rítmica:** Se emplea una fuerte contracción isométrica del patrón agonista, seguido de una contracción isométrica del antagonista.

Relajación o estiramiento:

Estas técnicas facilitan la movilidad. Cómo por ejemplo:

- ✓ **Sostener-relajar:** Se aplica en pacientes que presentan una importante limitación de la amplitud articular. No provoca dolor. Se coloca el segmento en la máxima amplitud articular y se pide una contracción isométrica, sin permitir el movimiento. Después se relaja y se intenta ampliar el rango articular.
- ✓ **Contraer-relajar:** Igual que la precedente, pero se permite el movimiento de rotación, puede hacerse en puntos sucesivos del recorrido.
- ✓ **Inversión lenta, sostén y relajación:** El objetivo es estimular al agonista después de relajar el antagonista. El paciente realiza el patrón hasta el límite de la movilidad articular. Seguidamente se provoca una contracción isométrica de los antagonistas, y se mantiene si es posible 30 segundos. A continuación, relajación progresiva, seguida de contracción isotónica del patrón agonista.
- ✓ **Iniciación o técnica rítmica:** Está reservada para pacientes que sufren alteraciones extrapiramidales, como rigidez o temblor. Tiene el propósito de promover la habilidad para iniciar el movimiento y aumentar la rapidez del mismo. Primero se ejecutarán los patrones de forma pasiva, por tanto, esta técnica estará contraindicada donde no se puedan realizar movilizaciones pasivas.

1.9.5. Método de Margaret Rood

El MÉTODO ROOD desarrollado por Margaret Rood terapeuta ocupacional y fisioterapeuta americana que pensó que mediante un manejo adecuado de estímulos sensoriales se consigue una mejor respuesta muscular debida a una normalización del tono, por medio de una evocación controlada de respuestas motoras reflejas; estímulos basados en el desarrollo sensomotor y graduados para lograr una respuesta motriz

refleja que nos lleve a un nivel mayor de control, guiado hacia la realización de actividades o propósitos significativos a la edad tratando de crear a nivel subcortical una respuesta o patrón motor correcto.

El método de facilitación más conocido de esta técnica es:

- ✓ El cepilleo rápido
- ✓ Golpeteo rápido
- ✓ La Vibración que se puede realizar con aparatos de vibración propiamente dicho.
- ✓ La estimulación con frío.
- ✓ Y por último también podríamos agregar el estiramiento muscular.

El cepillado rápido: se comprende como el cepillar la piel o dermatomas correspondientes a los músculos en los cuales se desea sensibilizar el huso muscular, al ser un estímulo de umbral elevado por lo cual estimula las fibras C (descargando en las vías polisináptica implicadas en el mantenimiento de la postura y las actividades eferentes gama, "este cepillado puede aplicarse de 3 a 5 veces durante 30 segundos en un área como la mano" (Spincer 1987) para dar un efecto facilitador en la misma, la respuesta a este estímulo aún no se tiene muy clara en cuanto a tiempo de duración y respuesta, por lo cual se le da un umbral de tiempo de hasta 45 minutos después de su aplicación para observarse una respuesta; por lo cual sería recomendable el uso de la técnica de cepillado acompañada de una secuencia de posicionamiento facilitador en el desarrollo de una actividad motora, manteniendo siempre en mente la posibilidad de una respuesta bilateral ante el estímulo. Igualmente es importante mencionar que el cepillado deja de ser efectivo una vez que la persona ha logrado un control voluntario del movimiento.

Golpeteo rápido: se comprende como la presión con toques moderadamente fuertes dependiendo del paciente sobre la superficie del músculo ya sea en su origen, inserción o vientre según se observe la reacción del área que se desea estimular, muy parecido a la técnica digital del Shiatsu, en la cual se desea sensibilizar el músculo dado que en reposo para dar origen a impulsos aferentes en forma constante como el huso muscular en reposo a pesar de ser gran parte de esta información no es consiente; al establecerse

la actividad muscular ya sea en forma pasiva o activa las fibras intrafusales son estiradas aumentando la velocidad de los impulsos nerviosos a la medula espinal, gracias a esta secuencia logramos mejorar las actividades en el paciente, la acción reciproca de los músculos fásicos superficiales los cuales en su mayoría se encargan del movimiento y también se puede utilizar este estímulo para los músculos tónicos como el caso de los paravertebrales en toda la columna vertebral para lograr en dicho caso un mejor control cefálico y seguidamente de tronco en pacientes con patologías como: P.C.I., Espina Bífida, síndrome de Down, entre otras,

Vibración: Otro de los estímulos utilizados se puede realizar con un rápido movimiento de las manos del fisioterapeuta pero mayormente se utilizan aparatos especiales con vibración constante como los vibradores terapéuticos, las repeticiones varían pero se recomienda seguir con la misma cantidad utilizada en el estímulo anterior (golpeteo rápido), una vez que se logró un fin beneficioso en el paciente pasaremos posteriormente a la siguiente etapa, la utilización de frío.

La estimulación con frío: comprende como el uso de un agente físico como lo es el hielo para lograr el mismo efecto del cepillado y el frote ligero, para producir respuestas tónicas y posturales; por ser un cambio de temperatura dramático enfocado en una región específica del cuerpo, el cuerpo lo reconoce como un estímulo nocivo por lo cual el organismo reacciona en forma protectora, en el momento de observarse la respuesta en el lugar de aplicación debe tratarse de oponer cierta resistencia al movimiento en el movimiento sin detenerlo, en la aplicación del frío como medio terapéutico encontramos mención de dos tipos de hipotermia la "hipotermia A" la cual se obtiene mediante la aplicación de roces rápidos con el agente físico sobre el área del grupo muscular que se desea estimular y la "hipotermia C" la cual se obtiene mediante la aplicación sostenida del agente físico sobre el área del grupo muscular que se desea estimular por un periodo de 3 a 5 segundos; no se encuentra muy especificado en la bibliografía cual de ambos tipos de aplicación de este agente físico muestra un mayor efecto rebote de relajación o pérdida de fortaleza cerca de los 30 segundos posteriores a su aplicación.

El estiramiento muscular: es mejor explicado por la acción de los husos neurotendinosos (órganos tendinosos de Golgi) que se hallan en más cantidad las uniones de los músculos con el tendón, estas son activadas al ser apretadas por las fibras tendinosas vecinas dentro del huso al ejercerse tensión en el tendón (a diferencia de los husos neuromusculares los cuales son sensibles a los cambios de longitud del músculo); el aumento en la tensión aumenta el envío de mensajes a la medula mediante las fibras nerviosas aferentes, las cuales hacen sinapsis con grandes neuronas motoras alfa localizadas en las astas anteriores de la medula. Este proceso da como resultado una reacción de inhibición en la contracción muscular, impidiendo el desarrollo de tensión excesiva en el músculo influyendo en la actividad del músculo voluntario.

Este mismo fenómeno lo podemos apreciar con el golpe al tendón y/o vientre muscular conocido como percusión; la cual al realizarse una presión en el tendón y/o vientre del músculo se convoca la respuesta de estiramiento por la tensión sobre los husos.

En la actividad terapéutica es importante la combinación del estiramiento ligero y rápido con posicionamientos de carga para lograr que los músculos estabilizadores proximales sean estimulados y facilitados por la contracción que demanda el posicionamiento.

La utilización de la resistencia en la actividad terapéutica es totalmente válida, al comprenderse que es un tipo de estiramiento en el cual una gran cantidad de husos musculares son estimulados, al resistirse una contracción fásica se prolonga la facilitación que influye en el huso e impide la inhibición inmediata de los músculos que se contraen por acción del Órgano Tendinoso de Golgi.; por lo cual la contracción del músculo de una forma resistida, sostenida y acortada influirá en los husos al acortar su longitud haciéndolos más sensibles al estiramiento, es significativo la mención en el tema de la resistencia, que la aplicación de esta en un músculo fásico en una gama acortada activa los husos y puede influir en los husos de los músculos más profundos y tónicos utilizados para la postura.

1.9.6. Método de Jacobson

Jacobson fue un genio, no solo elaboró un método original y eficaz sino que demostró la profunda imbricación entre cuerpo y mente probando que el estado del músculo influía incluso sobre la intensidad de la respuesta refleja, demostró que el pensamiento y el estado emocional afectaban al nivel de respuesta muscular probando una relación directa músculo - pensamiento - emociones.

La Relajación progresiva es un método de carácter fisiológico, está orientado hacia el reposo, siendo especialmente útil en los trastornos del sueño por la facilidad con que induce un reposo muscular intenso a través del cual sucede de forma espontánea la inmersión en el sueño.

El entrenamiento en relajación progresiva favorece una relajación profunda sin apenas esfuerzo permitiendo establecer un control voluntario de la tensión distensión que llega más allá del logro de la relajación en un momento dado.

Hay un ser equilibrado y sano en nosotros, la tensión lo oculta, la relajación como técnica descubridora nos lo muestra. Si la tensión es el estado ordinario la distensión es un estado extraordinario en que la conciencia se eleva por encima de la tensión.

Con el método de Jacobson recobramos el control de los músculos voluntarios, control que nunca debemos ceder al inconsciente. Jacobson pone el acento en la sensación, no debemos solo tensar o relajar, sino prestar toda la atención a las sensaciones que se producen. No basta sentir, es necesario discriminar con claridad los diversos estados posibles de tensión y relajación, aún más: pedirse aflojar más y más cuando creo que ha llegado al máximo, un poco más y ser capaz de distinguir que algo ocurre. Es preciso pues en primer lugar ser capaz de reconocer la tensión muscular, cosa nada fácil en lugares que apenas siento, y en segundo lugar ser capaz de aflojar hasta ir eliminando toda tensión residual, inútil.

Es un método que favorece un estado corporal más energético pues favorece intensamente el reposo; permite reconocer la unión íntima entre tensión muscular y estado mental tenso, mostrando con claridad como liberar uno implica hacerlo con el

otro. Todo el cuerpo percibe una mejoría, una sensación especialmente grata tras el entrenamiento en relajación progresiva y con la práctica la sensación se intensifica. Progresiva significa que se van alcanzando estados de dominio y relajación de forma gradual aunque continua, poco a poco, pero cada vez más intensos, más eficaces. No es un método breve, ni sus efectos lo son tampoco.

