



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
MODALIDAD DE ESTUDIOS A DISTANCIA
CARRERAS EDUCATIVAS
CARRERA DE PSICORREHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL

**ACTITUD DE LOS PADRES DE FAMILIA FRENTE AL DESARROLLO
PSICOMOTOR DE LOS NIÑOS Y NIÑAS CON PARÁLISIS CEREBRAL
ESPÁSTICA, EN EL CENTRO DE ATENCIÓN Y DESARROLLO DE
NIÑOS Y NIÑAS ESPECIALES “CADE”. AÑO LECTIVO 2012 - 2013**

Tesis previa a la Obtención del Grado de
Licenciada en Psicorrehabilitación y
Educación Especial

AUTORA

NUVIA CRISTINA TITUANA TITUANA

DIRECTORA

LIC. MICHELLÉ ALDEÁN RIOFRÍO, MG.

LOJA – ECUADOR

2013

CERTIFICACION

Mg.

Michellé Aldeán Riofrio

DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICORREHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL

CERTIFICA:

Haber asesorado y revisado prolijamente, durante todo el desarrollo de la tesis titulada **ACTITUD DE LOS PADRES DE FAMILIA FRENTE AL DESARROLLO PSICOMOTOR DE LOS NIÑOS Y NIÑAS CON PARÁLISIS CEREBRAL ESPÁSTICA, EN EL CENTRO DE ATENCIÓN Y DESARROLLO DE NIÑOS Y NIÑAS ESPECIALES “CADE”. AÑO LECTIVO 2012 – 2013** de la autoría de la señorita **Nuvia Cristina Tituana Tituana**, por reunir las condiciones de fondo y forma, autorizo proseguir los trámites legales pertinentes para su presentación y defensa.

Loja, Octubre del 2013



Mg. Michellé Aldeán Riofrio


DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo Nuvia Cristina Tituana Tituana, declaro ser autor(a) 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.

Autor: Tituana Tituana Nuvia Cristina

Firma: 

Cedula:1104998818

Fecha: Octubre 2013

CARTA DE AUTORIZACIÓN

CARTA DE AUTORIZACION DE TESIS POR PARTE DEL AUTOR, PARA LA CONSULTA, REPRODUCCION PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACION ELECTRONICA DEL COMPLETO.

Yo, Nuvia Cristina Tituana Tituana, declaro ser autora de la tesis titulada:

“ACTITUD DE LOS PADRES DE FAMILIA FRENTE AL DESARROLLO PSICOMOTOR DE LOS NIÑOS Y NIÑAS CON PARALISIS CEREBRAL ESPÁSTICA, EN EL CENTRO DE ATENCION Y DESARROLLO DE NIÑOS Y NIÑAS ESPECIALES “CADE”. AÑO LECTIVO 2012 – 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 Repertorio 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 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 17 días de Octubre del dos mil trece.

Firma:



C.I: 1104998818

Dirección: Loja, Av. Gobernación de Mainas y Eduardo Kigman

Correo Electronico: nuvia_t88@hotmail.com

Celular: 0981683740

DATOS COMPLEMENTARIOS.

DIRECTORA DE TESIS
Tribunal de grado

Lic. Michelle Aldeán Riofrio, Mg.
Dra. Alba Valarezo Cueva Mg. Sc
Presidenta del Tribunal
Dra. María Elena Chalco Mg. Sc
Miembro del tribunal
Dra. Carmen Alicia Villacis. Mg. Sc.
Miembro del tribunal

AGRADECIMIENTO

Al culminar una etapa más de mi vida estudiantil y al haber terminado con éxito el trabajo de investigación, quiero dejar constancia de mi gratitud a la Universidad Nacional de Loja, de la Modalidad de Estudios a Distancia, a los Docentes de la Carrera de Psicorrehabilitación y Educación Especial, y a todas las personas que de una u otra manera colaboraron en la culminación del presente trabajo.

De manera especial a la Lic. Mg. Michelle Aldeán Riofrio, por su valiosa dirección en el desarrollo de este trabajo, permitiéndome así culminar la investigación y alcanzar mis metas.

Agradezco a las autoridades del Centro de Atención y Desarrollo de Niños y Niñas Especiales "Cade", por su contribución en brindarnos la información necesaria para la ejecución en el desarrollo de la presente Investigación.

La Autora

DEDICATORIA

A Dios, por darme la vida y la sabiduría para culminar con éxito mis estudios Universitarios, y así alcanzar una meta en mi vida.

A mis queridos padres, quienes con su paciencia y bondad, y sin escatimar esfuerzo alguno me brindaron su apoyo incondicional, siendo el pilar más grande de mi vida.

A mis hermanos quienes con sus palabras de aliento y consejos me ayudaron para consolidar mi esfuerzo.

Nuvia Cristina

ESQUEMA DE CONTENIDO

- ❖ PORTADA
- ❖ CERTIFICACIÓN
- ❖ AUTORÍA
- ❖ CARTA DE AUTORIZACIÓN
- ❖ AGRADECIMIENTO
- ❖ DEDICATORIA
- ❖ ESQUEMA DE CONTENIDO
 - a. Título
 - b. Resumen (Summary)
 - c. Introducción
 - d. Revisión de literatura
 - e. Materiales y métodos
 - f. Resultados
 - g. Discusión
 - h. Conclusiones
 - i. Recomendaciones
 - j. Bibliografía
 - k. Anexos
 - ✓ Proyecto de tesis
 - ✓ Índice

a. TÍTULO

ACTITUD DE LOS PADRES DE FAMILIA FRENTE AL DESARROLLO PSICOMOTOR DE LOS NIÑOS Y NIÑAS CON PARÁLISIS CEREBRAL ESPÁSTICA, EN EL CENTRO DE ATENCIÓN Y DESARROLLO DE NIÑOS Y NIÑAS ESPECIALES “CADE”. AÑO LECTIVO 2012 – 2013.

b. RESUMEN

La presente tesis hace referencia a la **ACTITUD DE LOS PADRES DE FAMILIA FRENTE AL DESARROLLO PSICOMOTOR DE LOS NIÑOS Y NIÑAS CON PARÁLISIS CEREBRAL ESPÁSTICA, EN EL CENTRO DE ATENCIÓN Y DESARROLLO DE NIÑOS Y NIÑAS ESPECIALES “CADE”. AÑO LECTIVO 2012 - 2013** Elaborado de acuerdo al reglamento de la Universidad Nacional de Loja.

Se formuló un objetivo general que fue: Concienciar a los padres de familia de la importancia que tiene su actitud frente al desarrollo psicomotor de los niños y niñas con parálisis cerebral espástica.

Los métodos utilizados para la elaboración del presente trabajo investigativo fueron: Científico, Analítico - Sintético, Inductivo – Deductivo, Descriptivo, Modelo Estadístico, las Técnicas e Instrumentos fueron: La Encuesta aplicada para determinar las diferentes actitudes que presentan los padres de familia frente a sus hijos. Test de Habilidad Motriz de Oseretzky, aplicada para establecer el nivel del desarrollo psicomotor que tienen los niños y niñas del centro “CADE”.

De acuerdo a la encuesta aplicada a los docentes y en base a los resultados de la segunda pregunta manifestaron que: El 32% de los niños son rechazados por sus padres, el 26% dicen que se sienten culpables, el 21% manifiestan ser perseverantes, el 16% informan que sienten vergüenza

y solo el 5% manifestaron que los aceptan con su deficiencia. Estas actitudes presentan los padres de familia frente a la discapacidad de sus hijos por temor a inspirar lástima, miedo a recibir críticas y burla de los demás; vergüenza de exponerse a la mirada de la sociedad en general.

Con respecto a la sexta pregunta: El 58% de los docentes manifiestan que no existe apoyo de los padres de familia tan solo el 42% de los padres de familia apoyan en el proceso de rehabilitación de sus niños. El apoyo de los padres de familia ante un hijo con discapacidad es fundamental a la hora de velar por el desarrollo de los procesos de rehabilitación.

En relación al Test de Habilidad Motriz de Oseretzky: El 100% de los niños y niñas que se les aplicó el Test de Oseretzky obtuvieron una valoración No Satisfactoria en la Coordinación Estática; El 100% en la Velocidad, precisión, fuerza y equilibrio fue No Satisfactoria; el 93% en la Precisión de Movimientos, No Satisfactoria; el 7% Satisfactorio; el 92% en la Coordinación Dinámica fue No satisfactorio y el 8% Satisfactorio; el 92% en la Velocidad de Movimientos fue No Satisfactorio y el 8% Satisfactorio; el 92% en los Movimientos simultáneos No Satisfactorio y el 8% Satisfactorio. En los niños con parálisis cerebral suelen observarse diversos trastornos en su desarrollo psicomotor causados por el mal conocimiento que poseen de su cuerpo, su incorrecta utilización o su alterada percepción respecto al mismo.

SUMMARY

The present thesis makes reference to the ATTITUDE OF THE PARENTS OF FAMILY In front of THE PSYCHOMOTOR DEVELOPMENT OF THE CHILDREN AND GIRLS WITH CEREBRAL SPASTIC PARALYSIS, IN THE CENTER OF ATTENTION AND DEVELOPMENT OF CHILDREN AND SPECIAL GIRLS "CADE." YEAR LECTIVO 2012 – 2013. Elaborated according to the regulation of the National University of Loja.

A general objective was formulated that was: To make aware the parents of family of the importance that he/she has their attitude in front of the psychomotor development of the children and girls with cerebral spastic paralysis.

The methods used for the preparation of this research work were: Scientist, Analytical - Synthetic, Inductive - Deductive, Descriptive, Statistical Model, Techniques and Tools were: Survey applied to evaluate the different attitudes that parents have against its children. Motor Ability Test of Oseretzky, applied to assess psychomotor development with children's center "CADE".

According to the instruments applied to the educational ones they manifested that: 32% of the children is rejected by its parents, 26% says that it feels guilty, 21% manifests to be persevering, 16% informs that they feel shame, and alone 5% they manifested that they accept them with its deficiency. These attitudes present the family parents in front of the disabilities of their children fearing inspiring pity, fear to receive critical and it deceives of the other ones; shame of being exposed to the look of the society in general.

Regarding the Ability Test Oseretzky Powertrain: 100% of children who are Oseretzky apply the test were viewed Unsatisfactory Coordination in Static; 100% in the speed, accuracy, strength and balance was not satisfactory in 93% accuracy Movements, unsatisfactory, 7% satisfactory, 92% in the dynamic Coordination was not satisfactory and 8% satisfactory, 92% in the speed of movements was unsatisfactory and 8% satisfactory, 92% in the simultaneous movements unsatisfactory and 8% satisfactory. In children with cerebral palsy usually seen various psychomotor development disorders caused by poor knowledge they have of their body, incorrect use or altered perception of the same.

c. INTRODUCCIÓN

La presente tesis cuyo tema es, **ACTITUD DE LOS PADRES DE FAMILIA FRENTE AL DESARROLLO PSICOMOTOR DE LOS NIÑOS Y NIÑAS CON PARÁLISIS CEREBRAL ESPÁSTICA, EN EL CENTRO DE ATENCIÓN Y DESARROLLO DE NIÑOS Y NIÑAS ESPECIALES “CADE”. AÑO LECTIVO 2012 – 2013**, es de trascendental importancia ya que las actitudes que presentan los padres de familia puede afectar al desarrollo psicomotor de los niños y niñas con parálisis cerebral.

La Actitud de los Padres ante un hijo con discapacidad es fundamental a la hora de velar por el desarrollo de los procesos de rehabilitación, sin embargo para llegar a obtener una actitud adecuada que posibilite y potencialice su desarrollo en la medida de sus capacidades, es indispensable emprender un camino de asimilación para poder llegar a la aceptación de esta realidad que ante la cual es necesario no quedarse con los brazos cruzados por el contrario es imperiosa la necesidad de iniciar acciones concretas de ayuden en beneficio del niño.

Desarrollo Psicomotor, Es el proceso por el cual le permite al niño relacionarse, conocer y adaptarse al medio que lo rodea. Este incluye aspectos como el lenguaje expresivo y comprensivo coordinación visomotora, motricidad gruesa, equilibrio y el aspecto social-afectivo, que está relacionado con la autoestima. A través de la manipulación de objetos y el

dominio del espacio a través de la marcha, el niño va adquiriendo experiencias sensoriomotoras que le permitirán construir conceptos, que se traducirán a ideas y desarrollaran su propio pensamiento, su capacidad de razonar.

El objetivo específico que se planteó en la presente investigación es:

Determinar la incidencia que existe entre la actitud de los padres de familia y el desarrollo psicomotor de los niños y niñas con parálisis cerebral infantil.

Metodología utilizada para la elaboración del presente trabajo investigativo fueron: Científico, Analítico - Sintético, Inductivo – Deductivo, Descriptivo, Modelo Estadístico, las Técnicas e Instrumentos fueron: La Encuesta aplicada para evaluar las diferentes actitudes que presentan los padres de familia frente a sus hijos. Test de Habilidad Motriz de Oseretzky ficha aplicada para evaluar el desarrollo psicomotor que tienen los niños y niñas del centro "CADE".

El marco teórico se desarrolló en dos capítulos. Primer capítulo LAS ACTITUDES DE LOS PADRES contiene, Generalidades, Definición, Repercusiones en el Entorno Familiar, Relación entre las actitudes de la familia y el desarrollo psicomotor, Actitudes positivas frente a la discapacidad de un hijo, Actitudes negativas frente a la discapacidad de un hijo, Proceso de asimilación.

Segundo capítulo DESARROLLO PSICOMOTOR contiene, Generalidades, Definición, Desarrollo psicomotor y movimiento, Leyes que determinan el desarrollo psicomotor, Factores del desarrollo psicomotor, Evolución de las capacidades psicomotoras, Componentes del desarrollo psicomotor, Etapas del desarrollo psicomotor, Formas de evaluación psicomotor, Desarrollo psicomotor en niños con parálisis cerebral espástica, Parálisis cerebral espástica, Etapas del desarrollo psicomotor anormal.

d. REVISIÓN DE LITERATURA

CAPÍTULO I

LAS ACTITUDES DE LOS PADRES

CONCEPTUALIZACION

Romero, R. y Celli, A. (2004). Las actitudes de los padres ante un hijo con discapacidad es fundamental a la hora de velar por el desarrollo de los procesos de rehabilitación, sin embargo para llegar a obtener una actitud adecuada que posibilite y potencialice su desarrollo en la medida de sus capacidades, es indispensable emprender un camino de asimilación para poder llegar a la aceptación de esta realidad que ante la cual es necesario no quedarse con los brazos cruzados por el contrario es imperiosa la necesidad de iniciar acciones concretas de ayuden en beneficio del niño.