Jacobson nos enseña a relajar la musculatura voluntaria como medio para alcanzar un estado profundo de calma interior, que se produce cuando la tensión innecesaria nos abandona. Liberarnos de la tensión física es el paso previo e imprescindible para experimentar la sensación de calma voluntaria. Las zonas en que acumulamos tensión son múltiples, aprender a relajar los distintos grupos musculares que componen nuestro mapa muscular de tensión supone un recorrido por todo nuestro cuerpo, aunque en ocasiones no tengamos información de la tensión que se acumula en estas zonas no deja de ser un ejercicio interesante y sorprendente al mismo tiempo.

El cuello es uno de esos lugares por los que la tensión muscular parece tener una especial predilección, se sobrecarga con mucha facilidad, formando parte de ese triángulo que incluye a los trapecios también, aprender a distender los músculos del cuello supone en sí misma una experiencia especialmente gratificante.

La musculatura que mueve los ojos es especialmente difícil de relajar, llegar a conseguirlo supone también la propuesta de los ejercicios de Jacobson, la práctica de este ejercicio es un desafío que nos entrega una recompensa en forma de una calma y reposo profundo difícil de describir, para muchas personas resulta sorprendente comprobar que realmente los ojos pueden reposar tranquilamente en sus órbitas.

Indudablemente con la espalda nos encontramos frente a grandes grupos musculares capaces de acumular tensión, un hipertono en estos grupos afecta a toda nuestra estructura corporal, generando al mismo tiempo un elevado grado de consumo energético; aprender a relajar la musculatura del tronco es sin duda una experiencia que vale la pena experimentar.

Jacobson proponía un sistema muy efectivo aunque muy difícil de utilizar en la práctica por ello muchos de sus seguidores produjeron variaciones muy interesantes, en esencia podemos resumir que su método se basaba en:

- ✓ Concentración de la atención en un grupo muscular.
- ✓ Tensión de ese grupo muscular, sin dolor, y mantener la tensión entre 20 y 30 segundos.
- ✓ Relajación de la musculatura, prestando atención a la sensación que se produce. Por ello tiene un componente muy elevado de propiocepción y por tanto de elevación del control de la zona que tratamos.

Grupos musculares en los que se puede utilizar el método de Jacobson, pues prácticamente todos, aunque hay un orden establecido:

- ✓ Mano derecha o izquierda, luego proseguiremos con la otra, y así con todos los demás ejercicios.
- ✓ Antebrazo y brazo derecho, deltoides.
- ✓ Espalda dorsal, zona lumbar.
- ✓ Cuello.
- ✓ Rostro
- ✓ Ojos.
- ✓ Zona anterior del tronco y abdomen.
- ✓ Pie derecho.
- ✓ Pantorrilla derecha.
- ✓ Muslo derecho.

Es preciso proponerse disfrutar de la fase de relajación muscular, prestar una especial atención a como la relajación se produce, y como junto a ella aparece una disminución de la tensión psíquica.

Una vez finalizados los ejercicios podemos quedarnos unos momentos disfrutando de la sensación de relax que acompaña su práctica, podemos realizar unas respiraciones tranquilas mientras tomamos conciencia de nuestro estado de calma, haciendo consciente el momento de tranquilidad interior, luego abrimos y cerramos las manos

con cierta intensidad, realizamos un par de respiraciones más intensas y abrimos los ojos. Dando por finalizado el ejercicio de relajación.

Los ejercicios al igual que sucede con el entrenamiento autógeno de Schultz se recomienda realizarlos sentados, aunque ambos pueden realizarse al principio tumbados teniendo unos efectos muy similares y resultando en muchas ocasiones una postura mejor para principiantes.

2. Psicomotricidad

2.1. Introducción

La adecuada motricidad implica generar movimiento de manera sincronizada y coordinada. La psicomotricidad envuelve la interacción de lo motriz con lo cognitivo, sensitivo y emocional, por ello permite al niño descubrir y expresarse a través de su cuerpo.

Psicomotricidad es una palabra compuesta, que etimológicamente significa: "psiquis-cuerpo" o más elaboradamente sería: "pensamiento hecho acto", o "el pensar llevado a la acción".

La psicomotricidad, se refiere básicamente al movimiento, pero con connotaciones psicológicas que superan lo puramente biomecánico. La psicomotricidad no se ocupa, pues, del movimiento humano en sí mismo, sino de la comprensión del movimiento como factor de desarrollo y expresión del individuo en relación con su entorno. Al pretender estudiar el movimiento como fenómeno de comportamiento no puede aislarse de otras cosas. Sólo considerado globalmente, en donde se integran tanto los movimientos expresivos como las actitudes significativas, se puede percibir la especificidad motriz y actitudinal del ser humano (Fonseca, 1996).

La psicomotricidad hace una lectura globalizadora de los progresos y adquisiciones motrices que marcan la evolución de la criatura humana y cuya importancia condiciona el devenir de otros procesos (el lenguaje, la relación afectiva, los aprendizajes de lectura, escritura y cálculo, etc.). En este sentido podemos considerar la psicomotricidad

como un área de conocimiento que se ocupa del estudio y comprensión de los fenómenos relacionados con el movimiento corporal y su desarrollo. La evolución psicomotriz considera uno de los aspectos claves del desarrollo hasta la aparición del pensamiento operatorio (hacia los siete años) y no se completa definitivamente, en individuos normales, hasta la consecución del pensamiento formal

La psicomotricidad en los niños se utiliza de manera cotidiana, los niños la aplican corriendo, saltando, jugando con la pelota. Se pueden aplicar diversos juegos orientados a desarrollar la coordinación, el equilibrio y la orientación del niño, mediante estos juegos los niños podrán desarrollar, entre otras áreas, nociones espaciales y de lateralidad como arriba-abajo, derecha-izquierda, delante-atrás. En síntesis, podemos decir que la psicomotricidad considera al movimiento como medio de expresión, de comunicación y de relación del ser humano con los demás, desempeña un papel importante en el desarrollo armónico de la personalidad, puesto que el niño no solo desarrolla sus habilidades motoras; la psicomotricidad le permite integrar las interacciones a nivel de pensamiento, emociones y su socialización.

2.2. Historia de la psicomotricidad.

Abordar una breve revisión histórica, el origen y la evolución del concepto de psicomotricidad es, de alguna forma estudiar la significación del cuerpo a lo largo de la civilización humana. La evolución del término psicomotricidad en su breve historia, que cuenta apenas con un siglo de existencia.

Desde la civilización oriental a la civilización occidental. Y dentro de esta, desde la civilización griega, pasando por la edad media, hasta nuestros días, la significación de cuerpo ha sufrido innumerables transformaciones. Desde Aristóteles, pasando por el cristianismo, el cuerpo es, en cierto modo, descuidado a favor del espíritu. Descartes, y toda la influencia de su pensamiento en la evolución científica, llegó a considerar el cuerpo como objeto y fragmento del espacio visible separado del “sujeto conocedor”.

Solamente en pleno siglo XIX el cuerpo comienza a ser estudiado, en primer lugar, por neurologistas, debido a la necesidad de comprender las estructuras cerebrales, y posteriormente por psiquiatras, para la clarificación de factores patológicos.

Krishaber, Von Monakow, Bonnier, Mayer Gross, Veirmitchell, Wernicke, Forester, Peisse, Head, Liepmann, H. Jackson, Niessel, etc., y tantos otros, son algunos de los pioneros en el campo neurológico, psiquiátrico y neropsiquiátrico que confieren al cuerpo significaciones psicológicas superiores, tanto en el ámbito de estudio de las asomatognosias, como incluso en las anosogosias, apraxias ideatorias, ideomotoras, constructivas, apractognosias etc.

Podemos establecer entonces los orígenes de la psicomotricidad a principios del siglo XX, momento en que se da una situación propicia sobre la que convergen al menos tres corrientes científicas.

1. La patología cerebral acepta la ruptura en la correspondencia entre la lesión y el síntoma. Se ha constatado la existencia de disfunciones graves sin la existencia de lesiones cerebrales localizadas.
2. La neurofisiología empieza a preocuparse de las conductas de un individuo en relación con el medio, alejándose del laboratorio para estudiar la acción adaptativa del sistema nervioso, llegando a la conclusión de que cualquier movimiento tiene significación biológica.
3. Por último, la neuropsiquiatría infantil que llega, de la mano del Dr. Ernest Dupré en 1907, a la descripción del síndrome de debilidad motriz, que posteriormente se relacionaría con el de debilidad mental, y que abre la posibilidad de explicar trastornos motores por causa de inmadurez, retraso o detención del desarrollo de un sistema, poniendo de relieve el paralelismo existente entre la actividad psíquica y la actividad motriz. (Arnaiz, 1987). Se considera que la psicomotricidad arranca de este momento en que Dupré describió la paratonía.

El concepto "Psicomotricidad", nace en su primera etapa como una estrategia que buscaba normalizar las conductas posturales inadecuadas del sujeto, mediante ejercicios motores, los que se sabían conectados a la Psiquis pero no directamente al pensamiento. Y es en la línea de la neuropsiquiatría infantil, donde sus ideas encuentran acogida y se desarrollan. Sin duda es Wallon, la persona que dió auge a la intuición de Dupré e inicia una línea clara de investigación y publicaciones sobre determinados aspectos de la psicomotricidad. En su tesis sobre "el niño turbulento" (1925) analiza los estadios y

trastornos del desarrollo mental y psicomotor del niño. Sus estudios, como los de Heuyer (primer catedrático europeo de Psiquiatría Infantil), intentan poner de relieve la interdependencia de lo afectivo, lo motriz y lo cognitivo en el desarrollo infantil. Éste probó aislar los trastornos motrices que acompañan a perturbaciones de la personalidad y, aplicando una terapia psicomotriz, vió que ello provocaba una mejoría en los trastornos de la personalidad de sus pacientes. No dudó en afirmar que es preciso conceder un lugar importante a la educación motriz, al lado de la instrucción pedagógica, en la educación de los débiles mentales.

En esos momentos cobran importancia los estudios de psicología del desarrollo que realizan Wallon y Piaget, en los que se recogen estas nuevas influencias, dando un lugar preeminente al plano motor en el desarrollo infantil, sobre todo en las primeras épocas del mismo. El psicoanálisis también se hace eco de esta corriente y acepta que el cuerpo tiene, además de su existencia objetiva, una realidad fantasmática.

Los estudios de Spitz (1945) sobre las repercusiones psicológicas de las carencias afectivas en el primer año de vida, revelan la importancia del cuerpo y de las precoces experiencias sensoriales y motrices en el desarrollo posterior del sujeto.

Guillain es el primero en extraer consecuencias reeducativas del pensamiento de Wallon. Estudia y barema pruebas de examen del desarrollo o aptitud motora. El objetivo del examen psicomotor es recabar información acerca de las tres funciones que denominaba afectivo activas: actividad postural, sensomotora e intelectual. Plantea la reeducación psicomotriz a tres niveles: el de la actividad tónica, el de la actividad de relación y el del dominio motor.

Son dos discípulos de Heuyer, Ajuriaguerra y Diatkine quienes inician en el hospital Henri-Rousselle de París una línea clara dentro de la psiquiatría infantil con sus investigaciones acerca del síndrome de debilidad motriz y las relaciones de éste con otros síndromes, concluyendo que la debilidad motriz no puede considerarse un déficit instrumental producido por una lesión o defecto de funcionamiento de un sistema cortical o subcortical, debiendo ser clasificada en una nueva categoría de trastornos puramente psicomotores. Estas ideas suponen el substrato científico con el que se inicia

realmente la puesta en práctica del abordaje psicomotriz como forma de reeducación o terapia específica.

Todos sus esfuerzos y publicaciones llevan a la elaboración de la primera Carta de la Reeducación Psicomotriz en Francia, publicada en 1960 y firmada por Soubiran, Cahen, Trillat, Galifret-Granjon, Stambak, García-Badaraco y Gobineau. Este documento recoge los fundamentos teóricos del examen psicomotor y una serie de métodos y técnicas para el tratamiento de los trastornos psicomotrices. Este es el momento de la mayoría de edad de la psicomotricidad cuya entidad propia ya no puede ser cuestionada.

A partir de este momento comienza la lucha por la especialización y oficialización de los estudios de psicomotricidad. En 1963 se crea en Francia el Certificado de Reeducación Psicomotriz, lo que supone el reconocimiento público e institucional de la psicomotricidad. A partir de este tronco común, es ahora cuando se inicia la diversificación y empiezan a desarrollarse líneas, orientaciones y tendencias diferentes todas ellas herederas de los fundamentos que hasta este momento han configurado la historia de la psicomotricidad. (Seis dedos, 1988).

Los esfuerzos por desarrollar la profesión de psicomotricista se verán culminados en el 1974 con la creación del Diploma de Estado (inicialmente denominado Diploma de Estado de Psicorreeducador y posteriormente –1985– Diploma de Estado de Psicomotricista). El último logro de los psicomotricistas franceses es la inscripción de la profesión en el libro IV del Código de la Sanidad Pública que dota a los psicomotricista del estatuto de auxiliar de la medicina, conseguido en 1995.

Si bien la corriente oficial francesa se enmarca en el ámbito de la sanidad, no podemos olvidar la corriente educativa que surge de la educación física a partir de Picq y Vayer, Le Boulch, Lapierre y Aucouturier y cuyas enseñanzas han creado escuela en muchos países, sobre todo latinos. Curiosamente, a pesar de iniciarse en Francia, al haberse desmarcado de la corriente oficial francesa (de corte clínico y carácter terapéutico), esta práctica psicomotriz, ha generado más atracción fuera que dentro de su país de origen.

En otros países ha habido un desarrollo diferente. En Alemania se desarrolla una disciplina científica, vinculada a las ciencias de la educación física y el deporte

denominada motología que se configura, sobretodo, a partir de los trabajos de Kiphard y Schilling e intenta ser una ciencia del movimiento en la que confluyen la pedagogía, la psicología y la medicina. A su vez, la motología concreta su aplicación en el ámbito educativo (motopedagogía) y en el de la rehabilitación (mototerapia). Esta evolución se extiende a países de su área de influencia como Holanda, Austria o Bélgica flamenca. En la actualidad los alemanes han asimilado su motología a nuestra psicomotricidad (psychomotorik) para unir las dos historias en una estructura que aúne a todos los psicomotricista respetando las peculiaridades de la práctica en cada país.

Surge así el Forum Europeo de Psicomotricidad que empieza a trabajar en 1995 y se enfrenta al reto de organizar una estructura común europea que aglutine a todos los psicomotricista e iniciar la celebración periódica de congresos europeos de psicomotricidad.

Otro de los países cuyo desarrollo en el ámbito de la psicomotricidad cabe reseñar es Dinamarca cuyos “educadores del movimiento y la relajación” (afspændingspædagogen) cuentan con un diploma de estado consolidado tras 20 años de existencia, con una asociación profesional única de un millar de miembros y con un planteamiento amplio de la práctica profesional, ahora asimilado también a la figura del psicomotricista.

En otros países de Europa no hay inicios propios, sino que se produce un desarrollo por continuidad de las escuelas francesas o alemanas, principalmente. Es el caso de España, donde la psicomotricidad se fue abriendo paso poco a poco, a partir de la segunda mitad de los años setenta, mediante la publicación de obras de autores franceses que empezaron a despertar interés. La psicomotricidad supuso inicialmente una bandera de cambio de estructuras antiguas sobretodo en el ámbito de la educación, lo que hizo que su desarrollo se orientara por ese camino principalmente (Berruezo, 1996).

En otra dirección y lamentablemente poco reseñada en los trabajos tanto de autores americanos como de autores europeos, surgen los estudios de los autores soviéticos, en donde queremos destacar, en el área de la psiconeurología del movimiento, los nombres de Ozerestsky, Vygotsky, Bernstein, Zaporozhets, Elconin, Galperin y Luria.

Corresponde a los autores soviéticos la introducción en la psicología del concepto de que el origen de todo movimiento y de toda acción voluntaria no se hace dentro del organismo, sino, a partir de la historia social del hombre. El movimiento así entendido, depende, primero, de la función de la comunicación, y más tarde del analizador verbal, o sea, de las síntesis aferentes.

Basándose en estas teorías, la psicomotricidad tiende actualmente a ser reconceptualizada, no solo por la inclusión de factores antropológicos, filogenéticos, ontogenéticos, paralingüísticos, sino también esencialmente cibernético y psiconeurológicos. Es en la integración interdisciplinar de estas áreas del saber que probablemente se situara en el futuro la evolución y actualización del concepto de psicomotricidad. Noelia Losa Lava "La Historia de la Psicomotricidad"

2.3. Definición

El diccionario de la Real Academia Española (RAE) reconoce tres significados del término psicomotricidad. El primero de ellos menciona la facultad de moverse que nace en la psiquis. El segundo hace referencia a integrar las funciones psíquicas y motrices, mientras que el tercero se orienta a las técnicas que permiten coordinar estas funciones.

El concepto de psicomotricidad, por lo tanto, está asociado a diversas facultades sensoriomotrices, emocionales y cognitivas de la persona que le permiten desempeñarse con éxito dentro de un contexto. La educación, la prevención y la terapia son herramientas que pueden utilizarse para moldear la psicomotricidad de un individuo y contribuir a la evolución de su personalidad.

El término que nos ocupa hay que subrayar que fue utilizado por primera vez a principios del siglo XX y más concretamente quien lo acuñó y empleó fue el neurólogo Ernest Dupré que lo utilizó para referirse a cómo diversas anomalías o problemas a nivel psíquico y mental traen consigo consecuencias en el aparato motor de una persona.

Una idea aquella de la que partieron otros científicos y estudiosos médicos como fue el caso del francés Henri Mallor. Este lo que hizo fue resaltar la importancia que en el niño

tiene el movimiento pues es el que conseguirá que se desarrolle perfectamente a nivel psíquico.

Puede decirse que la psicomotricidad tiene como interés el desarrollo de las capacidades de expresión, creatividad y movilidad a partir del uso del cuerpo. Sus técnicas intentan ejercer una influencia positiva en la acción que se produce con intencionalidad, con el objetivo de fomentarla o modificarla de acuerdo a la actividad del cuerpo.

Se trata, en definitiva, de una concepción de características integrales sobre el individuo que combina la motricidad con la psiquis para que el ser humano logre adaptarse de manera exitosa al entorno. Es posible distinguir entre diversos ámbitos de acción de la psicomotricidad, que derivan en corrientes o disciplinas como la psicomotricidad clínica (enfocada a personas con problemas en su evolución, proponiendo tratamientos mediante el uso del cuerpo) y la psicomotricidad educativa (que se desarrolla en la etapa escolar y se orienta a personas sanas para fomentar su desarrollo mediante el juego y la actividad física). Definición de psicomotricidad - Qué es, Significado y Concepto <http://definicion.de/psicomotricidad>

Existen variedad de personajes que se han preocupado por el estudio de la psicomotricidad, así que cada uno a propuesto su definición:

Definición consensuada por las asociaciones de Psicomotricidad y Psicomotricistas: El término psicomotricidad integra interacciones cognitivas, emocionales, simbólicas y sensoriomotrices en la capacidad del ser y de expresarse en un contexto psicosocial.

G^a Núñez y Fernández Vidal: "La psicomotricidad es la técnica o el conjunto de técnicas que tienden a influir en el acto intencional o significativo, para estimularlo o modificarlo, utilizando como mediadores la actividad corporal y su expresión simbólica. El objetivo de la psicomotricidad es aumentar la capacidad de interacción del sujeto con el entorno".

BERRUEZO (1995): la psicomotricidad es un enfoque de la intervención educativa o terapéutica cuyo objetivo es el desarrollo de las posibilidades motrices, expresivas y creativas a partir del cuerpo, lo que le lleva a centrar su actividad e interés en el

movimiento y el acto, incluyendo todo lo que se deriva de ello: disfunciones, patologías, estimulación, aprendizaje, etc.