Los padres de los niños con discapacidad son personas a quienes les ha tocado asumir un rol nuevo, diferente a los demás, muy complejo, con enormes tareas para realizar y muchas emociones que controlar: el dolor, la frustración y la desesperación.

El tipo de vida que estos niños tendrán, dependerá en gran medida de la actitud de sus padres, de la sensibilidad de sus vecinos, amigos y de la sociedad en que vivan.

REPERCUSIONES EN EL ENTORNO FAMILIAR

Según (Gómez González y Alonso Torres, 1999). La madre y/o el padre suelen ser los primeros en detectar que hay una anomalía en el curso del desarrollo de su hijo/a, lo que les lleva a consultar al pediatra del niño/a. Se puede decir casi con seguridad que el momento más difícil para la familia abarca desde que surge la sospecha de que algo va mal hasta la comunicación del diagnóstico; nadie está preparado para tener un hijo/a con PC por lo que se sentirán desbordados por la información recibida y los sentimientos que ésta suscita.

El futuro del niño/a depende en gran medida de la forma en que la familia más cercana percibe y afronta la discapacidad. Los primeros momentos, tras la confirmación del diagnóstico, se viven con gran confusión de sentimientos, a veces contradictorios, que oscilan entre la esperanza de que haya un error hasta la desesperación.

La forma en que los profesionales la comunican tiene una influencia importante en las impresiones y reacciones iniciales. Hay padres que expresan quejas por la falta de sensibilidad, la insuficiencia de información o los diagnósticos contradictorios, circunstancias que aumentan los sentimientos de confusión, temor e incertidumbre.

Una vez asumida la Parálisis Cerebral, la familia entra en un proceso de normalización que varía de unos casos a otros. Tal proceso puede desembocar en la aceptación de la discapacidad, la resignación o el rechazo.

RELACIÓN ENTRE LAS ACTITUDES DE LA FAMILIA Y EL DESARROLLO PSICOMOTOR

Hovland y Rosenberg (1960), Las actitudes que adoptan los padres ante la experiencia de tener un hijo/a con PC dependen de múltiples factores personales y sociales, concibe la actitud como la congruencia entre el afecto y las creencias ante un objeto u evento, originando la formación estable de actitudes que se manifiestan en conductas y afirmaciones verbales congruentes con relación al estímulo presentado. Esta manifestación permite medir la actitud social de un sujeto ante una determinada situación.

La congruencia entre las creencias y el afecto predice una conducta más estable que, a su vez, favorece el desarrollo integral en el niño/a con Parálisis Cerebral, es decir, las actitudes positivas hacia el niño/a y su futuro mejora su evolución.

Por el contrario, este desarrollo del niño/a puede verse entorpecido por las actitudes proteccionistas de las familias y de las propias instituciones.

ACTITUDES POSITIVAS FRENTE A LA DISCAPACIDAD DE UN HIJO

El hecho de que los padres lleguen a adoptar actitudes positivas frente a la discapacidad de un hijo es señal evidente de que hubo un doloroso pero atenuante proceso de asimilación y como resultado la aceptación y confrontación de la realidad a la cual se deben enfrentar conjuntamente con su retoño lo cual favorecerá a un proceso adecuado y eficaz para la rehabilitación.

Actitud de aceptación

Está determinada por la gravedad del problema entre más grave, más difícil es la aceptación, en vista que los padres deben enfrentarse a una sociedad que difícilmente acepta las diferencias.

Actitud de colaboración

Esta actitud es muy importante ya que cuando entre los padres de un niño con impedimentos existe el compromiso mutuo aportan para que el niño desarrolle sus capacidades, cuales quiera que estas puedan ser, esto le da más poder y fortaleza al niño.

Actitud constructivista

Se debe llegar a que tanto la madre y el padre deben involucrarse activamente en todos los procesos educativos de su hijo, y aunque en

principio no están seguros de cómo hacerlo, o por dónde empezar, lo importante es el interés y la iniciativa de ir construyendo el desarrollo y rehabilitación del niño, y al procurar asesoramiento profesional podrá tomar parte de esta tarea, ya que los padres son los primeros maestros que tienen sus hijos y sentirse como tal les permite superarse y adoptar una actitud más constructivista.

Actitud de confianza

Brindar al niño la oportunidad de asumir mayores grados de responsabilidad e independencia va a desarrollar la confianza en sí mismo.

Actitud de esperanza

Acudir a la intervención temprana y oportuna, es sinónimo de que los padres abrigan la esperanza de que a futuro podrán ver los resultados de la rehabilitación y aunque su esfuerzo y agotamiento tanto físico, como psicológico sea en ocasiones debilitadora al final habrá valido la pena.

Actitud de perseverancia

Emprender el largo, arduo pero finalmente satisfactorio y gratificante camino de la intervención rehabilitadora, requiere de una actitud constante que sobrepasa el cansancio que humanamente pueda agobiar a los padres hasta

el punto de llegar a pensar en abandonar las terapias y estacar el proceso y avance que se ve de manera paulatina pero que requiere de la fortaleza perseverancia de los padres para dar continuidad a proceso que ya se ha iniciado.

Actitud paciente

Asumir el gran desafío que la vida les presenta requiere de verdadera paciencia para tratar al niño de manera digna de tal modo que no se infunda en el niño la sensación de ser un “estorbo” dentro del ambiente familiar, es necesario que la sutileza, amor y respeto en el trato sea una constante por parte no solo de los padres sino de todos los que conviven con el niño.

Actitud de respeto

El mismo que no debe confundirse con compasión o lástima, otorgar al niño un lugar privilegiado dentro de la familia es esencial que un sano desarrollo en todos los ámbitos y es importante hacer valer sus pensamientos, son muchas las relaciones que pueden caer y no funcionar, con los hijos.

ACTITUDES NEGATIVAS FRENTE A LA DISCAPACIDAD DE UN HIJO

Actitud de Rechazo

No le hace un lugar al niño discapacitado que es segregado, delegado al cuidado de otros (familiares, amigos, conocidos, institución, etc.).

Aislamiento y soledad en relación con el afuera por: temor a inspirar lástima, rechazo; miedo a recibir críticas y burla de los demás; vergüenza de exponerse a la mirada de los otros. Renuncia a relaciones sociales que tenían previamente.

Actitud de Enojo.

La negación rápidamente se fusiona con el enojo, el cual puede ser dirigido hacia el personal médico involucrado en proporcionar la información acerca del problema del niño. El enojo puede además afectar la comunicación entre esposos o con los abuelos u otros seres queridos de la familia.

Actitud Culpable

Los padres creen que tienen la culpa, alto nivel de recriminaciones, reproches (manifiestos o encubiertos) y proyecciones sobre él, otro de sentimientos propios de culpabilidad y fracaso. Algunas se sienten directamente responsables se culpan a sí mismos por algo que hicieron o dejaron de hacer y esto les eleva su nivel de ansiedad y frustración.

Actitud Quenmiportista

Falta de colaboración familiar en los tratamientos específicos; abandono y relegan del niño en una institución especializada; falta de atención o gran sobre exigencia sobre el niño.

Actitud Agresiva

En algunos casos sucede que la no aceptación desencadena maltratos, rechazo, marginación y no aportan para que se dé un sano desarrollo, negándole al niño con discapacidad un ambiente adecuado en el que prime el amor e interés por su calidad de vida.

Actitud Permisiva

Un grave error por parte de los padres y debido a la falta de conocimiento es el dejar al niño hacer lo que se le antoje excusándose en su condición y no fomentan en él actitudes de responsabilidad, respeto, cooperación en actividades adecuadas a él.

Actitud autoritaria

Otro error de gran magnitud y consecuencias negativas es el hecho de exigir al hijo con discapacidad más allá de sus potencialidades, descargando sobre él la frustración de haber deseado un niño sano que llene las expectativas de sus padres, y de esta actitud crea en él una sensación de impotencia, rechazo a sí mismo lo cual desemboca en la falta de deseos de superación de aquello que puede y es capaz de hacerlo.

Actitud sobreprotectora

El creer que el niño con deficiencia no es capaz de valerse por sí mismo conlleva a que los padres no dejen que este se desenvuelva de manera acorde

con sus capacidades ya que de una u otra manera buscan a toda costa cumplir con las demandas del hijo, y lo inutilizan y reducen las posibilidades que se le puede brindar en un centro especializado para dar tratamiento a estas personas.

Actitud conformista

El hecho de aceptar la discapacidad de un hijo no debe confundirse con una actitud pasiva y conformista de privar a niño de ayuda profesional y dejarlo en casa bajo el cuidado de personas que no le brindan la posibilidad de rehabilitación.

PROCESO DE ASIMILACIÓN

Negación: Se conservan la esperanza de que pueda existir algún error en el diagnóstico. Es una defensa temporal que puede ser reemplazada por una aceptación parcial.

Agresión: Los padres pueden agredirse mutuamente, o bien, alguno de ellos puede culpar al otro por la problemática del niño. Es posible que

también rechacen al hijo con alguna carga agresiva hacia este. Generalmente, el enojo es desplazado hacia el médico, la religión o la vida.

Quizás éste sentimiento provenga, en gran parte, de la impotencia y frustración que sienten los padres.

Negociación: Aun no se acepta completamente el problema del niño, sin embargo, los padres se muestran abiertos al diálogo y a la negociación con el médico y con el niño.

Depresión: Cuando los padres reflexionan la situación del niño dentro del contexto familiar y social, aparecen conductas de agotamiento físico y mental, falta de apetito, apatía, aumento en las horas de sueño, en general, manifestaciones clínicas de la depresión.

Aceptación: Puede ser parcial o total y puede durar mucho tiempo o, si se presentan épocas de crisis, alguna de las fases anteriores puede volver a aparecer. Una discapacidad no es algo agradable y no hay motivos para creer lo contrario. En la mayoría de los casos causara dolor, incomodidad, vergüenza, lágrimas, confusión y un gran gasto de tiempo y de dinero. Sin embargo, a cada instante, no solo nace una persona con discapacidad sino que también la sociedad la convierte en tal.

CAPITULO II

DESARROLLO PSICOMOTOR

CONCEPTUALIZACION

Se conoce como desarrollo psicomotor a la madurez psicológica y muscular que tiene un niño. Los aspectos psicológicos y musculares son las variables que constituyen la conducta o la actitud. Al contrario del intelectual que está dado por la maduración de la memoria, el razonamiento y el proceso global del pensamiento.

DESARROLLO PSICOMOTOR Y MOVIMIENTO

El movimiento humano no es solo el resultado de la contracción de algún músculo, sino que es un acto voluntario orientado a un fin determinado, con un objetivo, algo planificado e intencionado.

Este objetivo está situado en el medio que nos rodea, así que la motivación del movimiento dependerá de los estímulos que nos proporcione el entorno.

Nos movemos porque queremos conseguir algo que nos interesa de nuestro alrededor, persona u objeto. Lo queremos y ponemos en marcha los mecanismos necesarios para llegar hasta él.

LEYES QUE DETERMINAN EL DESARROLLO PSICOMOTOR

Según Ramona Rubio (1992) y otros autores, el desarrollo psicomotor evoluciona con base a cuatro leyes básicas:

Ley del desarrollo céfalo-caudal: esto quiere decir que primero maduran los músculos más cercanos a la cabeza para posteriormente desarrollarse la parte más alejada de ésta.

Ley del desarrollo próximo-distal: esta Ley nos dice que tanto en los miembros superiores como inferiores, primero se desarrollan los músculos más próximos al tronco, y posteriormente los que se encuentran en posiciones más lejanas.

Ley de actividades en masa a las específicas: este es el ordenamiento en utilizar primero los músculos grandes para luego usar los más pequeños, por ejemplo, del brazo a la pinza.

Ley del desarrollo de flexores- extensores: prioridad de los movimientos de los músculos flexores antes que de los extensores.

FACTORES DEL DESARROLLO PSICOMOTOR

Encontramos dos componentes a considerar:

- Un componente físico-madurativo: marcado por un calendario biológico.
- Un componente cognitivo – relacional: susceptible de estimulación y aprendizaje.

EVOLUCIÓN DE LAS CAPACIDADES PSICOMOTORAS.

La evolución de las capacidades motoras va a depender del desarrollo tónico -postural y del equilibrio.

El Tono Muscular

Se puede definir como la tensión a la que se halla sometido el músculo. Esta tensión puede ir desde una contracción fuerte (hipertonía) o contracción suave (hipotonía).

El Control Postural

Permitirá que el cuerpo adopte una postura determinada, mantenga un gesto y realice todo tipo de movimientos.

El Equilibrio

Supone la capacidad de conservar una posición – equilibrio - estático o para asegurar el control durante el desplazamiento – equilibrio - dinámico.

COMPONENTES DEL DESARROLLO PSICOMOTOR

El desarrollo psicomotor tiene dos tipos de componentes:

Componentes de acción

Son aquellas capacidades encaminadas a procurar la estabilidad del cuerpo, los desplazamientos y la manipulación de los objetos, que se expresan por medio de tres categorías de movimientos:

Evolución de la estabilización.

Hace referencia al control del cuerpo relativo a la gravedad.

Experimenta estos avances:

De los 0 – 3 meses la motricidad del bebé es incipiente y está basada en los reflejos, los llamados reflejos primarios desaparecen durante el primer año.

Algunos de estos reflejos son:

- ✓ El reflejo de succión
- ✓ El reflejo de grasping o prensión
- ✓ El reflejo de moro
- ✓ El reflejo de marcha automática

- ✓ Reflejo de enderezamiento estático
- ✓ Reflejo de los puntos cardinales
- ✓ Reflejo de dilatación pupilar
- ✓ Reflejo de Babinski

Sustentación de la cabeza: el control de la cabeza se adquiere hacia los 2'5-3 meses.

Posición sentada: hacia los 4 - 5 meses la parte superior de la espalda se yergue, lo que permite poder sentar al niño/a, pero si está muy sujeto y apoyado.

Rotación ventral: Hacia el sexto mes si el bebé está colocado boca arriba, se gira para colocarse boca abajo, y viceversa.

Posición de pie: a los 9 meses puede sostenerse en pie ayudándose con las dos manos. A los 10 - 12 meses endereza el tronco y se mantiene de pie sin ayuda.

Hacia el año el logro de los primeros pasos y más tarde, hacia los 18 meses el desarrollo del equilibrio estático y dinámico posibilitará al niño/a subir escaleras y realizar pequeños saltos.

A los 2 años el control tónico - postural y del equilibrio se ha desarrollado por completo.

Evolución De La Locomoción.