MUNIÁIN: la psicomotricidad es una disciplina educativa/reeducativa/terapéutica, concebida como diálogo, que considera al ser humano como una unidad psicosomática y que actúa sobre su totalidad por medio del cuerpo y del movimiento, en el ámbito de una relación cálida y descentrada, mediante métodos activos de mediación principalmente corporal, con el fin de contribuir a su desarrollo integral.

De LIÈVRE Y STAES (1992): la psicomotricidad es un planteamiento global de la persona. Puede ser entendida como una función del ser humano que sintetiza psiquismo y motricidad con el fin de permitir al individuo adaptarse de manera flexible y armoniosa al medio que le rodea.

Julián de AJURIAGUERRA, pionero en este campo y creador de la Terapia Psicomotriz en 1959, considera que los comportamientos psicomotores están siempre en función de las emociones, de la afectividad del sujeto.

Como subraya F. BENRAIS (1988), la noción de vida afectiva esta eminentemente enlazada con la actividad motora, gestos y posturas, que se manifiestan en la conducta motora, aparecen como otras tantas características de la personalidad.

R. LECOYER (1991) considera la Psicomotricidad como el conjunto de comportamientos motores en función de su relación con el psiquismo.

LAGRANGE: la psicomotricidad es la educación del niño en su globalidad, porque actúa conjuntamente sobre sus diferentes comportamientos intelectuales, afectivos, sociales y motores.

AUCOUTURIER: define la Psicomotricidad como una disciplina que estudia, con un enfoque global, la particular manera del niño de ser y estar en el mundo, denominándola "expresividad psicomotriz".

STAMBACK, M.: Se considera como una de las ramas de la Psicología, referida a una de las formas de adaptación del individuo al mundo exterior: la mortalidad. La

psicomotricidad desde este punto de vista, se ocuparía "del rol del movimiento en la organización psicológica general, estableciendo las conexiones de la psicología con la neurofisiología".

VALLEY, M.: "El estudio de la motricidad¹⁶ en la cual se manifiesta el comportamiento en cualquier reacción visible exterior, sea refleja, voluntaria, espontánea o aprendida".

Le BOULCH, J.: El método psicocinético, es un método de pedagogía activa, se apoya sobre una psicología unitaria de la persona. Privilegia la experiencia vivida. Se apoya sobre la noción de "reestructuración recíproca" que utiliza por último la dinámica de grupo en el trabajo.

De QUIRÓZ, B.: "La psicomotricidad es esencialmente la educación del movimiento o por medio del movimiento, que procura una mejor utilización de las capacidades psíquicas, mientras que la motricidad es fundamentalmente la capacidad de generar movimientos".

2.4. Elementos

2.4.1. Esquema corporal

Según Ballesteros (1982), este concepto se puede definir como la representación que tenemos de nuestro cuerpo, de los diferentes segmentos, de sus posibilidades de movimiento y de acción, así como de sus diversas limitaciones. Es un proceso complejo ligado a procesos perceptivos, cognitivos y práxicos, que comienza a partir del nacimiento y finaliza en la pubertad, interviniendo en el mismo la maduración neurológica y sensitiva, la interacción social y el desarrollo del lenguaje.

Las experiencias producidas por el movimiento, los resultados de dicho movimiento y la percepción del cuerpo de otros sientan las bases sobre las que se va a elaborar la percepción del cuerpo propio. Durante el segundo año de vida el niño manifiesta una progresiva diferenciación de algunas partes del cuerpo y en el tercero, los niños son capaces de identificar ojos, boca, orejas, nariz, manos, brazos, pies y piernas.

El lenguaje va a jugar un papel esencial en la construcción del esquema corporal, ya que además de permitir nombrar las partes que componen el cuerpo, como regulador de las secuencias de actos motores en la interacción con el ambiente a través del juego. La representación corporal hace posible la utilización del cuerpo de forma coordinada mediante el ajuste de la acción a lo que se quiere o desea.

Entre los 2 y 5 años los niños van mejorando la imagen de su cuerpo y los elementos que lo integran, van perfeccionando movimientos, estabilizando su lateralización y conquistando el espacio, relacionándose y actuando en él. Aunque entre 5 y 6 años el esquema corporal es bastante bueno en cuanto a la calidad de los movimientos y a la representación que se tiene del mismo, todavía se deben dominar conceptos espaciotemporales que permitan situarse adecuadamente en el espacio, en el tiempo y con relación a los objetos. De 6 a 12 años se sigue perfeccionando el esquema corporal, el movimiento se hace más reflexivo, permitiendo una potenciación de la representación mental del cuerpo y del movimiento en función del tiempo y el espacio.

Los trastornos del esquema corporal, si no se deben a una causa de tipo neurológico, se relacionan con déficits en su conocimiento o en su representación simbólica, por una inadecuada lateralización, concepción espacial o por no poder situar el cuerpo como un objeto en el campo de la relación.

Se considera que un niño presenta un retraso en la elaboración del esquema corporal si a los 3 años no es capaz de reconocer, señalando o nombrando, los elementos de la cara, o si a los 6 no lo reconociera en sí mismo o no pudiera representarlo, además es esperable que a esta edad los niños distingan su derecha e izquierda y conozcan algunos conceptos espacio-temporales sencillos como arriba/abajo, delante/detrás, primero/último, ayer/mañana, etc.

2.4.2. Lateralidad

El cuerpo humano aunque a nivel anatómico es simétrico, a nivel funcional es asimétrico. El término lateralidad se refiere a la preferencia de utilización de una de las partes simétricas del cuerpo humano, mano, ojo, oído y pie. El proceso por el cual se desarrolla recibe el nombre de lateralización y depende de la dominancia hemisférica.

Así, si la dominancia hemisférica es izquierda se presenta una dominancia lateral derecha, y viceversa. El que una persona sea diestra o zurda depende del proceso de lateralización. Se considera que un niño está homogéneamente lateralizado si usa de forma consistente los elementos de un determinado lado, sea éste el derecho (diestro) o el izquierdo (zurdo). Cuando la ejecución de un sujeto con una mano sea tan buena como con la otra se le denomina ambidextro. Mora y Palacios (1990) establecen que la lateralización se produce entre los 3 y los 6 años. Si un niño de 5 años no tiene todavía definida su dominancia lateral, especialmente, la referente a la mano, es necesario reconducir la misma hacia el lado o mano con la que el sujeto se muestre más hábil y/o preciso.

2.4.3. Estructuración espacial

La orientación espacial implica establecer relaciones entre el cuerpo y los demás objetos, está asociada al espacio perceptivo e incluye esencialmente relaciones topológicas. La estructuración del espacio conlleva adquirir nociones de conservación, distancia, reversibilidad, etc., por lo que se convierte en un proceso largo que se va configurando desde los planos más sencillos (arriba, abajo, delante, atrás...) a los más complejos (derecha-izquierda), dándose primero en la acción y pasando posteriormente a ser representados en uno mismo, en el otro y en el espacio con los objetos.

Este aspecto comprende, la capacidad que tiene el niño para mantener la constante localización del propio cuerpo, tanto en función de la posición de los objetos en el espacio como para colocar esos objetos en función de su propia posición, comprende también la habilidad para organizar y disponer los elementos en el espacio, en el tiempo o en ambos a la vez.

Las actividades que se sugiere son: dibujar una línea sobre la mesa, colocar una figura (animal) en uno de los lados, los niños irán soplando la figura hasta hacerla cruzar la línea; que los niños reúnan varios objetos y que los coloquen a diferente distancia, pedirle a los niños que camine entre ellas, etc.

2.4.4. Equilibrio

Reúne un conjunto de aptitudes estáticas y dinámicas incluyendo el control de la postura y el desarrollo de la locomoción. Es un paso esencial en el desarrollo neuropsicológico del niño ya que es clave para realizar cualquier acción coordinada e intencional. Cuanto menos equilibrio se tiene más energía se consume en la ejecución y coordinación de determinada acción, por lo que se acaba distrayendo la atención e incrementándose la ansiedad.

2.4.5. Respiración

La respiración está vinculada a la percepción del propio cuerpo y a la atención interiorizada que controla el tono muscular y la relajación segmentaria. Hay una estrecha vinculación entre respiración y comportamiento. Existe evidencia de la relación entre el centro respiratorio y partes corticales y subcorticales del cerebro. La respiración depende del control voluntario e involuntario y está relacionada con la atención y la emoción. La toma de conciencia de cómo respiramos y la adecuación en cómo lo hacemos, tanto en lo referido a ritmo como a profundidad, son los aspectos fundamentales en el control respiratorio.

2.4.6. Tiempo y ritmo

Las nociones de tiempo y de ritmo, se elaboran a través de movimientos que implican cierto orden temporal, se pueden desarrollar nociones temporales como: rápido, lento; orientación temporal como: antes-después y la estructuración temporal que se relaciona mucho con el espacio, es decir la conciencia de los movimientos, ejemplo: cruzar un espacio al ritmo de una pandereta, según lo indique el sonido.

Entre las actividades se sugiere que los niños se sitúen alrededor del docente quien irá dando golpes a la pandereta, con cada golpe los niños avanzan un paso y si da dos golpes avanzarán dos pasos; los niños se imaginan que están comiendo en un restaurant y dramatizan la acción, etc.

2.4.7. Motricidad

Está referida al control que el niño es capaz de ejercer sobre su propio cuerpo. La motricidad se divide en gruesa y fina, así tenemos:

2.4.7.1. Motricidad gruesa:

El área motricidad gruesa tiene que ver con los cambios de posición del cuerpo y la capacidad de mantener el equilibrio. Está referida a la coordinación de movimientos amplios, como: rodar, saltar, caminar, correr, bailar, etc.

Desarrollo de la motricidad gruesa

En el desarrollo motor se observan tres fases, sus características y las edades aproximadas son las siguientes:

- ✓ **Primera fase:** del nacimiento a los 6 meses.

Se caracteriza por una dependencia completa de la actividad refleja, especialmente de la succión. Alrededor de los tres meses, el reflejo de succión desaparece debido a los estímulos externos, que incitan el ejercicio y provocan una posibilidad más amplia de acciones y el inicio de los movimientos voluntarios.

- ✓ **Segunda fase:** de los 6 meses a los 4 años.

Se caracteriza por la organización de las nuevas posibilidades del movimiento. Se observa una movilidad más grande que se integra con la elaboración del espacio y del tiempo. Esta organización sigue estrechamente ligada con la del tono y la maduración.

- ✓ **Tercera fase:** de los 4 a los 7 años.

La tercera fase corresponde a la automatización de estas posibilidades motrices que, forman la base necesaria para las futuras adquisiciones.

Específicamente se observan las siguientes adquisiciones en el desarrollo motor:

- Al cumplir un año de edad se puede mantener de pie durante ratitos pequeños y camina con ayuda.
- Cuando tiene un año y medio ha conseguido andar y puede subir escalones con ayuda. Toca todo, se agacha y es capaz de levantarse y sentarse sólo en una silla.
- Cuando tiene 2 años aparece la carrera y puede saltar con los dos pies juntos. Se puede poner en cuclillas, sube y baja las escaleras apoyándose en la pared.
- A los 3 años controla bien su cuerpo y se consolidan las habilidades motoras adquiridas. Es decir En este año la carrera se perfecciona, sube y baja escaleras sin ayuda, puede ponerse de puntillas y andar sobre ellas.
- A los 4 años corre de puntillas, puede saltar sobre un pie. Se mueve sin parar y salta y corre por todas partes.
- A los 5 años el sentido del equilibrio y del ritmo está muy perfeccionado.
- A los 6 años la maduración está prácticamente completada, por lo que a partir de ahora y hasta los 12 años es el momento idóneo para realizar actividades que favorezcan el equilibrio y la coordinación de movimientos.

2.4.7.2. Motricidad fina:

Implica movimientos de mayor precisión que son requeridos especialmente en tareas donde se utilizan de manera simultánea el ojo, mano, dedos como por ejemplo: rasgar, cortar, pintar, colorear, enhebrar, escribir, etc.

Desarrollo de la motricidad fina

Primera fase: 0 A 12 meses

- ✓ Aprieta con fuerza el dedo u objeto que se introduce en su mano.
- ✓ Comienza a tomar los objetos.
- ✓ Abre totalmente las manos y coge objetos situados frente a él.
- ✓ Mira solamente el objeto y no sus manos.
- ✓ Sostiene objetos con toda la mano y juega con ellos.

Segunda fase: 1 a 3 años

- ✓ Coge objetos con pulgar e índice (pinza).
- ✓ Control de esfínteres.
- ✓ Empuja palancas.
- ✓ Gira las páginas de un libro.
- ✓ Marca números del teléfono.
- ✓ Los dibujos que realizan son garabatos.
- ✓ Coloca cubos y piezas que podrán poner una encima de otra hasta un cierto nivel.

Tercera etapa: 3 a 5 años (etapa pre-escolar)

- ✓ Usa los cubiertos.
- ✓ Ata los zapatos.
- ✓ Controla la toma de lápiz.
- ✓ Dibuja círculos, figuras humanas o animales, aunque los trazos son muy simples.
- ✓ Usa las tijeras.
- ✓ Copia formas geométricas y letras.
- ✓ Usa plastilina moldeando alguna figura.
- ✓ Puede abrochar botones grandes.
- ✓ Ensarta cuentas en un hilo.
- ✓ Imita un puente de tres bloques.
- ✓ Dibuja un hombre con tres partes.

Cabe mencionar que las primeras capacidades correspondientes a la motricidad gruesa y fina (si el bebé no tiene problemas sensoriales o físicos) suelen adquirirse simplemente en relación con el entorno y según la etapa correspondiente. Sin embargo se puede actuar para facilitar determinados logros o enseñar otros, mediante la estimulación.

No significa esto que los padres deban darle “clases” o lecciones, simplemente jugando con sus hijos, hablándoles, inventando nuevos retos juntos, están contribuyendo al

desarrollo motor grueso y fino de bebés y niños, al tiempo que lo pasan bien y fortalecen los vínculos.

(J. Ficher) establece el siguiente concepto *"El juego es un estimulante maravilloso y puede ser un excelente medio educativo, por medio del cual el niño se hace hábil, perspicaz, ligero, diestro, rápido y fuerte, alcanzando todo ello de una manera divertida. Aprende a crear lo que él quiere, lo que está de acuerdo a sus gustos y a sus deseos."* San Martín, Marisol (2010) "Psicomotricidad: Expresión, creatividad y juego."

3. Parálisis Cerebral

3.1. Definición

La Parálisis Cerebral describe un grupo de trastornos permanentes del desarrollo del movimiento y de la postura, que causan limitaciones en la actividad y que son atribuidos a alteraciones no progresivas ocurridas en el desarrollo cerebral del feto o del lactante. Los trastornos motores de la parálisis cerebral están a menudo acompañados por alteraciones de la sensación, percepción, cognición, comunicación y conducta, por epilepsia y por problemas músculoesqueléticos secundarios (Rosembaum, Paneth, Levinton, Goldstein y Bax, 2007, p. 9).

Existen referencias históricas sobre descripciones realizadas por Hipócrates y Galeno de cuadros coincidentes o similares con la entidad que hoy denominamos Parálisis Cerebral (PC), siendo descrita en 1861 por Littel, que relacionó la espasticidad que la caracteriza con la anoxia y el traumatismo de parto.

El término "parálisis cerebral" apareció por primera vez en 1888 en los escritos de William Osler. En 1897, Ferud resaltó los aspectos de anomalías del desarrollo intrauterino asociados a la PC infantil. Desde entonces, se ha utilizado en numerosas ocasiones y cada vez con mayores acuerdos la definición elaborada por la Confederación **ASPACE en el año 2002** a través de los trabajos de una comisión técnica creada al efecto (González, T., et. al. 2002):

La Parálisis Cerebral (PC) es un trastorno global de la persona consistente en un desorden permanente y no inmutable del tono muscular, la postura y el movimiento, debido a una lesión no progresiva en el cerebro antes de que su desarrollo y crecimiento sean completos. Esta lesión puede generar la alteración de otras funciones superiores e interferir en el desarrollo del Sistema Nervioso Central.

De este modo, los cuadros de Parálisis Cerebral (PC) se describen como el conjunto de consecuencias derivadas de un trastorno global de la persona consistente en un desorden permanente, pero no inmutable, del tono muscular, de la postura y del movimiento, debido a una lesión no progresiva sufrida por el cerebro antes de que su desarrollo y crecimiento sean completos.

Debido a la irreversibilidad de las lesiones neurológicas, el desorden es permanente, pero no es inmutable, ya que las características del mismo podrán cambiar evolutiva o involutivamente, aun cuando la lesión no es progresiva, no aumenta ni disminuye y tampoco constituye un trastorno de tipo degenerativo.

Las lesiones derivadas de la parálisis cerebral pueden evidenciarse entre la etapa fetal hasta los tres años de edad. Los daños cerebrales que aparecen después de ese periodo pueden mencionarse como parálisis cerebral, pero no se los considera como parte de este trastorno.

En las naciones desarrolladas, la incidencia de esta enfermedad es de entre 2 y 2,5 por cada mil nacimientos. Cabe destacar que, pese a los avances médicos, dicha tasa no ha podido ser disminuida en las últimas seis décadas. Por otra parte, es necesario resaltar que aún no se ha hallado la cura para la parálisis cerebral. Por eso, la única alternativa es asistir y contribuir mediante tratamientos y estímulos al desarrollo personal de quien la sufre.

3.2. Etiología y factores de riesgo

Existen múltiples causas susceptibles de producir un cuadro de PC que, en función del momento en que acontecen, podemos clasificar en factores prenatales, si acontecen durante la gestación; factores perinatales, cuando se producen en torno al nacimiento; y

factores postnatales, cuando ejercen su acción después del nacimiento y con anterioridad a la edad en que se considere que el cerebro alcanza su plenitud madurativa.

En cada uno de los momentos señalados, son de destacar los siguientes factores desencadenantes:

Factores prenatales:

Factores maternos

- ✓ Alteraciones la coagulación, enfermedades autoinmunes, HTA,
- ✓ Infección intrauterina, Traumatismo, sustancias tóxicas, disfunción tiroidea

Alteraciones de la placenta

- ✓ Trombosis en el lado materno, trombosis en el lado fetal,
- ✓ Cambios vasculares crónicos, Infección.

Factores fetales

- ✓ Gestación múltiple, retraso crecimiento intrauterino
- ✓ Polihidramnios, hidrops fetalis, malformaciones.

Factores perinatales:

- ✓ Prematuridad, bajo peso
- ✓ Fiebre materna durante el parto, Infección SNC o sistémica
- ✓ Hipoglucemia mantenida, hiperbilirrubinemia
- ✓ Hemorragia intracraneal
- ✓ Encefalopatía hipóxico-isquémica
- ✓ Traumatismo, cirugía cardíaca, ECMO

Factores postnatales:

- ✓ Infecciones (meningitis, encefalitis)

- ✓ Traumatismo craneal
- ✓ Estatus convulsivo
- ✓ Parada cardio-respiratoria
- ✓ Intoxicación
- ✓ Deshidratación grave

3.3. Tipología

A lo largo de nuestro recorrido por la Parálisis Cerebral Infantil, nos hemos dado cuenta de lo heterogénea que resulta a todos los niveles, en los grupos de incidencia, en sus causas, como no podía ser de otra forma esa misma heterogeneidad continua vigente en sus tipos. Como seguidamente veremos existen muchos tipos y lo que es peor existen también gran cantidad de clasificaciones, por ello aquí vamos a plasmar una que ya recogió Denhoff aunque su creador fue Perlstein y que se nos antoja tan válida como cualquier otra. El motivo de ceñirnos a ésta y no a otras es que su taxonomía atiende a diferentes criterios lo que la hace especialmente completa y digna de mención.

En la clasificación en cuestión encontramos 4 criterios diferentes, estos criterios son el tipo, la topografía, el tono y el grado.