Los movimientos de locomoción son aquellos que dan lugar a un cambio en la localización relativa del cuerpo respecto a un punto fijo, por lo que se trata de movimientos que producen desplazamiento en el espacio, como andar, correr y saltar. Aunque el orden evolutivo siga la secuencia de reptar-desplazarse a gatas-andar con ayuda-andar sin ayuda, se pueden producir algunas alteraciones de esta secuencia.

Evolución de la Manipulación.

Las actividades básicas que permiten la manipulación son:

La prensión: evoluciona a partir de la atención visual del niño/a y de actividades de puntería hasta conseguir el agarre voluntario sobre los 5 a 6 meses, para pasar a la pinza inferior y a soltar voluntariamente los objetos sobre los 8 meses y finalmente a la pinza superior sobre los 9 - 0 meses.

El lanzamiento: requiere coordinación visomotora y la fuerza de los grupos de músculos implicados. A través de la práctica y repetición del ejercicio se conseguirá la puntería.

La recepción: se trata de una coordinación visomotora compleja en la que interviene el seguimiento visual del objeto y la intervención de las manos-brazos o pie-piernas para recibir y controlar el objeto.

Las Praxias

Son movimientos coordinados cuyo objetivo es la ejecución del acto motor voluntario.

Componentes de base:

Los componentes del sistema psicomotor humano que forman la base de los movimientos de estabilización, locomoción y manipulación, y por consiguiente, de las praxias, se desarrollan en cada persona siguiendo una progresión que va desde los más primitivos (tono y equilibrio) hasta los más elaborados (lateralidad, estructuración espacio-temporal y esquema corporal).

ETAPAS DEL DESARROLLO PSICOMOTOR DE UN NIÑO NORMAL

Desde que el niño nace y durante la primera infancia, hasta los 5 ó 6 años, la conducta motriz permite al infante con el mundo, le ayuda asimilarlo, le facilita acomodarse a él y nos da muestras muy concretas de la evolución de su proceso madurativo. El discurrir psicomotor del niño lo podemos subdividir en dos grandes etapas: la prenatal y la postnatal.

Etapas Prenatales:

El ser humano se halla en un medio acuático y mantiene una vida parásita. Las grandes transformaciones tienen lugar en este período, ya que se da un gran cambio al desarrollarse.

Lactancia, de 0 a 12 años:

Los tres primeros meses, son el momento de más pasividad, en estos primeros meses no hay control de la cabeza, tumbado boca abajo sólo la levanta para cambiarla de lado. Gracias al reflejo de presión palmar, coge fuertemente cualquier objeto, que se le da en las manos y su postura casi siempre es en flexión.

En el segundo trimestre, consigue el control cefálico cuando le sentamos, el reflejo de presión va desapareciendo dando lugar a la prensión voluntaria encontrándose las manos más abiertas. Las posiciones más utilizadas por él serán tumbado y sentado en una hamaca, pero necesita ayuda.

Desde los 6 a los 9 meses es la posibilidad de conseguir la posición de sentado /a sin apoyo y con equilibrio, posee un tono muscular normal; tumbado boca arriba es capaz de girar sobre sí mismo quedando boca abajo para poder pasar a la posición de cuatro patas; todavía no gatean, pero sí muchos se arrastran.

Su esquema corporal está ya desarrollado, tiene una buena coordinación ojo-mano, le permite coger con intencionalidad, perfecciona la pinza pulgar-índice con el hecho de coger objetos pequeños.

Etapas de los 12 a los 14 meses:

El cuerpo es el punto de referencia para asimilar el mundo que le rodea. Hace suyos todos los objetos a su alcance, los inspecciona y chupa introduciéndose éstos en la boca. Disfruta manipulando y esta acción constituye una actividad en sí misma. Sus manos son más hábiles, tiene buen manejo de sus dedos al igual que una buena coordinación óculo-manual.

Comienza el aprendizaje de las destrezas psicomotrices consiguiendo la bipedestación, posición. Al finalizar esta etapa comenzará el control de esfínteres.

Primera Infancia, de 2 a 4 años:

Comienza el control de las posturas tumbado, de pie, sentado y a gatas es apropiado, empieza a conseguir habilidad estando en cuclillas y no pierde el equilibrio durante la marcha.

Sube y baja escaleras alternando los dos pies, trepa a sillas y butacas, anda de puntillas y coordina movimientos adecuados para andar en triciclo. Salta

con los dos pies y cerca de los tres años puede hacerlo con uno sólo mostrando buen equilibrio.

Segunda Infancia, de 4 a 6 años:

El crecimiento será casi constante hasta los siete años, la estructura ósea seguirá madurando, por lo cual habrá que atender de manera importante la nutrición, influirá en el crecimiento óseo, grosor, forma y número de huesos del cuerpo, además del desarrollo dental.

La característica a resaltar es el aumento de las habilidades en la ejecución de todas las destrezas psicomotrices. El sentido del equilibrio bien desarrollado le permite sentirse más confiado de sus posibilidades motrices.

Niñez, de los 6 a los 12 años:

En esta etapa el niño forma parte de la comunidad escolar, ya ha ingresado en la escuela. Posee un cierto autocontrol que irá desarrollando y una mayor sensibilidad para aplicarlo en sus relaciones sociales. Está transformándose para vivir en un grupo fuera del ámbito familiar y se enfrenta con tareas físicas cada vez más complejas.

Es muy importante realizar un cuidadoso examen de todo el organismo del niño para conocer su agudeza visual y auditiva, así como su constitución

ósea, muscular, articular, conocer si es diestro o zurdo y sus hábitos de limpieza y cuidado e higiene personal.

FORMAS DE EVALUACION DEL DESARROLLO PSICOMOTOR

De acuerdo a los autores Picq y Vayer (1960). Los contenidos esenciales de la evaluación e intervención psicomotora en términos de Funciones Básicas del Desarrollo y que fundamentalmente son: La sensorialidad; la Motricidad gruesa, en la que están comprometidos los movimientos amplios que involucran a la mayor parte del cuerpo, como son las pautas evolutivas postulares; la Motricidad fina, que implica movimientos de coordinación visomotriz como la prensión en pinza entre el índice y el pulgar y la Coordinación y Configuración del Esquema Corporal.

La evaluación requiere de dos acciones consecutivas: la medición y la valoración. Medimos para obtener datos, datos acerca de lo que el niño o la niña es capaz de hacer tanto por sí mismo, como con ayuda del adulto.

DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS CON PARÁLISIS CEREBRAL

En el desarrollo normal, etapa tras etapa, los logros iniciales se modifican, se perfeccionan y se adaptan para integrarse en patrones de movilidad y destreza más finas y selectivas.

El niño con Parálisis Cerebral también se desarrolla, pero con mayor lentitud. Su desarrollo no solo se retarda, sino que sigue cauces anormales. Todos los niños con Parálisis Cerebral cumplen sus etapas más tarde de lo normal, no importa su inteligencia y su grado de desenvolvimiento.

A medida que el niño con PC se torna más activo, van instalándose posturas y movimientos anormales. Estos cambios operan de acuerdo con líneas previsibles, pero difieren entre los diversos tipos de PC. En la mayoría de los casos la espasticidad se instala poco a poco a medida que el niño madura y empieza a reaccionar frente a su desarrollo.

PARÁLISIS CEREBRAL ESPÁSTICA

Generalidades

La parálisis cerebral espástica es el tipo más común, entre el 70 y 80 por ciento de todos los casos de parálisis cerebral. Este tipo de parálisis cerebral ocurre cuando el daño afecta a la corteza cerebral, o capa externa del cerebro, ya sea al nacer o a una edad muy temprana.

Este tipo de parálisis cerebral, que se refiere a tono muscular incrementado, mantiene los músculos en un estado constante de tensión. Normalmente, los músculos trabajan en pares, con un grupo que se contrae y el otro que se relaja.

Los efectos de la parálisis cerebral espástica en el movimiento y nivel general de habilidad dependen de la severidad de la condición y los músculos afectados. La parálisis cerebral espástica leve puede únicamente impedir la habilidad de completar tareas específicas, mientras que la forma más severa de parálisis cerebral espástica puede afectar significativamente la habilidad de un paciente de completar cualquier tarea.

ETAPAS DEL DESARROLLO PSICOMOTOR ANORMAL

PRIMERA ETAPA

Decúbito Supino

Movimientos débiles de piernas en semiflexión, una pierna más abducida y flexionada. Poco a poco la extensión de extremidades inferiores se manifiesta con aducción combinada.

Giro

Giro iniciado con la cabeza y ayudado por brazos. No existe rotación de cintura pélvica en relación a cintura escapular. Más rigidez de extremidades inferiores, se producen reacciones asociadas con consiguiente aumento de espasticidad de extensores y aductores.

Tracción a sedente

Las extremidades inferiores se extienden, aducen y rotan internamente. Los tobillos realizan supinación y plantiflexión. El control de cabeza suele ser bueno y los niños a veces colaboran para sentarse.

Sedente

No hay control de tronco. Extremidades inferiores en aducción, tobillos en plantiflexión. Base de sustentación angosta, por lo que aumenta la cifosis para compensar flexión insuficiente de caderas, junto con flexión de cabeza y cuello.

Se sienta sobre sacro y lleva el cuerpo hacia delante flexionando demasiado la columna. Tendencia a caer hacia atrás cuando miran hacia arriba. Tardío uso de manos y brazos para sostenerse.

SEGUNDA ETAPA

Arrodillarse, Gatear y Bipedestar

Se incorpora sobre rodillas. Las extremidades inferiores permanecen pasivas en aducción. Posición que da seguridad. Postura de pies asimétrica: dorsiflexión y pronación de un pie y plantiflexión y supinación del otro.

Bipedestación

No pueden realizar carga de peso sobre una rodilla para liberar la otra y así ponerse de pie.

Tracciona con los brazos para levantarse directamente en puntillas. A veces logra apoyar un talón en el suelo con rotación posterior de pelvis y flexión de caderas de ese lado. El otro pie permanece en equino con rotación interna y sin recibir carga de peso.

e. MATERIALES Y MÉTODOS

MÉTODOS:

CIENTÍFICO.– El método científico es el conjunto de pasos fijados de antemano por una disciplina con el fin de alcanzar conocimientos válidos mediante instrumentos confiables. Este método permitió avanzar en orden y en forma sistemática el estudio, aplicando con objetividad los instrumentos investigativos, sin perder de vista los objetivos planteados. Sirvió para identificar particularidades de la problemática siendo el más general en la relación teórica.

ANALÍTICO- SINTÉTICO.– Este método analítico implica el análisis que significa descomposición, esto es la separación de un todo en sus partes o en sus elementos constitutivos y el método sintético implica la síntesis esto es, unión de elementos para formar un todo. En la presente investigación fue aplicado en la recolección de la información, permitió el desglose del marco teórico y la simplificación de lo investigado, ayudo a profundizar en el problema, además sirvió para llegar a las conclusiones y recomendaciones y luego sintetizar o realizar la redacción del informe final de investigación.

INDUCTIVO – DEDUCTIVO.–El método inductivo es un modo de razonar que nos lleva de lo particular a lo general, de una parte a un todo, mientras

que el método deductivo parte de lo complejo a lo simple. Sirvió para el estudio y análisis de los hechos particulares y deducir criterios, así mismo para tener un referente sobre la problemática general del tema, planteamiento de soluciones, es decir para garantizar aquellos conocimientos.

DESCRIPTIVO: Es la adquisición de datos objetivos, precisos y sistemáticos que pueden usarse en promedios, frecuencias y cálculos estadísticos similares. Se lo utilizo para puntualizar las Actitudes de los Padres de Familia y caracterizar la incidencia en el Desarrollo Psicomotor de los niños. Además guio la identificación de fenómenos que se susciten en la realidad del hecho investigado, la descripción actual del problema en una forma clara y específica.

MODELO ESTADÍSTICO.- Consiste en una serie de procedimientos y conjunto de valores ordenados para el manejo de los datos cualitativos y cuantitativos de la investigación. Posibilito la exposición de resultados. Permitted emplear la estadística descriptiva con la tabulación de los resultados de la encuesta dirigida a los docentes y un test de Funciones Básicas "Reaa" a los niños y niñas investigados, los mismo que representan en tablas y gráficos estadísticos, con el fin de presentar datos ordenados y facilitar su lectura y análisis.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

ENCUESTA Se aplicó a los docentes para determinar las actitudes de los padres de familia del Centro CADE frente a sus hijos.

TEST DE HABILIDAD MOTRIZ DE OSERETZKY Se aplicó a los niños y niñas del Centro CADE para establecer el nivel del desarrollo psicomotor.

POBLACIÓN

La población con la que se realizara el presente trabajo de investigación está constituida por los niños y niñas con parálisis cerebral espástica del Centro CADE y los docentes.

CENTRO "CADE"			
NIÑOS	NIÑAS	DOCENTES	TOTAL
11	14	12	37

Fuente: Registro de matrícula Centro "CADE"
Realizada: Nuvia Tituana

f. RESULTADOS

DE LA ENCUESTA APLICADA A LOS DOCENTES DEL CENTRO CADE PARA DETERMINAR LAS ACTITUDES DE LOS PADRES DE FAMILIA FRENTE AL DESARROLLO PSICOMOTOR

1. Del siguiente listado, marque las condiciones en las que han llegado los niños con esta deficiencia a este centro.

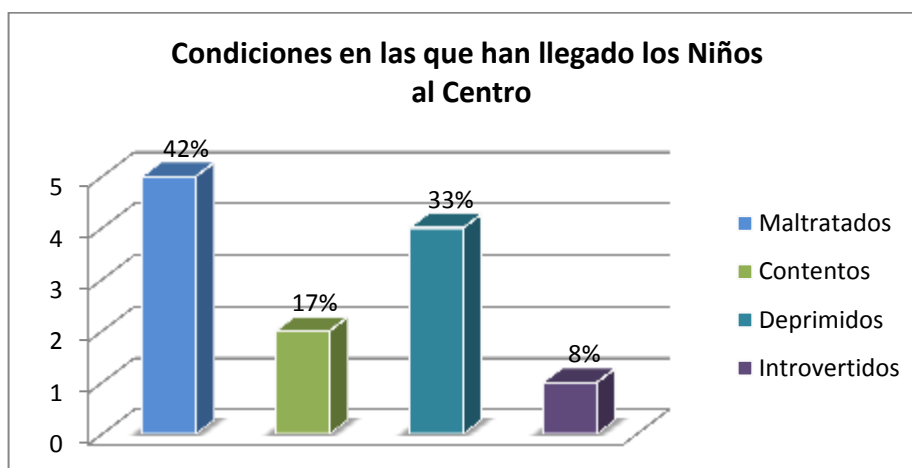
CUADRO N° 1

ALTERNATIVAS	f	%
Maltratados	5	42%
Contentos	2	25%
Deprimidos	4	33%
Introvertidos	1	8%
Total	12	100%

Fuente: Encuesta aplicado a los docentes del centro "CADE"

Elaborado: Nuvia Tituana

GRÁFICO N° 1



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El 42% de los docentes encuestados manifiestan que los niños llegan maltratados, el 33% llegan deprimidos, el 25% contentos y el 8% tienen una actitud introvertida.