3.3.1. En lo referente al tipo podemos señalar que se distingue entre:

- ✓ **Parálisis cerebral espástica**

En esta forma de parálisis cerebral que afecta de 70 a 80% de los pacientes, los músculos están rígidos y contraídos permanentemente. Los nombres asignados para estas clases de enfermedad combinan una descripción de las extremidades afectadas con el término de plejia o paresia para significar paralizado ó débil respectivamente.

Cuando ambas piernas se afectan de espasticidad, estas pueden encorvarse y cruzarse a las rodillas. Esta postura en las piernas con apariencia de tijeras puede interferir con el caminar.

Su principal característica es el aumento del tono muscular, que puede ser espasticidad o rigidez. Se reconoce como una resistencia continua ó plástica a un estiramiento pasivo en toda la extensión del movimiento.

✓ **Parálisis cerebral atétosica**

Se caracteriza por alteraciones del tono muscular con fluctuaciones y cambios bruscos del mismo, aparición de movimientos involuntarios y persistencia muy manifiesta de reflejos arcaicos. Estos movimientos anormales afectan las manos, los pies, los brazos o las piernas y, en algunos casos, los músculos de la cara y la lengua, causando el hacer muecas o babeo.

Los movimientos aumentan durante periodos de estrés emocional y desaparecen mientras se duerme. Los niños afectados con este tipo de PARÁLISIS CEREBRAL pueden tener problemas en la coordinación de los movimientos musculares necesarios para el habla, una condición conocida como disartria. La PARÁLISIS CEREBRAL atetoide afecta aproximadamente de 10 a 20% de los pacientes.

✓ **Parálisis cerebral atáxica.**

Esta forma rara afecta el equilibrio y la coordinación. Las personas afectadas caminan inestablemente con un modo de caminar muy amplio, poniendo los pies muy separados uno del otro y experimentan dificultades cuando intentan movimientos rápidos y precisos como el escribir ó abotonar una camisa.

En ésta se pueden presentar temblores al intentar tomar o manipular un objeto. En esta forma de temblor, el empezar un movimiento voluntario, como agarrar un libro, causa un temblor que afecta la parte del cuerpo usada. El temblor empeora según el individuo se acerca al objeto deseado.

Se estima que esta forma de parálisis afecta de 5 a 10 % de los pacientes

- ✓ **Parálisis cerebral mixta.**

Es muy común que los niños afectados tengan síntomas de más de una de las formas de PARÁLISIS CEREBRAL mencionadas. La combinación más común incluye espasticidad y movimientos atetoides, pero otras combinaciones son posibles.

3.3.2. La clasificación atendiendo al tono, está íntimamente ligada a la clasificación anterior:

- ✓ **Isotónico:** tono normal.
- ✓ **Hipertónico:** tono incrementado.
- ✓ **Hipotónico:** tono disminuido.
- ✓ **Variable.**

3.3.3. Según el criterio clasificatorio de topografía, es decir de la parte del cuerpo afectada, podemos distinguir entre:

Topográficamente la clasificación se realiza tomando en consideración las zonas anatómicas afectadas. Los sufijos "-paresia" y "-plegia" distinguen entre una parálisis incompleta o variable, para el primero de los términos, y una parálisis completa en el segundo.

- ✓ **Hemiparesia o hemiplejia:** afecta a una de las dos mitades laterales (derecha o izquierda) del cuerpo.
- ✓ **Diparesia o diplejia:** mitad inferior más afectada que la superior.
- ✓ **Cuadriparesia o cuadriplejia:** los cuatro miembros están paralizados.
- ✓ **Paraparesia o paraplejia:** afectación de los miembros inferiores.
- ✓ **Monoparesia o monoplejia:** un único miembro, superior o inferior, afectado.
- ✓ **Triparesia o triplejia:** tres miembros afectados.

3.3.4. Atendiendo al grado de afectación podemos distinguir entre:

- ✓ **Grave:** autonomía casi nula.
- ✓ **Moderada:** autonomía o a lo sumo necesita alguna ayuda asistente.
- ✓ **Leve:** autonomía total.

3.4. Deficiencias asociadas

Es muy raro que la PC tenga únicamente manifestaciones de tipo motor, la mayoría de los pacientes presenta por lo menos una deficiencia asociada.

Deficiencia Mental

Es la deficiencia asociada más común, aproximadamente el 70% de los casos la presenta. Se ha considerado la asociación del número de extremidades afectadas con el riesgo de presentar retardo mental. En niños con hemi-paresia el 60% tiene inteligencia normal. En la cuadri-paresia espástica del 70 al 80% tienen retraso mental. En algunos casos la PC puede ser tan sutil que se manifieste solo como problemas de aprendizaje, visuales, de psicomotricidad y lenguaje, que suelen ser las manifestaciones más leves, e incluso pueden no relacionarse con la PC.

Epilepsia

En una revisión personal de 100 casos de parálisis cerebral infantil, se encontró que el 46% de los pacientes presentaban crisis epilépticas, de estas las crisis tónico clónico generalizadas fueron las más frecuentes en un 29%. Posteriormente las crisis parciales simples en 22%. Las crisis se presentan durante el primer o segundo año de vida, son más frecuentemente asociadas al retardo mental grave y en la hemiplejía adquirida postnatal. Los casos que presentan crisis mioclónicas, espasmos infantiles y estado de mal epiléptico neonatal son lo que tienen peor pronóstico.

Problemas del lenguaje

Los problemas del lenguaje se pueden dividir en 3 grupos.

A) Disfunción oromotora (producción de palabras),

B) Disfunción de procesamiento central (Trastornos del lenguaje) y

C) Disfunción auditivas (hipoacusia). Se pueden presentar más de una de las alteraciones en un mismo paciente¹⁷. La disartria es un problema común en pacientes

con PC extrapiramidal, y los problemas de expresión y procesamiento central en los pacientes con cuadriparesia espástica con retardo mental.

Parálisis pseudobulbar

Es una de las manifestaciones frecuentes en niños con PC. Se manifiesta por succión débil o incoordinada, protrusión lingual o problemas de deglución. Posteriormente presentan sialorrea, desnutrición y en algunos casos broncoaspiración con neumonía secundaria por la problemática de la deglución. La salivación constante no es por exceso en la producción sino por no deglutirla adecuadamente y ocasiona humedad persistente, irritación de la piel de la cara y mala higiene bucal.

Trastornos visuales

Son frecuentes los trastornos motores oculares, como el estrabismo, nistagmus y problemas de refracción, ambliopía, defectos de los campos visuales e incluso ceguera. Se han reportado estudios donde se ha determinado que hasta el 70% tienen alteraciones de la agudeza visual y 50% estrabismo.

Problemas urinarios

Cerca del 40% de los pacientes con PC presentan alguna alteración como incontinencia o urgencia urinaria, hay problemas al iniciar la micción voluntaria por falla en la relajación del piso pélvico. La falta de movilidad del paciente y la deficiencia mental incrementan el problema.

Problemas de conducta

El déficit de la atención con hiperactividad e impulsividad son muy comunes en niños con PC y alto rendimiento intelectual. También niños con deficiencia mental presentan conductas destructivas, repetitivas y estereotipadas además de autoagresivas.

Varios

Sordera; sobre todo en casos de infecciones pre y postnatales, cuando hay hiperbilirrubinemia e hipoxia. Se presentan también problemas del sueño por apneas de

tipo obstructivo que ocasionan una fragmentación del sueño. Fuente: NEUROLOGIA INFANTIL, MEDICINA (Buenos Aires) 2007, pp 589

4. LA TERAPIA OCUPACIONAL EN LA PSICOMOTRICIDAD GRUESA EN NIÑOS CON PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL.

4.1. Introducción

El hombre es un ser activo cuyo desarrollo depende de las influencias del medio en que se desenvuelve y de las actividades que realiza. La vida del ser humano es un proceso de adaptación a su entorno, lo modifica, domina, siendo la principal fuente de motivación, tratando de ajustar sus necesidades y posibilidades a las del medio en que se desarrolla a la vida.

La ocupación promueve y favorece la adaptación al medio, en tanto que sostiene la integración y participación activa del individuo en actividades de tipo social y cultural en su contexto

La Terapia Ocupacional es una de las alternativas terapéuticas que hace uso de actividades con la intención de conservar y devolver la mayor calidad de vida a personas que por diferentes razones puedan haberla perdido, o sea logran su autovalidismo en general, confianza en sí mismo, mayor nivel de independencia y preparación para las actividades de la vida diaria.

Para lograr este objetivo debe verse al paciente desde un punto de vista holístico, con el propósito de conocer las necesidades, intereses y habilidades que posee.

El éxito en la aplicación de esta terapia depende de la creatividad en la búsqueda de actividades apropiadas para el proceso terapéutico de acuerdo con las particularidades, evaluando cuales son las actividades que mejor se adaptan a los intereses de quienes van a protagonizar el proceso de rehabilitación, por lo que se trata de un proceso con metas, objetivos muy claros una metodología y evaluación definida.

La actividad lúdica constituye el motor del desarrollo en la medida en que crea continuamente zonas de desarrollo próximo. Por lo que los juegos se consideran como actividades muy importantes para el desarrollo cognitivo, motivacional y social.

El área escolar de terapia ocupacional en las escuelas de trastornos severos de la comunicación, representa uno de los pilares para desarrollar esa atención integral, si tiene en cuenta al juego y las condiciones en que se aplicarían.

A partir de este estudio el subsistema de educación especial y en particular en la atención a niños con trastornos severos de la comunicación se ha introducido la terapia ocupacional mediante juegos motrices, teniendo en cuenta las adaptaciones y modificaciones necesarias: materiales a utilizar, reglas, formas de organización y objetivos, constituyendo un medio eficaz para la atención terapéutica de los alumnos con trastornos severos de la comunicación, conociendo que estas escuelas requieren de un soporte profesional especializado para desarrollar esta actividad, el cual no posee documentos que pueda servir como base de orientación metodológica para el trabajo de la terapia ocupacional con los niños (as) que presentan parálisis cerebral asociada a diferentes alteraciones motrices.