Un factor importante que contribuye al maltrato de los niños es el planteo de expectativas no realistas e inadecuadas respecto al desarrollo del niño, en muchos casos suponen que será posible la superación de tales incapacidades con el tiempo y les cuesta asumir sus limitaciones.

Contentos: Cuando los padres ya han asumido y aceptado a sus hijos con su discapacidad, les muestran su afecto y apoyo ellos se muestran felices y su recuperación es más notoria.

Deprimidos: Los niños muchas veces presentan una conducta inadecuada tratando de llamar la atención de los docentes y padres de familia.

Introvertidos: Son niños tímidos que no les gusta relacionarse con sus demás compañeros de clase.

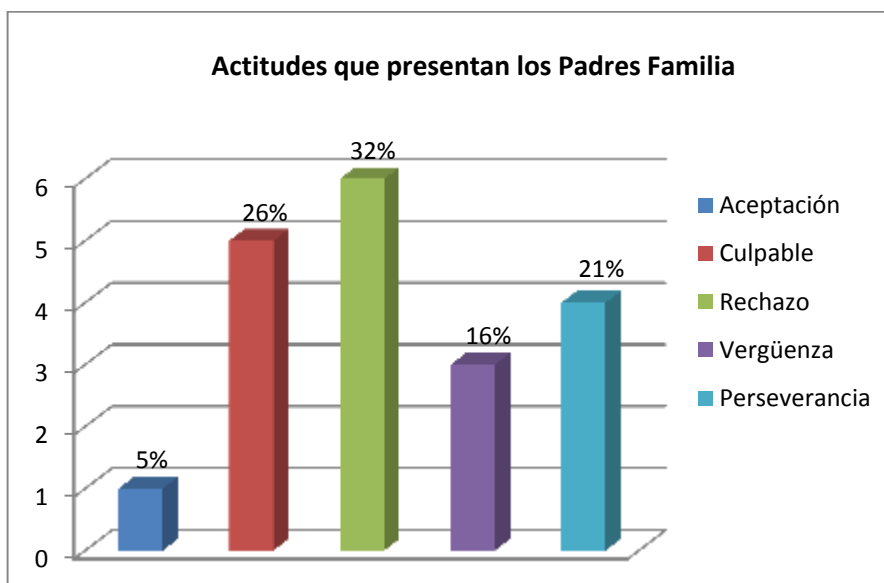
2. ¿Qué actitudes ha notado comúnmente que presentan los padres de familia frente a la deficiencia de los niños?

CUADRO N° 2

ALTERNATIVAS	f	%
Aceptación	1	8%
Culpable	5	17%
Rechazo	6	33%
Vergüenza	4	17%
Perseverancia	3	17%

Fuente: Encuesta aplicado a los docentes del centro "CADE"
Elaborado: Nuvia Tituana

GRAFICO N° 2



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El 32% de los docentes encuestados manifiestan que los niños son rechazados, el 26% dicen que son culpables, el 21% manifiestan ser

perseverantes, el 16% informan que sienten vergüenza, el 5% manifiestan que los aceptan.

Rechazo:Aislamiento de los niños por temor a inspirar lástima, rechazo; miedo a recibir críticas y burla de los demás; vergüenza de exponerse a la mirada de los otros. Renuncia a relaciones sociales que tenían previamente.

Culpable:Los padres creen que tienen la culpa,alto nivel de recriminaciones, reproches. Algunas se sienten directamente responsables se culpan a sí mismos por algo que hicieron o dejaron de hacer y esto les eleva su nivel de ansiedad y frustración.

Perseverancia: se requiere de una actitud constante que sobrepasa el cansancio que humanamente pueda agobiar a los padres hasta el punto de llegar a pensar en abandonar las terapias y estacar el proceso que se ve de manera paulatina por lo requiere de la fortaleza perseverancia de los padres para dar continuidad al proceso que ya se ha iniciado.

Vergüenza:Existen padres de familia que sienten vergüenza de mostrar sus hijos ante la sociedad, por miedo a que los rechacen los aislen y sean objeto de burla.

Aceptación:Esta actitud está determinada por la gravedad del problema entre más grave, más difícil es la aceptación, en vista que los padres deben enfrentarse a una sociedad que difícilmente acepta las diferencias.

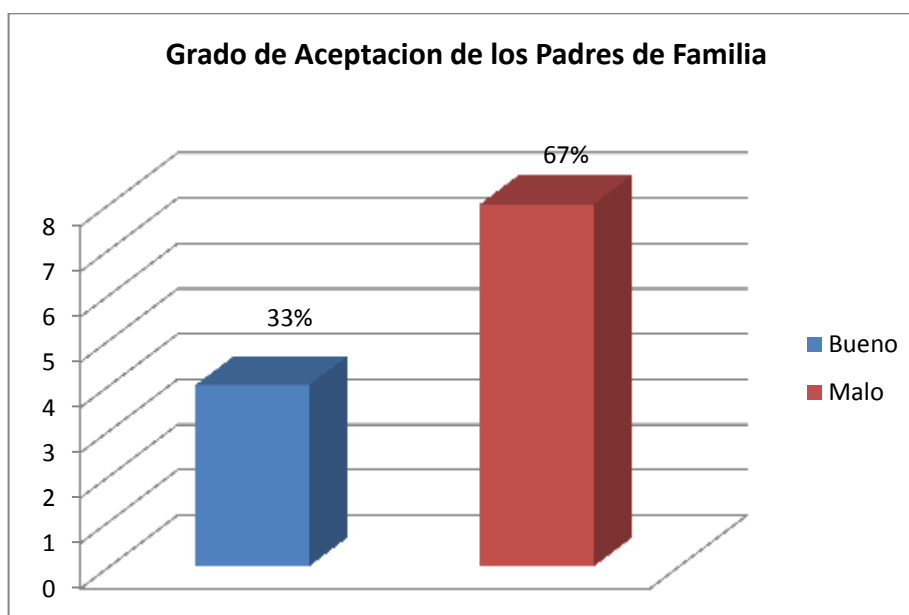
3. ¿Cuál cree usted que es el grado de aceptación de los padres de familia en cuanto a la discapacidad de sus hijos?

CUADRO N° 3

ALTERNATIVAS	f	%
Bueno	4	33%
Malo	8	67%
TOTAL	12	100%

Fuente: Encuesta aplicado a los docentes del centro "CADE"
Elaborado: Nuvia Tituana

GRAFICO N° 3



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El 67% de los docentes encuestados informan que el grado de aceptación es malo, el 33% dicen que es bueno.

El Grado de Aceptación de los padres de familia es malo ya que esta actitud está determinada por la gravedad del problema entre más grave, más difícil la aceptación, en vista que los padres deben enfrentarse a una sociedad que difícilmente acepta las diferencias.

En ciertas ocasiones los padres de familia muestran una buena aceptación pero esto no quiere decir que se olvide de la angustia, desesperación y otras emociones, debido a que no estaban preparados para asumir un nuevo rol, diferente a los demás, muy complejos y con enormes emociones que controlar.

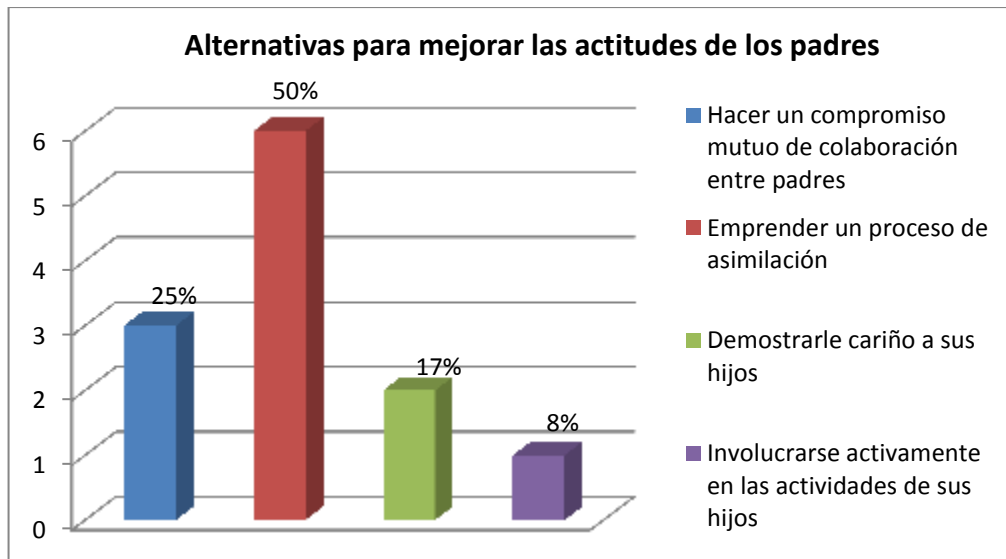
4. Como profesional, ¿Qué alternativas le daría usted a los padres de familia para mejorar sus actitudes frente a sus hijos?

CUADRO N° 4

ALTERNATIVAS	f	%
Hacer un compromiso mutuo de colaboración entre padres	3	25%
Emprender un proceso de asimilación	6	50%
Demostrarle cariño a sus hijos	2	17%
Involucrarse activamente en las actividades de sus hijos	1	8%
TOTAL	12	100%

Fuente: Encuesta aplicado a los docentes del centro "CADE"
Elaborado: Nuvia Tituana

GRAFICO N° 4



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El 50% de los docentes manifestaron que los padres deben emprender un proceso de asimilación, el 25% dicen que deben hacer un compromiso mutuo de colaboración entre padres, el 17% manifestó que los padres deben demostrarles cariño a sus hijos y el 8% involucrarse activamente en las actividades de sus hijos.

Para llegar a obtener una actitud adecuada que posibilite y potencialice su desarrollo en la medida de sus capacidades, es indispensable que los padres emprendan un proceso de asimilación para poder llegar a la aceptación de la realidad en la que están viviendo.

La colaboración entre padres cuando hay un niño con impedimentos es muy importante ya que aportan para que el niño desarrolle sus capacidades, esto le dará más poder y fortaleza.

Brindarles cariño a sus hijos: Los padres deben ser más afectuosos y equitativos con sus hijos ya que por el hecho de que tengan esta deficiencia no significan que ellos no se den cuenta que son menospreciados, se sienten aislados, y es aquí donde los padres deben darles más interés cariño.

Los padres deben involucrarse en las actividades que sus hijos desarrollan, ya que esto es de vital importancia para los docentes que trabajan con los niños, debido a que pueden contribuir con información acerca de la rutina, desarrollo, debilidades, etc. Los padres y maestros que trabajan conjuntamente asumen una actitud más comprensiva y humana.

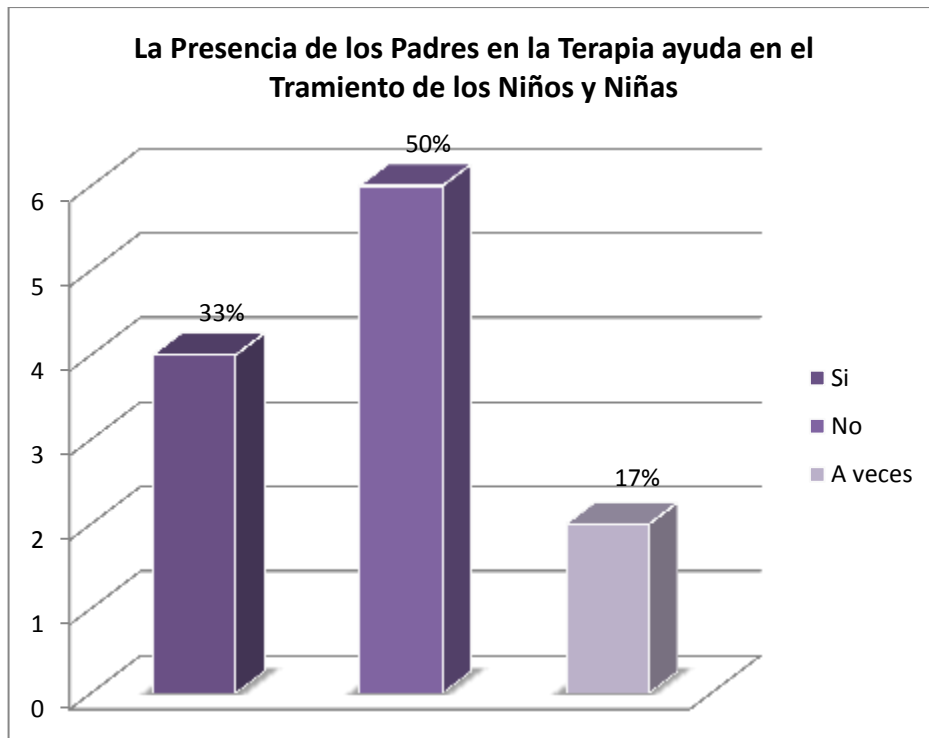
5. ¿Cree usted que la presencia de los padres de familia durante el tiempo de la terapia ayuda en el tratamiento de los niños y niñas?

CUADRO N° 5

ALTERNATIVAS	f	%
Si	4	33%
No	6	50%
A veces	2	17%
Total	12	100%

Fuente: Encuesta aplicado a los docentes del centro "CADE"
Elaborado: Nuvia Tituana

GRAFICO N° 5



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El 50% de los docentes encuestados responden que no colaboran, el 33% dice que sí y el 17% manifiestan que a veces.

Presencia de los padres durante la terapia ayuda en el tratamiento de los niños y niñas, la mayoría de los niños no colaboran con el terapeuta o docente durante la terapia ya que la presencia de sus padres no les permite desenvolverse por sí mismos, es por esto que en ciertos casos el terapeuta no puede realizar con éxito su trabajo, debido a este problema durante la terapia, el terapeuta pide a los padres de familia que se retiren.

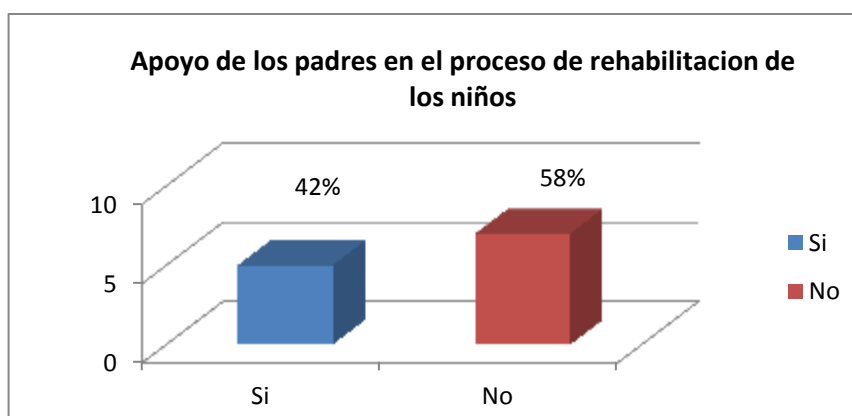
6. Existe apoyo de los padres de familia en el proceso de rehabilitación de los niños y niñas que asisten permanentemente al Centro?

CUADRO N° 6

ALTERNATIVAS	f	%
Si	5	42%
No	7	58%
Total	12	100%

Fuente: Encuesta aplicado a los docentes del centro "CADE"
Elaborado: Nuvia Tituana

GRAFICO N° 6



ANÁLISIS E INTERPRETACION

El 58% de los docentes manifiestan que no existe apoyo de los padres de familia mientras que el 42% de los padres si apoyan en el proceso de rehabilitación de sus niños.

El apoyo de los padres de familia en el proceso de rehabilitación de los niños y niñas, Los niños deben acudir permanentemente a sus terapias

debido a que su inasistencia disminuye los avances antes logrados. Los padres deben buscar la mejor manera para apoyarlos y no hacer faltar a sus hijos al centro de rehabilitación, y si por alguna razón llegara a pasar esto ellos son los únicos responsables de reforzar los ejercicios en casa.

RESULTADOS DEL TEST DE OSERETZKY APLICADO A LOS NIÑOS Y NIÑAS DEL CENTRO “CADE”.

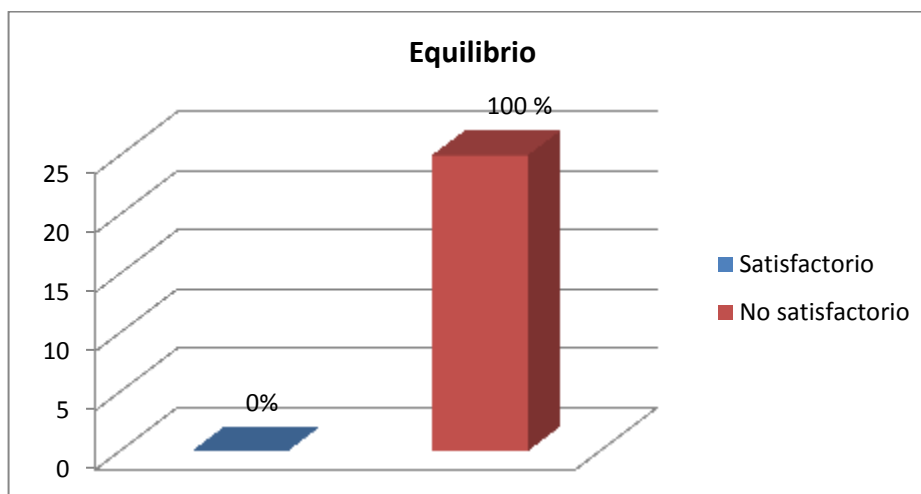
PRUEBA N° 1

CUADRO N° 7

INDICADORES	f	%
Satisfactorio	0	0%
No satisfactorio	25	100%
TOTAL	25	100%

Fuente: Encuesta aplicado a los docentes del centro “CADE”
Elaborado: Nuvia Tituana

GRÁFICO N° 7



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El 100 % de niños investigados no logran realizar la prueba luego de 3 intentos.

El Equilibrio es la capacidad de orientar correctamente el cuerpo en el espacio, se consigue a través de una ordenada relación entre el esquema corporal y el mundo exterior, es decir mantener la estabilidad mientras se realizan actividades motrices.

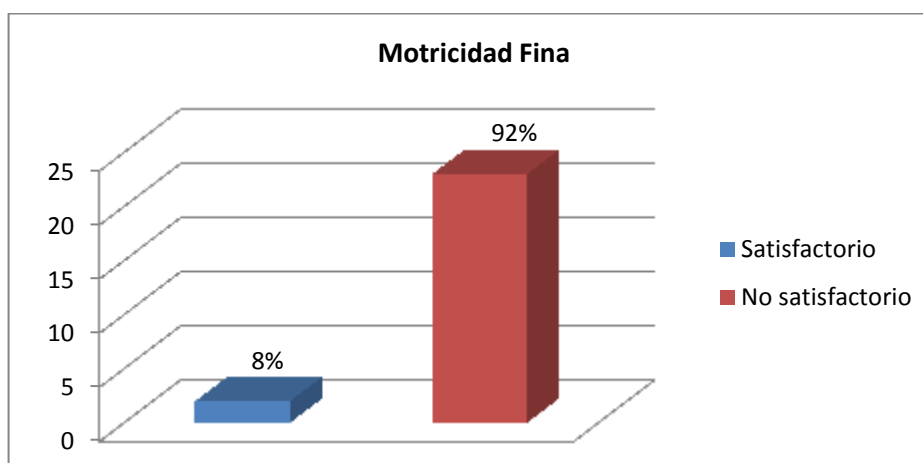
PRUEBA N° 2

CUADRO N° 8

INDICADORES	f	%
Satisfactorio	2	8%
No satisfactorio	23	92%
TOTAL	25	100%

Fuente: Encuesta aplicado a los docentes del centro "CADE"
Elaborado: Nuvia Tituana

GRÁFICO N° 8



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El 23% de los niños investigados no logran realizar esta prueba, mientras que el 8% de los niños investigados logran realizar una bolita de papel con la mano derecha e izquierda.

Con esta actividad se pretende determinar la motricidad fina necesaria para desarrollar la coordinación viso-manual en los niños necesita de precisión y un elevado nivel de coordinación.

La motricidad fina se refiere a las actividades que se realiza con los dedos de la mano los mismos que son movimientos de gran precisión donde se utiliza de manera simultánea el ojo-mano-dedos.

Prueba N°3

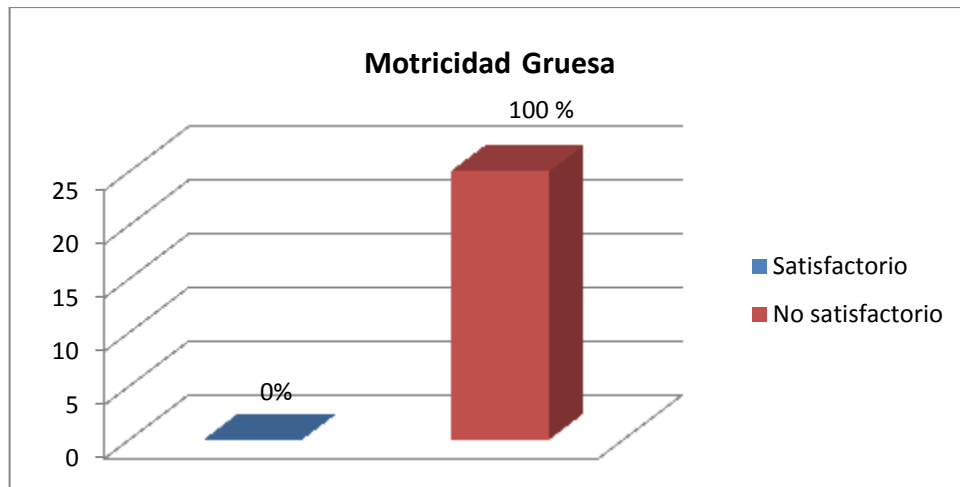
CUADRO N° 9

INDICADORES	f	%
Satisfactorio	0	0%
No satisfactorio	25	100%
TOTAL	25	100%

Fuente: Encuesta aplicado a los docentes del centro "CADE"

Elaborado: Nuvia Tituana

GRÁFICO N° 9



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El 100 % de niños investigados realiza el ejercicio pero incorrectamente.

Esta prueba pretende comprobar la motricidad gruesa de los niños y niñas.

La motricidad gruesa se refiere a la coordinación de movimientos con el cuerpo, caminar, correr, rodar, girar, saltar, correr, desplazar y movimientos de las diferentes extremidades, son habilidades que se desarrollan con el tiempo a medida que los niños juegan experimentan con su mundo.

Prueba N° 4

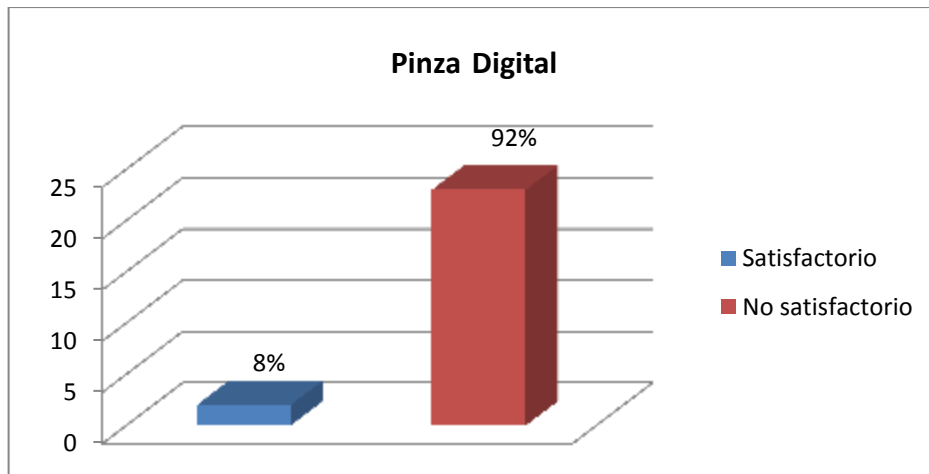
CUADRO N° 10

INDICADORES	f	%
Satisfactorio	2	8%
No satisfactorio	23	92%
TOTAL	25	100%

Fuente: Encuesta aplicado a los docentes del centro "CADE"

Elaborado: Nuvia Tituana

GRÁFICO N° 10



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El 92% de los niños y niñas investigados realizan esta actividad en más de 15 segundos, mientras tanto solo el 8% logran realizar la prueba en 15 segundos.

La pinza digital se la conoce así porque el niño coge los objetos pequeños con el índice y el pulgar. La pinza digital contribuirá también el desarrollo de la habilidad de la escritura, en especial al agarrar el esferográfico o bolígrafo. Uno de los dedos que más se utiliza de manera independiente es el índice ya que con él se señala o se aprieta.

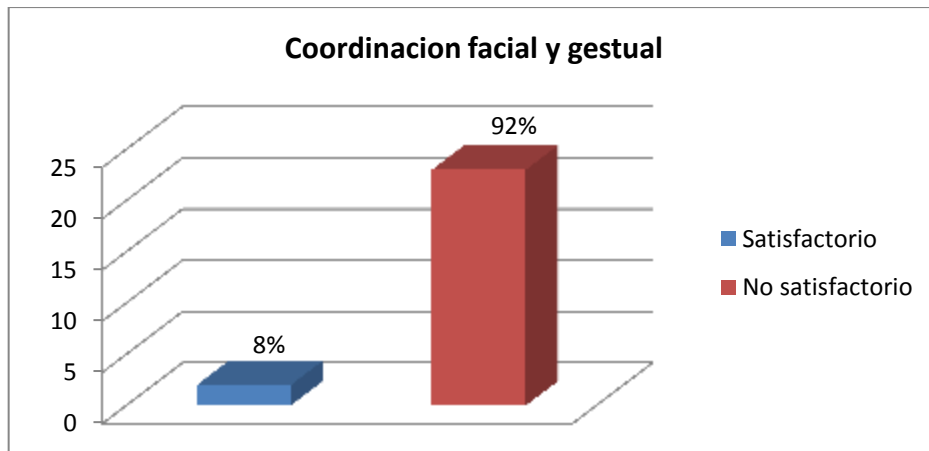
Prueba N°5

CUADRO N° 11

INDICADORES	f	%
Satisfactorio	2	8%
No satisfactorio	23	92%
TOTAL	25	100%

Fuente: Encuesta aplicado a los docentes del centro "CADE"
Elaborado: Nuvia Tituana

GRÁFICO N° 11



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El 92% de los niños y niñas investigadas realizan la prueba de forma no satisfactoria y El 8% de los niños y niñas investigadas de forma satisfactoria.

La lateralidad desarrolla en los niños las nociones de izquierda y derecha, tomando primeramente como referencia las partes de su cuerpo y de esta manera fortalecerán la ubicación como base para el proceso de la lecto-escritura, algo que se debe recordar es que el niño debe definir su lateralidad de manera espontánea y nunca forzada.

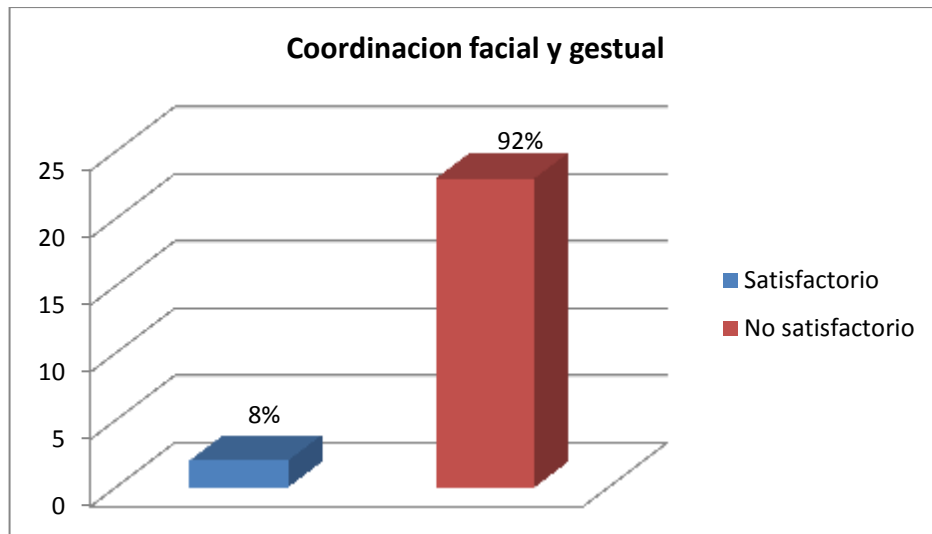
Prueba N° 6

CUADRO N° 12

INDICADORES	f	%
Satisfactorio	2	8%
No satisfactorio	23	92%
TOTAL	25	100%

Fuente: Encuesta aplicado a los docentes del centro "CADE"
Elaborado: Nuvia Tituana

GRÁFICO N° 12



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El 92% de los niños y niñas investigados realiza esta prueba pero realizando gestos, mientras el 8% de los niños y niñas investigados logran realizar esta prueba sin realizar gestos.