4.2. La Terapia Ocupacional como técnica rehabilitadora en la Parálisis cerebral

Como disciplina la Terapia Ocupacional se compromete con la acción de lograr conseguir la aplicación de técnicas y estrategias de intervención que le permitan a las personas afectadas por una enfermedad, asumir roles ocupacionales personalmente significativos y socialmente valorados, potenciar la creación de espacios ocupacionales donde él pueda experimentar el logro y la competencia personal, así como aumentar o mantener el mayor nivel de independencia posible del mismo, teniendo en cuenta los distintos campos de aplicación y las necesidades especiales que requiera.

Esta modalidad de terapia incluye la evaluación mediante la observación clínica estructurada la aplicación de pruebas específicas de evaluación seleccionadas, con el propósito de precisar la implicación de las anomalías motoras, perceptuales, sensoriales,

cognitivas y sociales, al mismo tiempo trata de averiguar que pueden impedir el normal desenvolvimiento de estas personas.

El tratamiento rehabilitador con terapia ocupacional es realizado en forma individual o grupal, en dependencia de las necesidades de la persona y los objetivos que se persigan en el mismo.

El recurso más adecuado dependerá de variables como: tipo de afectación, el tipo de tratamiento (cuáles y cuántos) demanda y en el apoyo familiar y social del necesitado.

Los resultados de la aplicación del tratamiento de esta modalidad terapéutica dependerán del nivel de motivación del paciente y del apoyo de sus familiares en relación con los objetivos de independencia.

La aplicación de la terapia ocupacional, como técnica rehabilitadora facilitará el mejoramiento de habilidades y destrezas que le permitan la adquisición de la escritura y el control muscular, manual y postural, el desarrollo y mejora general del niño (a), para lo cual el rehabilitador, previa coordinación con el equipo multidisciplinario integrado por el maestro, psicólogo, logopeda y familia, realiza el diseño y manejo de las adaptaciones según las necesidades educativas e intereses de estos alumnos.

La rehabilitación psicomotriz de los niños con parálisis cerebral es uno de los retos que enfrenta hoy las Ciencias de la Educación a través de la terapia ocupacional.

Se considera, la Terapia Ocupacional como una alternativa terapéutica eficaz en la rehabilitación de niños (as) con necesidades educativas especiales, fundamentalmente mediante la utilización del juego por los valores educativos positivos que el mismo presenta.

4.3. Tratamiento Ocupacional en la Psicomotricidad para Niños con Parálisis Cerebral Infantil

El tratamiento Ocupacional en los niños con parálisis cerebral infantil con alteraciones de la psicomotricidad se puede aplicar en cualquier momento, y en general, cuanto antes se lleve a cabo, mejor.

Los programas de tratamiento Ocupacional en los niños con parálisis cerebral infantil se inician con una evaluación de las habilidades funcionales y de las limitaciones de cada paciente.

Las estrategias de intervención son formuladas e individualizadas de acuerdo con las necesidades particulares del paciente y de acuerdo a sus roles en la vida, los esfuerzos pueden ser dirigidos a restaurar la función mediante ejercicios terapéuticos y actividades o mediante la utilización de sus capacidades residuales utilizando la asistencia tecnológica (equipamientos o productos) adquiridos o modificados que son utilizados para aumentar, mantener o mejorar la capacidad funcional de las personas con discapacidad o bien adaptando el entorno, también se asiste siempre en la prevención de limitaciones o en el desarrollo de las destrezas de la vida. Estas se refieren a las actividades básicas de auto cuidado las actividades instrumentales de la vida diaria se refieren a la preparación de comidas, uso de teléfono, vestido, entre otras actividades que se refieren a la vida independiente.

Por la naturaleza personal de estas actividades casi todo el tratamiento, en esta área, se presta en forma individual, las actividades principales son valoradas para la comunidad y proveer un espacio para practicar las destrezas constructivas mientras se integran socialmente con otros pacientes con problemas similares. Otras áreas del desempeño funcional en el tratamiento del adulto incluyen las actividades de trabajo (educativo y vocacional) y las actividades de esparcimiento.

f. METODOLOGÍA

El presente trabajo investigativo, básicamente constituye una actividad de análisis teórico, práctico, el mismo que seguirá los pasos:

MÉTODOS:

- a. **Método Científico**, basándome directamente en la observación, análisis (descripción), síntesis, conclusiones, recomendaciones y proposiciones de solución al problema.
- b. **Método Descriptivo** que se utilizará para procesar y describir la realidad sobre “los métodos de terapia ocupacional en la psicomotricidad gruesa de niños y niñas con parálisis cerebral infantil que asisten a la unidad de rehabilitación ocupacional, presentar toda la información de campo recolectada para luego ir obteniendo el resultado y las conclusiones finales.
- c. **Método Estadístico** me servirá para la elaboración de los cuadros o tablas estadísticas porcentuales y representarlos en cuadros de fácil visualización para cualquier lector.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS:

Durante el proceso de desarrollo de la investigación, se registrará toda la información conforme fueran ocurriendo los fenómenos, a través de la observación.

- ✓ La recolección bibliográfica (texto, ficha, etc.)
- ✓ Recolección nemotécnica, rescatando la teoría de los textos
- ✓ **Entrevista** a los profesionales del C.A.D.E
- ✓ **Ficha de Inscripción** a los niños con parálisis cerebral infantil que asisten a la unidad de rehabilitación ocupacional en donde se solicitara el Diagnóstico médico, neuropediatra y fisiatra del C.A.D.E, con el propósito de llevar a cabo un seguimiento de casos y poder determinar el diagnóstico general del niño.
- ✓ También se utilizará la **ficha de evaluación de la motricidad gruesa de Muzaber L.**, que consta de parámetros de evaluación como son: control de cabeza, de hombros, brazos, manos, tronco, piernas y pies.

- ✓ **Observación:** Con el objetivo de ver si se realiza un trabajo diferenciado con los niños que tienen Parálisis Cerebral Infantil que presentan trastornos en la psicomotricidad Gruesa.

POBLACION Y MUESTRA:

Población: La población que asiste al Centro de Rehabilitación y Educación Especial C.A.D. está formada por 100 infantes con diferentes tipos de patología de los cuales se trabajará con 6 infantes con Parálisis Cerebral Infantil y 1 profesional de Unidad de Rehabilitación Ocupacional

Muestra: La muestra para la investigación y el cumplimiento de los objetivos y ejecución del proyecto de tesis será de niños con Parálisis Cerebral Infantil del C.A.D.E., es una muestra selectiva, ya que actualmente asisten 6 niños con Parálisis Cerebral Infantil. Existiendo la colaboración de los padres de familia y autoridades del centro para poder desarrollar el presente proyecto, comprometiéndose a brindarme toda la información necesaria y acudiendo puntual a las terapias en el horario establecido para cada niño.

g. CRONOGRAMA

TIEMPO ACTIVIDADES	2013												2014																																
	MARZO				JULIO				AGOSTO				SEPT.				MARZO				ABRIL				JUNIO																				
Elección del Tema	■		■																																										
Presentación y aprobación del Proyecto								■																																					
Recolección de información de campo										■	■	■	■																																
Análisis de Resultados														■																															
Presentación del borrador de Tesis															■	■	■																												
Prorroga																																													
Defensa privada																																													
Sustentación publica y graduación																																													■

h. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

RECURSOS:

Humanos:

- ✓ Equipo docente.
- ✓ La investigadora Johana Marivel Armijos Díaz
- ✓ Niños, niñas con Parálisis Cerebral Infantil del C.A.D.E
- ✓ Padres de familia de los niños, niñas con Parálisis Cerebral Infantil

Materiales:

- ✓ Instrumentos de diagnóstico
- ✓ Mesa canabel
- ✓ Gradilla, paralelas
- ✓ Balones terapéuticos
- ✓ Rueda de hombro y mano
- ✓ Rejillas
- ✓ Pinzas
- ✓ Pesas
- ✓ Cuentas de todo tamaño
- ✓ Todos los implementos son de la unidad de rehabilitación ocupacional del centro

PRESUPUESTO

Material bibliográfico	450
Reproducción de instrumentos	50
Movilización	250
Material para masaje	300
Reproducción de ejemplares de proyecto y tesis	200
Imprevistos	300
TOTAL	1550

FINANCIAMIENTO:

Los gastos de la presente investigación serán cubiertos por la propia autora del presente trabajo de intervención.

i. BIBLIOGRAFÍA

- a niños con necesidades educativas especiales. La Habana Editorial Pueblo y Educación. 5-24 pág.
- actividades en Terapia Ocupacional. Argentina. Disponible en: www.terapia-ocupacional.com/articulos/referenteshistoricos.html consultado el 30 de Enero de 2004.
- **Ajuriaguerra, J.** (2011) Manual de psiquiatría infantil. Ed. Toray-Masson.
- **Alberto Rosa Rivero, Ignacion Montro Garcia-Celay, Maria Cruz Garcia Lorente.**
- **Antonio Mesonero Valhondo.** LA EDUCACION PSICOMOTRIZ, necesidades de
- **Aucouturier, B. y Col.** (2000). La educación psicomotriz como terapia Ocupacional
- base en el desarrollo personal del niño.
- **Begoña Polonio López/**Conceptos fundamentales de terapia ocupacional-1ra. Ed.-
- **Bejarano, Alberto** (2000)"Reflexiones éticas sobre la Discapacidad." Ed.
- **Betancourt Torres, Juana V. y Col.** (2010). La comunicación educativa en la atención
- **Bettina Paeth Rohlfs.** EXPERIENCIAS CON EL METODO BOBATH, fundamentos,
- **Bettina Paeth Rohlfs/**Experiencias con el concepto Bobath: fundamentos, tratamiento,
- **Canosa Domínguez, Nereida y Col.** (2010). Terapia Ocupacional Importancia del
- casos;[traducción efectuada por Ana Heimann Navarra], -2da ed.- Buenos Aires; Madrid: Medica Panamericana, 2006.
- Ciencias sociales. La Habana
- comp.– El niño con parálisis cerebral: enculturación, desarrollo e intervención/ Madrid: Centro de publicaciones del Ministerio de Educación y Ciencia: C.I.D.E., 1993.