Coordinación facial y gestual es el dominio muscular que permite la comunicación y relación que tenemos con la gente que nos rodea a través de nuestro cuerpo y especialmente de nuestros gestos voluntarios de la cara.

RESUMEN DEL TEST DE OSERETZKY APLICADO A LOS NIÑOS Y NIÑAS DEL CENTRO “CADE”.

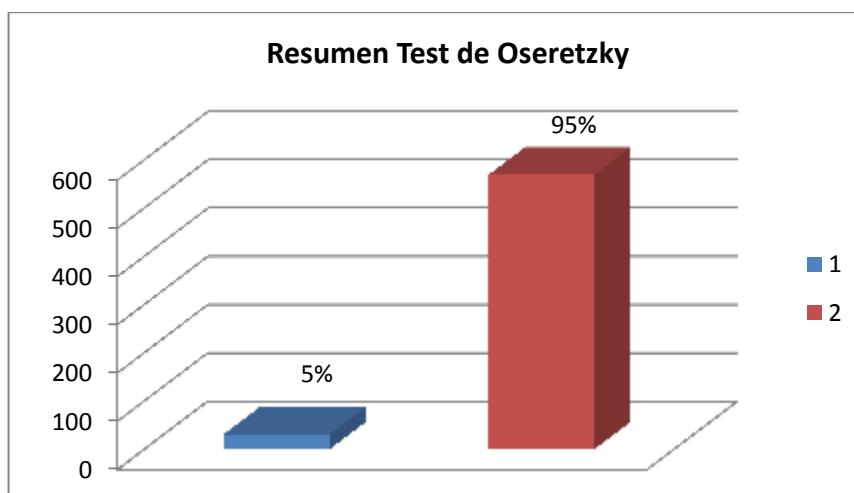
CUADRO N° 13

PRUEBAS		Calif.	f	%	Calif.	f	%
PRUEBA 1	Equilibrio	Satis.	0	0%	No Satis.	25	100%
PRUEBA 2	Motricidad fina	Satis.	2	8%	No Satis.	23	92%
PRUEBA 3	Motricidad gruesa	Satis.	0	0%	No Satis.	25	100%
PRUEBA 4	Pinza digital	Satis.	2	8%	No Satis.	23	92%
PRUEBA 5	Lateralidad	Satis.	2	8%	No Satis.	23	92%
PRUEBA 6	Coordinación facial y gestual	Satis.	2	7%	No Satis.	25	93%
PROMEDIO				5%			95%

Fuente: Encuesta aplicado a los docentes del centro “CADE”

Elaborado: Nuvia Tituana

GRAFICO N° 13



ANÁLISIS E INTERPRETACION

El promedio de la calificación del test de la Habilidad Motriz de Oserestzky es el siguiente: El 95% de niños y niñas investigados obtuvieron un desarrollo Psicomotor No Satisfactorio y el 5% Satisfactorio lo que quiere decir que su desarrollo psicomotor no está acorde a su edad.

g. Discusión

Con la finalidad de comprobar el Objetivo específico planteado, determinar la incidencia que existe entre la actitud de los padres de familia y el desarrollo psicomotor de los niños y niñas con parálisis cerebral infantil, para la presente investigación, se aplicó la encuesta a los docentes y en base a la segunda pregunta que dice: ¿Qué actitudes ha notado comúnmente que presentan los padres de familia frente a la deficiencia de los niños? El 32% de los niños son rechazados por sus padres, el 26% dicen que se sienten culpables, 21% manifiestan ser perseverantes, el 16% informan que sienten vergüenza, y solo el 5% manifestaron que los aceptan con su deficiencia. Estas actitudes presentan los padres de familia frente a la discapacidad de su hijo por temor a inspirar lástima, miedo a recibir críticas y burla de los demás; vergüenza de exponerse a la mirada de la sociedad en general, y con la sexta pregunta que dice: ¿Existe apoyo de los padres de familia en el proceso de rehabilitación de los niños y niñas que asisten permanentemente al Centro? El 58% de los docentes manifiestan que no existe apoyo de los padres de familia tan solo el 42% de los padres si apoyan en el proceso de rehabilitación de sus niños.

El apoyo de los padres de familia en el proceso de rehabilitación de los niños y niñas debe ser incondicional, ellos deben estar pendientes en las terapias de sus hijos, buscar la manera para apoyarlos y no hacer faltar a sus hijos al centro de rehabilitación.

Para determinar el desarrollo Psicomotor de los niños y niñas investigados, se aplicó el Test de Habilidad de Oseretzky y se obtuvieron los siguientes resultados promedios, el 95% de niños y niñas investigados obtuvieron un desarrollo Psicomotor No Satisfactorio y el 5% Satisfactorio lo que quiere decir que su desarrollo psicomotor no está acorde a su edad.

Al concluir la presente investigación y considerando los resultados negativos obtenidos se determina que hay que concienciar a los padres de familia de la importancia que tiene su actitud frente al desarrollo psicomotor de los niños y niñas con parálisis cerebral espástica.

h. CONCLUSIONES

Luego del desarrollo del presente proyecto de tesis y tomando en cuenta los resultados obtenidos se puede concluir de la siguiente manera:

- ✓ El 32% de los niños son rechazados por sus padres, el 26% dicen que se sienten culpables, 21% manifiestan ser perseverantes, el 16% informan que sienten vergüenza, el y solo el 5% manifestaron que los aceptan con su deficiencia. Los padres de los niños con discapacidad presentan un sin número de actitudes, son personas a quienes les ha tocado asumir un rol nuevo, diferente a los demás, con tareas para realizar y muchas emociones que controlar, dichas actitudes influyen de manera negativa en el desarrollo psicomotor de sus hijos, el tipo de vida que estos niños tendrán, dependerá en gran medida de la actitud de sus padres, de la sensibilidad de sus vecinos y de la sociedad en que vivan.
- ✓ El 58% de los docentes manifiestan que no existe apoyo de los padres de familia tan solo el 42% de los padres si apoyan en el proceso de rehabilitación de sus niños. El apoyo de los padres de familia ante un hijo con discapacidad es fundamental a la hora de velar por el desarrollo de los procesos de rehabilitación.
- ✓ El 95% de niños y niñas luego de la aplicación del Test de Habilidad Motriz de Oseretzky, obtuvieron un desarrollo Psicomotor No Satisfactorio y el 5% Satisfactorio. El desarrollo psicomotor constituye un

aspecto evolutivo del humano, es la progresiva adquisición de habilidades, conocimientos y experiencias del niño.

i. RECOMENDACIONES

De acuerdo a las conclusiones enunciadas se plantea las siguientes recomendaciones.

- ✓ Se recomienda a las docentes del Centro que promuevan el Desarrollo Psicomotor en los niños y niñas, utilizando estrategias adecuadas para la interacción entre el movimiento y su corporeidad para que de esta manera se puedan relacionar en el mundo que los rodea.

- ✓ Brindarles charlas a los padres de familia sobre actitudes positivas que les ayude a la asimilación de la discapacidad de sus hijos, y de esta manera ayuden a mejorar la calidad de vida de los mismos.

j. BIBLIOGRAFÍA

- ✓ LEIVA FRANCISCO, (2001) Nociones de Metodología de Investigación Científica, Quinta Edición.
- ✓ GÓMEZ GÓNZÁLEZ, E., Y ALONSO TORRES, J. (1999). Necesidades, demandas y situación de las familias con menores (0-6 años) discapacitados. Colección Estudios e Informes, Imserso.
- ✓ ROMERO, R. Y CELLI, A. (2004). Actitud de las madres ante la experiencia de un hijo con parálisis cerebral. ED, abr. 2004, vol.11, no.1, p.68-79.
- ✓ PICQ Y VAYER, (1960) Education Psycomotrices Arrieration mentale, evaluación del desarrollo psicomotor.
- ✓ ROMA RUBIO, (1992) Psicología del desarrollo Editorial CCS, Madrid – España
- ✓ JUSTO MARTINEZ, E (2000) Desarrollo Psicomotor en Educación Infantil. Bases para una intervención en psicomotricidad.

Web Bibliografía

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

<http://www.who.int/features/factfiles/disability/es/index.html>,

<http://www.cosasdelainfancia.com/biblioteca-psico-g.htm>

<http://www.slideshare.net/lasmagnificas/la-evaluacion-en-lapsicomotricidad-unidad-viii>

<http://www.iniciativat.com/component/content/article/44-estimulacion-infantil/306-psicomotricidad.html>

k. ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
MODALIDAD DE ESTUDIOS A DISTANCIA-CARRERAS EDUCATIVAS
CARRERA DE PSICORREHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL

**ACTITUD DE LOS PADRES DE FAMILIA FRENTE AL DESARROLLO
PSICOMOTOR DE LOS NIÑOS Y NIÑAS CON PARÁLISIS CEREBRAL
ESPÁSTICA, EN EL CENTRO DE ATENCIÓN Y DESARROLLO DE
NIÑOS Y NIÑAS ESPECIALES “CADE”. AÑO LECTIVO 2012 - 2013**

Proyecto de Tesis previa a la obtención de grado de
Licenciada en Psicorrehabilitación y Educación
Especial

AUTORA:

NUVIA CRISTINA TITUANA TITUANA

LOJA – ECUADOR

2013

a. TEMA

ACTITUD DE LOS PADRES DE FAMILIA FRENTE AL DESARROLLO PSICOMOTOR DE LOS NIÑOS Y NIÑAS CON PARÁLISIS CEREBRAL ESPÁSTICA, EN EL CENTRO DE ATENCIÓN Y DESARROLLO DE NIÑOS Y NIÑAS ESPECIALES “CADE”. AÑO LECTIVO 2012 - 2013

b. PROBLEMÁTICA

La Parálisis Cerebral (PC) es un síndrome motor complejo que puede afectar a la población infantil en los primeros 7 años de vida. Su incidencia a nivel mundial se ha incrementado en los últimos años en países desarrollados, debido a la sobrevida de neonatos prematuros y en países subdesarrollados por falta de políticas sanitarias encaminadas a prevenir las noxas prenatales y perinatales causantes de esta afección.

Los niños que tiene Parálisis Cerebral Infantil son muy variados, pueden ir desde una forma leve hasta una severa, con marcada discapacidad motora, sensorial y cognitiva que limitan el desenvolvimiento del niño en su entorno familiar y en la sociedad. A medida que transcurre el tiempo debido al número creciente de personas con discapacidad, ha surgido la necesidad de incorporar a toda esta población a la comunidad, otorgándoles una serie de beneficios sociales, educativos, sanitarios y laborales, por lo que se han elaborado leyes que protegen principalmente a la población infantil, dándoles el derecho de tener la misma posibilidad de acceder a todos estos beneficios, así como la población en general.

Según datos del CONADIS en el Ecuador existe una población de 74215 personas con Deficiencia Intelectual y a lo largo del desarrollo se han incorporado y modificado las concepciones acerca de lo que es la Parálisis

Cerebral y su forma de atención, pasando de la caridad y beneficencia al paradigma de la rehabilitación y de éste al de autonomía personal.

En la Ciudad de Loja se ha venido observado un sin número de problemas en las familias donde existe un niño con requerimientos de educación especial, este solo hecho produce un gran impacto sobre los padres, quienes suelen tener una serie de actitudes que se manifiestan en sentimientos de dolor, consternación, decepción, duda, coraje, culpabilidad, vergüenza, angustia, temor, etc.

Surge en ellos un desequilibrio emocional, social y económico que asociado a la falta de orientación y conocimiento sobre el problema, trae como consecuencia una deficiente atención al niño, que limita o impide su rehabilitación.

Los padres de familia son miembros importantes en el tratamiento de sus hijos y deben involucrarse íntimamente, el apoyo familiar y la determinación personal son dos de los factores más importantes que predicen cuáles de los individuos con **Parálisis Cerebral** lograrán alcanzar las metas propuestas a largo plazo.

Pues he sido testigo de errores que los padres cometen debido a que no conocen la forma adecuada en la que se debe tratar a niños con esta

condición, tanto en la familia como en centros de apoyo. Esta es mi motivación y mi aporte a una sociedad que debe buscar el bienestar general, más aun en mundo globalizado que la humanidad ha logrado construir.

En el Centro de Atención y Desarrollo de Niños, Especiales “CADE” se va a realizar la tesis ya que en esta institución se observa múltiples problemas y/o limitaciones que impiden un desarrollo psicomotor adecuado en los niños y niñas debido a que la actitud de los padres influye en el mismo.

Por toda esta problemática se plantea la presente interrogante ¿COMO LA ACTITUD DE LOS PADRES INCIDE EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR DE LOS NIÑOS Y NIÑAS CON PARÁLISIS CEREBRAL ESPÁSTICA EN EL CENTRO DE ATENCIÓN Y DESARROLLO DE NIÑOS Y NIÑAS ESPECIALES “CADE”, DE LA CIUDAD DE LOJA?

c. JUSTIFICACIÓN

La Universidad Nacional de Loja formadora de profesionales con carácter humano social inclinados principalmente a la investigación con su nueva propuesta de enseñanza-aprendizaje impulsa a los estudiantes a ser unos entes investigativos con respecto a los problemas extraídos de la realidad, ayudando a aportar nuevos criterios e ideas para solucionar los inconvenientes que se producen en nuestra sociedad.

El tema es de trascendental importancia ya que es pertinente y relevante en el medio en que vivimos debido a que dará a conocer la realidad que presentan los niños ya que la actitud de los padres afecta de una u otra manera y todo esto repercute al momento que los niños desarrollan sus destrezas, en la cual se ve reflejada en la vida afectiva y social.

Por lo tanto los niños con deficiencia mental conforman uno de los grupos más marginados del mundo. Estas personas presentan los peores resultados sanitarios y registran tasas de pobreza más altas y tienen un acceso limitado a servicios básicos, por ejemplo de rehabilitación, o carecen de dicho acceso.

Es por ello que se cree conveniente realizar este proyecto con el fin de conocer el apoyo de los padres frente al desarrollo psicomotor de los niños

conparálisis cerebral espástica para que de esta manera ayuden a mejorar la calidad de vida de sus hijos colaborando y no obstaculizando su tratamiento, rechazando o sobreprotegiendo a su hijo, o bien, ignorando su padecimiento.

Personalmente me ayudara a adquirir nuevos conocimientos y experiencias que me servirán en mi ejercicio profesional obteniendo una idea de la realidad socioeducativa en la cual se desenvuelven los niños y niñas, además que he realizado este trabajo para cumplir con los requisitos establecidos por los estatutos y reglamentos de la graduación de la Universidad, como obtener la Licenciatura en Psicorrehabilitación y Educación Especial.

En lo que se refiere a la factibilidad, dispongo de los recursos, bibliografía y tiempo necesario para la realización de la presente investigación, esperando tener éxito en la culminación de la misma.

d. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- ❖ Concienciar a los padres de familia de la importancia que tiene su actitud frente al desarrollo psicomotor de los niños y niñas con parálisis cerebral espástica.

OBJETIVO ESPECÍFICO

- Determinar la incidencia que existe entre la actitud de los padres de familia y el desarrollo psicomotor de los niños y niñas con parálisis cerebral infantil.

e. MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I

LAS ACTITUDES DE LOS PADRES

GENERALIDADES

DEFINICIÓN

REPERCUCIONES EN EL ENTORNO FAMILIAR

- Los Primeros Momentos

RELACION ENTRE LAS ACTITUDES DE LA FAMILIA Y EL DESARROLLO PSICOMOTOR

ACTITUDES POSITIVAS FRENTE A LA DISCAPACIDAD DE UN HIJO

- ✓ Actitud de aceptación.
- ✓ Actitud de Enojo
- ✓ Actitud de colaboración
- ✓ Actitud solidaria

- ✓ Actitud de confianza
- ✓ Actitud de esperanza
- ✓ Actitud de perseverancia.
- ✓ Actitud paciente

ACTITUDES NEGATIVAS FRENTE A LA DISCAPACIDAD DE UN HIJO

- ✓ Actitud de rechazo
- ✓ Actitud de negación
- ✓ Actitud culpable
- ✓ Actitud de quemimportismo
- ✓ Actitud agresiva
- ✓ Actitud permisiva
- ✓ Actitud autoritaria
- ✓ Actitud sobreprotectora
- ✓ Actitud conformista.

PROCESO DE ASIMILACIÓN

- ✓ Negación
- ✓ Agresión
- ✓ Negociación
- ✓ Depresión
- ✓ Aceptación

CAPÍTULO II

DESARROLLO PSICOMOTOR

GENERALIDADES

DEFINICIÓN

DESARROLLO PSICOMOTOR Y MOVIMIENTO

LEYES QUE DETERMINAN EL DESARROLLO PSICOMOTOR

- Ley del Desarrollo Céfaló – Caudal
- Ley del Desarrollo Próximo – Distal
- Ley de Actividades en Masas a las Especificas
- Ley del Desarrollo de Flexores – Extensores

FACTORES DEL DESARROLLO PSICOMOTOR

- Tono Musculas
- El Control Postural
- El Equilibrio

EVOLUCION DE LAS CAPACIDADES PSICOMOTORAS

COMPONENTES DEL DESARROLLO PSICOMOTOR

❖ Componentes de Acción

 Evolución de la Estabilización

Evolución de la Locomoción

Evolución de la Manipulación

La Praxias

❖ Componentes de acción

ETAPAS DEL DESARROLLO PSICOMOTOR

- ✓ Etapa Prenatal
- ✓ Etapa De Los 12 A Los 14 Meses
- ✓ Primera Infancia, De 2 A 4 Años
- ✓ Segunda Infancia, De 4 A 6 Años
- ✓ Niñez, De LOS 6 A LOS 12 AÑOS

FORMAS DE EVALUACIÓN PSICOMOTOR

DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS CON PARALISIS CEREBRAL

ESPASTICA

INTRODUCCION

PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA

- ✓ Concepto
- ✓ Generalidades

ETAPAS DEL DESARROLLO PSICOMOTOR ANORMAL

✓ PRIMERA ETAPA

Decúbito Supino

Giro

Tracción a sedente

Sedente

✓ SEGUNDA ETAPA

Arrodillarse, Gatear y Bipedestar

Bipedestación

CAPÍTULO I

LAS ACTITUDES DE LOS PADRES

GENERALIDADES

Las actitudes de los padres ante un hijo con discapacidad es fundamental a la hora de velar por el desarrollo de los procesos de rehabilitación, sin embargo para llegar a obtener una actitud adecuada que posibilite y potencialice su desarrollo en la medida de sus capacidades, es indispensable emprender un camino de asimilación para poder llegar a la aceptación de esta realidad que ante la cual es necesario no quedarse con los brazos cruzados por el contrario es imperiosa la necesidad de iniciar acciones concretas de ayuden en beneficio del niño.

Los padres de los niños con discapacidad son personas a quienes les ha tocado asumir un rol nuevo, diferente a los demás, muy complejo, con enormes tareas para realizar y muchas emociones que controlar: el dolor, la frustración y la desesperación.

El nacimiento de un niño especial altera el orden familiar produce desesperación y otras emociones que hay que soportar y convivir con ellas sea cual fuere la fortaleza individual, rara vez se está preparado para hacerle frente a esta situación, porque el niño perfecto que se esperaba no llegó.

Para algunos puede parecer exagerado pero cada día, cada hora, nace un niño con algún tipo de discapacidad que le causará dificultades en su aprendizaje, algunos morirán, otros sobrevivirán.

El tipo de vida que estos niños tendrán, dependerá en gran medida de la actitud de sus padres, de la sensibilidad de sus vecinos, amigos y de la sociedad en que vivan.

Las expectativas que tuvieron esos padres ante el nacimiento de sus hijos se ven confrontadas estimuladas, juzgadas, criticadas, alentadas, odiadas o amadas. Porque sucedió de improviso, no hubo advertencia en algunos casos, no tuvieron tiempo para prepararse.

Así que es necesario ayudar a los padres a comprender que sus propios sentimientos respecto a las limitaciones de sus hijos pueden interponerse en el mundo de oportunidades que más adelante él puede tener y con una actitud positiva se puede lograr este propósito.

DEFINICION

La actitud es la disposición voluntaria de una persona frente a la existencia en general o a un aspecto particular de esta. Los seres humanos experimentan en su vida diversas emociones que distan de ser motivadas por su libre elección; en cambio, la actitud engloba aquellos fenómenos

psíquicos sobre los que el hombre tiene uso de libertad y que le sirven para afrontar los diversos desafíos que se le presentan de un modo o de otro.

REPERCUSIONES EN EL ENTORNO FAMILIAR

LOS PRIMEROS MOMENTOS

Según (Gómez González y Alonso Torres, 1999). “La madre y/o el padre suelen ser los primeros en detectar que hay una anomalía en el curso del desarrollo de su hijo/a, lo que les lleva a consultar al pediatra del niño/a. Se puede decir casi con seguridad que el momento más difícil para la familia abarca desde que surge la sospecha de que algo va mal hasta la comunicación del diagnóstico; nadie está preparado para tener un hijo/a con PC por lo que se sentirán desbordados por la información recibida y los sentimientos que ésta suscita.

Es muy posible que el momento en que se informa del diagnóstico sea la culminación de un proceso percibido como interminable en el que el niño/a ha pasado por distintos especialistas sin que ninguno de ellos haya dado una respuesta satisfactoria a los interrogantes planteados por la familia. Tal peregrinación crea sentimientos ambiguos (confusión, temor, negación...) y conflictos que anticipan el proceso de duelo, cuyo inicio viene a coincidir con el momento en que se tiene la certeza de la Parálisis Cerebral”.

El futuro del niño/a depende en gran medida de la forma en que la familia más cercana percibe y afronta la discapacidad. Los primeros momentos, tras la confirmación del diagnóstico, se viven con gran confusión de sentimientos, a veces contradictorios, que oscilan entre la esperanza de que haya un error hasta la desesperación.

Los padres señalan que la comunicación del diagnóstico supone un golpe de gran envergadura que trastoca sus vidas experimentan una verdadera pérdida, la del hijo/a que esperaban, que estaba revestido en su imaginación de un completo paquete de características físicas y psicológicas, y con un futuro esbozado, a menudo, con muchos detalles: escuela, universidad, trabajo, juegos, deporte... La familia debe movilizar sus recursos psicológicos para renunciar a este hijo/a (sentimientos de pérdida) y acoger al nuevo que trae unas demandas específicas (asimilación y aceptación), es decir, debe elaborar el duelo.

La forma en que los profesionales la comunican tiene una influencia importante en las impresiones y reacciones iniciales. Hay padres que expresan quejas por la falta de sensibilidad, la insuficiencia de información o los diagnósticos contradictorios, circunstancias que aumentan los sentimientos de confusión, temor e incertidumbre.

De acuerdo a Gómez González y Alonso Torres, (1999). “Una vez asumida la Parálisis Cerebral, la familia entra en un proceso de normalización que

varía de unos casos a otros. Tal proceso puede desembocar en la aceptación de la discapacidad, la resignación o el rechazo.

Si nos atenemos a las aportaciones del estudio Necesidades, demandas y situación de las familias con menores (0-6 años) discapacitados, elaborado por EDIS, Equipo de Investigación Sociológica, para el Imsero, la respuesta de los distintos miembros de la familia dependerá de múltiples factores, como los rasgos de la personalidad y el estado de ánimo de cada uno de sus miembros o la gravedad del diagnóstico y pronóstico”.

En cuanto a las relaciones entre el padre y la madre, éstas atraviesan por altibajos y diversos ajustes hasta que se adaptan a la nueva situación. Cada uno resuelve su duelo de una manera distinta y las discrepancias en la manera de afrontarlo generan sentimientos contradictorios y pueden ser fuente de conflictos en la pareja.

Cuando esto sucede, se producen e menudo discusiones ocasionadas por afrontar de forma diferente la discapacidad del hijo/a; sentimientos de frustración cuando la madre no puede disfrutar de los momentos de intimidad por sobrecarga de trabajo o celos del padre porque aquélla dedique más tiempo al cuidado del hijo/a enfermo que a disfrutar de momentos en común.

Otras veces se manifiestan actitudes escapistas en uno de los progenitores, el deseo de huir de la situación ante el rechazo suscitado por la discapacidad. Si se logran superar conflictos, las relaciones entre el padre y a madre saldrán beneficiadas. En cualquier caso, la PC actúa de catalizador en las relaciones entre los padres. Sólo si se parte de un conflicto inicial puede desembocar en ruptura. Si por el contrario mantienen una relación satisfactoria, la pareja saldrá reforzada.

RELACIÓN ENTRE LAS ACTITUDES DE LA FAMILIA Y EL DESARROLLO PSICOMOTOR

Las actitudes que adoptan los padres ante la experiencia de tener un hijo/a con PC dependen de múltiples factores personales y sociales. Partiendo de la teoría de Hovland y Rosenberg (1960), que concibe la actitud como la congruencia entre el afecto y las creencias ante un objeto u evento, originando la formación estable de actitudes que se manifiestan en conductas y afirmaciones verbales congruentes con relación al estímulo presentado. Esta manifestación permite medir la actitud social de un sujeto ante una determinada situación.

Romero y Celli (2004), “describe las actitudes de las madres ante la experiencia de vivir la PC de su hijo, teniendo en cuenta los componentes afectivos, cognitivos y conductuales de cada actitud”.

La congruencia entre las creencias y el afecto predice una conducta más estable que, a su vez, favorece el desarrollo integral en el niño/a con PC, es decir, las actitudes positivas hacia el niño/a y su futuro mejora su evolución.

Por el contrario, este desarrollo del niño/a puede verse entorpecido por las actitudes proteccionistas de las familias y de las propias instituciones. A menudo, a los padres les cuesta asumir que su hijo/a crece, siendo la adolescencia la etapa más difícil de asimilar.

Tienen que ser conscientes de que su hijo/a debe ir asumiendo las responsabilidades propias de su edad y capacidades. Se observa que cuanto mayor es la dependencia y necesidad de cuidados personales, mayor es, también, el peligro de que el padre y/o la madre vayan asumiendo tareas y responsabilidades que les corresponderían al hijo/a con PC.

Es preciso que todos y cada uno de los miembros de la familia aprendan a negociar roles y que vayan viviendo cada etapa de la vida con los cambios naturales y sociales propios de cada una de ellas.

ACTITUDES POSITIVAS FRENTE A LA DISCAPACIDAD DE UN HIJO

El hecho de que los padres lleguen a adoptar actitudes positivas frente a la discapacidad de un hijo es señal evidente de que hubo un doloroso pero

atenuante proceso de asimilación y como resultado la aceptación y confrontación de la realidad a la cual se deben enfrentar conjuntamente con su retoño lo cual favorecerá a un proceso adecuado y eficaz para la rehabilitación.

Actitud de aceptación

Esta actitud está determinada por la gravedad del problema entre más grave, más difícil es la aceptación, en vista que los padres deben enfrentarse a una sociedad que difícilmente acepta las diferencias.

La aceptación no implica que se olvide la angustia y los sueños que se tenían. Estos siempre serán recordados pero con menos frecuencia e intensidad. La aceptación no implica que se goce de la necesidad de servicios especiales. No significa que nunca llorarás, te sentirás molesto o deprimido. Estos sentimientos volverán a ti periódicamente y el que se presenten de vez en cuando, no implica que no hayas asimilado el problema, implica que eres humano.

Actitud de colaboración

Esta actitud es muy importante ya que cuando entre los padres de un niño con impedimentos existe el compromiso mutuo aportan para que el niño desarrolle sus capacidades, cuales quiera que estas puedan ser, esto le da más poder y fortaleza al niño.

Además es imprescindible que esta colaboración se dé de mutua ayuda por parte de los padres y los profesionales que laboran en la institución en donde está el niño ya que la confianza, la información el aporte que pueden intercambiar los padres con el profesional es de vital importancia ya que surgen mejores ideas acerca del cuidado, intervención médica y programas educativos para el niño.

El padre, por ejemplo, tiene conocimiento íntimo de su niño con necesidades especiales. El padre vive y observa al niño todos los días y puede contribuir invaluable información acerca de su rutina, desarrollo, historia, puntos fuertes, debilidades, etc. Los padres y los maestros que trabajan conjuntamente asumen una actitud más comprensiva y humana, esto redundará en beneficio de los niños para alcanzar las metas y desarrollar con éxito los programas planeados además, tanto padres como maestros disfrutaran de la satisfacción que se deriva de la colaboración y del apoyo mutuo, compartir y estar todos involucrados.

Actitud constructivista

Se debe llegar a que tanto la madre y el padre deben involucrarse activamente todos los procesos educativos de su hijo, y aunque en principio o no están seguros de cómo hacerlo, o por dónde empezar, lo importante es el interés y la iniciativa de ir construyendo el desarrollo y rehabilitación del niño, y al procurar asesoramiento profesional podrá tomar parte de esta tarea, ya que los padres son los primeros maestros que tienen sus hijos y

sentirse como tal les permite superarse y adoptar una actitud más constructivista.