- con el Parálisis, pp. 5 de 5.
- concepción pedagógica. Original impreso en ISPJAE, Empresa de producción del Ministerio de Educación Superior (1995).
- Congreso Internacional de Educación Física y Psicomotricidad. Varadero. Editorial Deportes. 20 pág.
- contexto. España.
- cuerpo, movimiento, percepción, afectividad: una propuesta teórico-práctica.
- departamento de medicina física del hospital regional y docente del hospital Isidro Ayora de la Ciudad de Loja.
- discapacidad.
- **Dobler Erika y Dobler Hugo** (2011). Juegos Menores. La Habana. Editorial Pueblo y
- **Dr. ROMEU IBES** (2012) Joan "Gabinete Médico Psicológico." Ed. San Pablo
- Editorial Pueblo y Educación. Tomo V. 48-49 pág
- Educación. 15-39 pág.
- El desarrollo de los niños de 0 - 3 años. Mana Elena López y María Tereza Arango de
- **Encarnación Sugranes y M. Angels** (coords.): La educación psicomotriz (3-8 años)
- Especial
- física de niños discapacitados físicos motores. Tesis de Maestría (Maestría en Didáctica de la Educación Física Contemporánea). La Habana. ISCF "Manuel Fajardo". 20-33 pág.
- **Gil Muñoz, Juan Luis y Col.** (2000). Necesidades Educativas Especiales. Deficientes
- **Gómez Mengelberg, Elizabeth.** (2004). Referentes históricos de la utilización de
- **Gómez Tolón, J.** (2003). Fundamentos metodológicos de la Terapia Ocupacional.
- **González Otmara** (2002). El enfoque histórico cultural como fundamento de una

- **Gregoria Vegas González.** Estrategias de trabajo con parálisis cerebral. Educación
- **Gualderas, C.** et al. (2000)Manual de fisioterapia Barcelona, España,Ed. Cataluña.
- **Javier Bernal** Juegos y Actividades adaptadas..
- Joan de Dèu, Barcelona: Asociación Española de Pediatría. Pp 271-277.
- **Juan J. Zaranz,** Neurología, 5ta edición
- **Juan Vásquez.** ED. Gymnos. Discapacitados. Intervención en el medio terapéutico.
- **Laura Vanina Stefanini**Cap. Bermúdez(2011)
- **LÓPEZ Mateo Carlos** " Enciclopedia de la Psicología" Océano
- Madrid. Editorial Científico – Médica. 23-32 pág.
- Madrid: Medica Panamericana [2001]
- **Margarita Comendio**(2011).Educación física para la integración de niños con
- **María Carbellido Saiz,** (2011) Actividades Psicomotricidad en poblaciones especiales.
- **María Santucci** de Mina Evolución psicosocial del niño con parálisis cerebral
- **Marx Carlos, Engels Federico Ilich Lenin,** (2008) Vladimir Selección de textos Ed
- **Mercedes Ríos Fernández.** Manual de Educación física adaptada al alumnado con
- **Microsoft © Encarta ©** Biblioteca de Consulta 2002.
- **Moruno Miralles, P. y Romero Ayuso, Dulce M.** (2001). Historia de la Terapia
- Motóricos. Parálisis Cerebral. Madrid. Editorial CEPE. Capitulo XXIII. 415-431 pág.
- Narváez .Pág. 12-21
- necesidades especiales.
- **Núñez Jover** (Compilador) (2005.) Selección de lecturas de problemas de Teoría y
- Ocupacional en el ámbito de la Salud Mental. Revista Informativa de la Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales. Barcelona. Editorial Masson. 27 pág.

- Paganizzi, Liliana. (2004). Terapia Ocupacional, su inserción Ocupacional. Pag 34-38
- **Pascual Fis, Ana** (2004). La educación física y la atención a las discapacidades.
- **Pascual Fis, Santa Ana** (2009). Una propuesta de juegos adaptados para la educación
- **Pilar Póo Argüelles**, Parálisis cerebral infantil, Servicio de Neurología. Hospital Sant
- **Polonio Lopez-Castellanos Ortega y Viana Moldes**, Terapia ocupacional en la infancia, teoría y práctica.
- **Psicología Social**” Microsoft Encarta 2006 [CD]. Microsoft Corporation, 2005.
- Salamanca.
- tratamientos y casos.
- **Vanegas Quiroz-Martha Elizabeth**. Tesis Evaluación motriz de los niños del
- **Victor Gil Chang**, Fundamentos de Medicina de Rehabilitación. Ed. UCR, 2004.
- **Vigotski L.S.** (1996). Fundamentos de defectología. Obras Completas. La Habana.
- **VILLAGRA, H.A.** (1997 B) Variaciones en la morfología corporal en niños afectados

WEB-GRAFÍA

<http://terapiavojtaextremadura.blogspot.com/>

www.wikipedia.com

www.monografias.com acceso 12-Marzo-13

WWW.CBM Internacional-ES discapacidades.htm acceso 15 Marzo-13

WWW.CONADIS ECUADOR.COM acceso 19-Marzo-13

ANEXOS 2

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
UNIDAD DE REHABILITACION OCUPACIONAL C.A.D.E**

**FICHA DE INSCRIPCIÓN PARA NIÑOS CON PARÁLISIS CEREBRAL
INFANTIL**

Nombre del Alumno	
Edad	
Dirección:	
Teléfono	
Nombre del Padre	
Nombre de la Madre	
Nombre del Apoderado	
Situación familiar	
Presenta alguna enfermedad.	
Diagnostico Neuro pediatra	
Diagnostico Fisiatra	

HORARIO:

FECHA DE INICIO:

PSICORREHABILITADOR



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA EDUCACIÓN, EL ARTE Y LA COMUNICACIÓN

AUTOR: MUZABER. L.

FICHA DE EVALUACION DE LA PSICOMOTRICIDAD GRUESA

EJERCICIOS APLICADOS	AFECTADO	POCO AFECTADO	MUY AFECTADO	TOTAL
CONTROL DE CABEZA				
a) Inclinación hacia delante y atrás b) Inclinación de los lados c) Rotación de cabeza d) Estabilidad de la cabeza durante e) movimiento en paso; en trote				
CONTROL DE HOMBROS				

a) Subir y bajar b) Subir y bajar alternadamente c) Cerrar y abrir				
CONTROL DE BRAZOS				
a) Estirar a los lados b) Estirar hacia arriba c) Estirar hacia delante d) Tocar los hombros con las manos				
CONTROL DE MANOS				
a) Abrir y cerrar puños b) Girar manos c) Tocar cada dedo con el pulgar d) Capacidad de sujetar un objeto. (jugete)				
CONTROL DE				

TRONCO				
a) Rectitud de la columna vertebral b) Rotación del tronco c) Flexionar el tronco hacia delante d) Acostar tronco hacia atrás e) Tocar los pies del mismo lado f) Tocar los pies en patrón cruzado g) Estabilidad del tronco durante el movimiento en paso: en trote				
CONTROL DE PIERNAS				
a) apertura de los aductores b) Llevar piernas hacia delante y hacia atrás de pie. c) Flexionar rodillas en posición de sedestación.				

CONTROL DE PIES				
a) Subir y bajar puntas de los pies				
b) Rotación de los pies				

CALIFICACION

- SE MARCARA CON UNA X EN EL CASILLERO CUANDO EL PACIENTE SE ENCUENTRE AFECTADO, CON XX CUANDO ESTE POCO AFECTADO y XXX CUANDO ESTA MUY AFECTADO.

VALORACION

CONTROL DE CABEZA	CONTROL DE HOMBROS	CONTROL DE BRAZOS	CONTROL DE TRONCO	CONTROL DE PIERNAS	CONTROL DE MANOS

INTERPRETACIÓN:

X AFECTADO

XX POCO AFECTADO

XXX MUY AFECTADO

ENCUESTA A LOS PROFESORES DEL CENTRO C.A.D.E

Señores profesionales del centro C.A.D.E, a través de esta entrevista deseo obtener valiosa información para la realización de mi trabajo de investigación, esperando que su respuesta sea sincera.

1. Marque con una X., de las áreas ocupacionales de automantenimiento que trabaja usted para mejorar la psicomotricidad gruesa con los niños con P.C.

- Actividades de la vida diaria básicas
- Actividades de la vida diaria instrumentales
- Actividades de la vida diaria avanzadas
- Ninguna

2. Marque con una X, los métodos que utiliza para trabajar en la terapia ocupacional en los niños con Parálisis Cerebral Infantil.

- Metodología Vojta
- Metodología Bobath
- Metodología Kabath
- Metodología de Rood (Sensopercepción)
- Metodología de Jacobson (relajación consciente)
- Metodología de Glenn Doman.
- Ninguna

3. ¿Qué técnicas del método de Bobath utiliza para trabajar en la psicomotricidad gruesa de los niños con PC?

- Golpes ligeros alternados
 - Patrón de inhibición refleja
 - Rotación de tronco
 - Refuerzo y potenciación
 - Relajación o estiramiento
 - Cepilleo rápido
- | |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Golpeteo rápido

Ninguna

- 4. ¿En qué nivel de mejoría de la psicomotricidad gruesa considera usted que se encuentran los niños y niñas con PC?**

Bueno

Regular

Malo

GRACIAS POR SU COLABORACION

CONTROL DE BRAZOS



CONTROL DE HOMBROS



CONTROL DE MANOS



CONTROL DE TRONCO



ÍNDICE

PORTADA.....	i
CERTIFICACION.....	ii
AUTORIA.....	iii
CARTA DE AUTORIZACION.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
DEDICATORIA.....	vi
ÁMBITO GEOGRÁFICO DE LA INVESTIGACIÓN.....	vii
MAPA GEOGRÁFICO DE LA INVESTIGACIÓN.....	viii
ESQUEMA DE TESIS.....	ix
TÍTULO.....	1
RESUMEN.....	2
SUMMARY.....	3
INTRODUCCIÓN.....	4
REVISIÓN DE LITERATURA.....	6
MATERIALES Y MÉTODOS.....	35
RESULTADOS.....	37
DISCUSIÓN.....	61
CONCLUSIONES.....	63
RECOMENDACIONES.....	64
BIBLIOGRAFÍA.....	65
ANEXOS.....	69
ÍNDICE.....	163