Actitud de confianza

Brindar al niño la oportunidad de asumir mayores grados de responsabilidad e independencia va a desarrollar la confianza en sí mismo. Puede haber muchas formas en las cuales un niño puede ayudarse a sí mismo o a otros miembros de la familia, incluyendo tareas alrededor de la casa.

Tomando en cuenta las fortalezas y limitaciones del niño, el padre debe considerar cuales pueden ser estas actividades. Al tiempo que el padre cuenta con él y alienta al niño a asumir responsabilidades, su sentido de orgullo propio y competencia también aumentarán.

Actitud de esperanza

Acudir a la intervención temprana y oportuna, es sinónimo de que los padres abrigan la esperanza de que a futuro podrán ver los resultados de la rehabilitación y aunque su esfuerzo y agotamiento tanto físico, como psicológico sea en ocasiones debilitadora al final habrá valido la pena.

Actitud de perseverancia

Emprender el largo, arduo pero finalmente satisfactorio y gratificante camino de la intervención rehabilitadora, requiere de una actitud constante que

sobrepasa el cansancio que humanamente pueda agobiar a los padres hasta el punto de llegar a pensar en abandonar las terapias y estacar el proceso y avance que se ve de manera paulatina pero que requiere de la fortaleza perseverancia de los padres para dar continuidad a proceso que ya se ha iniciado.

Actitud paciente

Asumir el gran desafío que la vida les presenta requiere de verdadera paciencia para tratar al niño de manera digna de tal modo que no se infunda en el niño la sensación de ser un “estorbo” dentro del ambiente familiar, de tal manera y sin caer en sobrevaloraciones ni infravaloración es necesario que la sutileza, amor y respeto en el trato sea una constante por parte no solo de los padres sino de todos los que conviven con el niño.

Actitud de respeto

El mismo que no debe confundirse con compasión o lástima, otorgar al niño un lugar privilegiado dentro de la familia es esencial que un sano desarrollo en todos los ámbitos y es importante hacer valer sus pensamientos, **son muchas las relaciones que pueden caer y no funcionar**, con los hijos, es muy importante tener autoridad, ya que la ausencia de una actitud determinante puede crearles confusión.

ACTITUDES NEGATIVAS FRENTE A LA DISCAPACIDAD DE UN HIJO

En las familias donde existe un hijo con requerimientos de educación especial, produce un gran impacto sobre los padres, quienes suelen tener una serie de reacciones emocionales que se manifiestan en sentimientos de dolor, consternación, decepción, duda, coraje, culpabilidad, vergüenza, angustia, temor, etc..

Actitud de Rechazo

No le hace un lugar al niño discapacitado que es segregado, delegado al cuidado de otros (familiares, amigos, conocidos, institución, etc.).

Aislamiento y soledad en relación con el afuera por: temor a inspirar lástima, rechazo; miedo a recibir críticas y burla de los demás; vergüenza de exponerse a la mirada de los otros. Renuncia a relaciones sociales que tenían previamente.

Actitud de Enojo

La negación rápidamente se fusiona con el enojo, el cual puede ser dirigido hacia el personal médico involucrado en proporcionar la información acerca del problema del niño. El enojo puede además afectar la comunicación entre esposos o con los abuelos u otros seres queridos de la familia. Pareciera que en las primeras etapas el enojo es tan intenso que toca casi a todos,

porque es reflejado por sentimientos de dolor y una pérdida inexplicable con la cual uno no sabe cómo tratar o explicar.

Actitud Culpable

Los padres creen que tienen la culpa, alto nivel de recriminaciones, reproches (manifiestos o encubiertos) y proyecciones sobre él, otro de sentimientos propios de culpabilidad y fracaso. Es “el otro” de la pareja quien fracasó, el/la culpable. Algunas se sienten directamente responsables se culpan a sí mismos por algo que hicieron o dejaron de hacer y esto les eleva su nivel de ansiedad y frustración. Sienten vergüenza, algunas pueden llegar a considerarse pecadores porque como padres ven a sus hijos como una prolongación de sí mismos y esperan que como adultos se conviertan en la mejor parte de ellos y les resulta más difícil sobrellevar esta realidad.

Actitud Quenmiportista

Falta de colaboración familiar en los tratamientos específicos; abandono y relegan del niño en una institución especializada; falta de atención o gran sobre exigencia sobre el niño.

Actitud Agresiva

En algunos casos sucede que la no aceptación desencadena maltratos, rechazo, marginación y no aportan para que se dé un sano desarrollo,

negándolo al niño con deficiencia un ambiente adecuado en el que prime el amor e interés por su calidad de vida.

Actitud Permisiva

Un grave error por parte de los padres y debido a la falta de conocimiento es el dejar al niño hacer lo que se le antoje excusándose en su condición y no fomentan en él actitudes de responsabilidad, respeto, cooperación en actividades adecuadas a él, etc. y dejan le hacen un grave daño ya que no les brindan la oportunidad de ser autónomos e independientes en la medida de sus posibilidades.

Actitud autoritaria

Otro error de gran magnitud y consecuencias negativas es el hecho de exigir al hijo con deficiencia más allá de sus potencialidades, descargando sobre él la frustración de haber deseado un niño sano que llene las expectativas de sus padres, y de esta actitud crea en él una sensación de impotencia, rechazo a sí mismo lo cual desemboca en la falta de deseos de superación de aquello que puede y es capaz de hacerlo.

Actitud sobreprotectora

El creer que el niño con deficiencia no es capaz de valerse por sí mismo conlleva a que los padres no dejen que este se desenvuelva de manera acorde

con sus capacidades ya que de una u otra manera buscan a toda costa cumplir con las demandas del este hijo, y lo inutilizan y reducen las posibilidades que se le puede brindar en un centro especializado para dar tratamiento a estas personas.

Actitud conformista

El hecho de aceptar la discapacidad de un hijo no debe confundirse con una actitud pasiva y conformista de privar a niño de ayuda profesional y dejarlo en casa bajo el cuidado de personas que no le brindan la posibilidad de rehabilitación.

ETAPAS PARA LA ASIMILACIÓN

Para Kubler-Ross, las diferentes etapas por las que atraviesan los padres son:

Negación: Se conservan la esperanza de que pueda existir algún error en el diagnóstico. Es una defensa temporal que puede ser reemplazada por una aceptación parcial.

Agresión: Los padres pueden agredirse mutuamente, o bien, alguno de ellos puede culpar al otro por la problemática del niño. Es posible que también rechacen al hijo con alguna carga agresiva hacia este. Generalmente, el enojo es desplazado hacia el médico, la religión o la vida.

Quizás éste sentimiento provenga, en gran parte, de la impotencia y frustración que sienten los padres. Muchas veces esta fase culmina con sentimientos de culpabilidad o vergüenza.

Negociación: Aun no se acepta completamente el problema del niño, sin embargo, los padres se muestran abiertos al diálogo y a la negociación con el médico y con el niño.

Depresión: Cuando los padres reflexionan la situación del niño dentro del contexto familiar y social, aparecen conductas de agotamiento físico y mental, falta de apetito, apatía, aumento en las horas de sueño, en general, manifestaciones clínicas de la depresión.

Aceptación: Puede ser parcial o total y puede durar mucho tiempo o, si se presentan épocas de crisis, alguna de las fases anteriores puede volver a aparecer.

Cuando un pequeño tiene alguna discapacidad, generalmente, la reacción inicial de los padres produce una sintomatología depresiva de intensidad, formas de reacción y tiempo de recuperación variables que dependen de factores tales como el grado de incapacidad, desarrollo de la personalidad y adaptación vital de la familia antes de la llegada del hijo, el grado de éxito profesional y social, nivel intelectual, status socioeconómico y creencias

religiosas entre otros. La depresión ante el diagnóstico del hijo no solo la viven a nivel personal, también en su núcleo de relación interpersonal.

Una discapacidad no es algo agradable y no hay motivos para creer lo contrario. En la mayoría de los casos causara dolor, incomodidad, vergüenza, lágrimas, confusión y un gran gasto de tiempo y de dinero. Sin embargo, a cada instante, no solo nace una persona con discapacidad sino que también la sociedad la convierte en tal.

CAPÍTULO II

DESARROLLO PSICOMOTOR

GENERALIDADES

La psicomotricidad parte del hecho de que el cuerpo y la mente nacen juntos y se desarrollan en común y considera que existe una identidad entre las funciones neuromotrices o comportamiento motor (movimiento, locomoción, prensión y control postural y las funciones psíquicas o mentales (inteligencia y afectividad).

Como concepción educativa la psicomotricidad considera el propio cuerpo del niño o de la niña como elemento básico de contacto con la realidad exterior y que para llegar a la capacidad adulta de representación, análisis, síntesis y manipulación mental del mundo externo, de los objetos, de los acontecimientos y de sus relaciones es imprescindible que tal análisis, síntesis y manipulación se haya realizado previamente por el niño de forma correcta y a través de su propia actividad corporal

DEFINICIÓN

Se conoce como desarrollo psicomotor a la madurez psicológica y muscular que tiene un niño. Los aspectos psicológicos y musculares son las

variables que constituyen la conducta o la actitud. Al contrario del intelectual que está dado por la maduración de la memoria, el razonamiento y el proceso global del pensamiento.

DESARROLLO PSICOMOTOR Y MOVIMIENTO

El movimiento humano no es solo el resultado de la contracción de algún músculo, sino que es un acto voluntario orientado a un fin determinado, con un objetivo, algo planificado e intencionado.

Este objetivo está situado en el medio que nos rodea, así que la motivación del movimiento dependerá de los estímulos que nos proporcione el entorno. Nos movemos porque queremos conseguir algo que nos interesa de nuestro alrededor, persona u objeto. Lo queremos y ponemos en marcha los mecanismos necesarios para llegar hasta él.

Nosotros, como adultos, sabemos de forma automática cuáles son estos mecanismos, (para levantarme de la silla tengo que estirar las rodillas y adelantar el cuerpo, para no caerme hacia atrás) Lo sabemos porque nos hemos levantado muchas veces y lo hemos automatizado, es decir no tenemos que pensar antes de hacerlo.

LEYES QUE DETERMINAN EL DESARROLLO PSICOMOTOR

Según Ramona Rubio (1992) y otros autores, el desarrollo psicomotor evoluciona con base a cuatro leyes básicas:

Ley del desarrollo céfalo-caudal: esto quiere decir que primero maduran los músculos más cercanos a la cabeza para posteriormente desarrollarse la parte más alejada de ésta. Así, el niño y la niña comienzan a dominar los músculos de los ojos y de la boca, luego los del cuello y en ese mismo orden, los del tórax, abdomen, cintura pélvica, piernas y pies, es decir de la parte alta a la parte baja del cuerpo.

Ley del desarrollo próximo-distal: esta Ley nos dice que tanto en los miembros superiores como inferiores, primero se desarrollan los músculos más próximos al tronco, y posteriormente los que se encuentran en posiciones más lejanas, en forma más sencilla podemos decir: del centro hacia afuera.

Comienzan niño y niña a dominar movimientos de la cintura escapular y luego van adquiriendo paulatinamente el dominio del antebrazo, la mano y dedos; igualmente en los miembros inferiores.

Ley de actividades en masa a las específicas: este es el ordenamiento en utilizar primero los músculos grandes para luego usar los más pequeños, por ejemplo, del brazo a la pinza.

El niño y la niña hacen grandes movimientos al tratar de recoger algo por primera vez y progresivamente van cediendo a movimientos más precisos y perfeccionados del pulgar y el índice.

Ley del desarrollo de flexores- extensores: prioridad de los movimientos de los músculos flexores antes que de los extensores. Niños y niñas tienen primero la capacidad de asir los objetos que de soltarlos, lo que explica la lentitud con la que adquieren la destreza digital fina.

El conocimiento y la comprensión de estas Leyes naturales harán más fácil para las personas que trabajan con los niños y las niñas el entendimiento de que éstos dominan primeramente los movimientos gruesos del cuerpo y gradualmente los movimientos finos y así, adecuar las actividades motoras a su nivel de desarrollo.

FACTORES DEL DESARROLLO PSICOMOTOR

En el desarrollo psicomotor del niño/a encontramos dos componentes a considerar:

- Un componente físico-madurativo: marcado por un calendario biológico.
- Un componente cognitivo – relacional: susceptible de estimulación y aprendizaje.

De ahí la importancia de conocer el desarrollo psicomotor, de sus distintas capacidades psíquicas y motoras, para incidir en pro de su optimización a

partir del proceso de enseñanza-aprendizaje, de la construcción del conocimiento y control del propio cuerpo.

EVOLUCIÓN DE LAS CAPACIDADES PSICOMOTORAS.

De acuerdo a Justo Martínez, E (2000). La evolución de las capacidades motoras va a depender del desarrollo tónico -postural y del equilibrio.

El Tono Muscular

Se puede definir como la tensión a la que se halla sometido el músculo. Esta tensión puede ir desde una contracción fuerte (hipertonía) o contracción suave (hipotonía). El tono del eje corporal va evolucionando siguiendo la ley del desarrollo céfalo - caudal, el desarrollo del tono axial se ha conseguido cuando el niño/a consigue la posición de en pie.

El tono de los miembros evoluciona siguiendo la ley de desarrollo próximo - distal.

El Control Postural

Permitirá que el cuerpo adopte una postura determinada, mantenga un gesto y realice todo tipo de movimientos.

El Equilibrio

Supone la capacidad de conservar una posición – equilibrio - estático o para asegurar el control durante el desplazamiento – equilibrio - dinámico.

COMPONENTES DEL DESARROLLO PSICOMOTOR.

El desarrollo psicomotor tiene dos tipos de componentes:

Componentes de acción: que se expresan por medio de tres categorías de movimientos:

- De estabilización.
- De locomoción.
- De manipulación.
- Alcanzando su máxima expresión en las praxias.

Componentes de base: menos perceptibles que los anteriores, que sirven de substrato a dichos movimientos.

A continuación desarrollamos detenidamente cada uno de los apartados anteriores:

Componentes de acción:

Son aquellas capacidades encaminadas a procurar la estabilidad del cuerpo, los desplazamientos y la manipulación de los objetos. La evolución está interrelacionada.

❖ Evolución de la estabilización.

Hace referencia al control del cuerpo relativo a la gravedad.

Experimenta estos avances:

De los 0 – 3 meses la motricidad del bebé es incipiente y está basada en los reflejos, que son reacciones automáticas ante determinados estímulos.

Algunos reflejos se mantienen toda la vida (dilatación pupilar, por ejemplo), pero los llamados reflejos primarios desaparecen durante el primer año.

Su inexistencia o su no desaparición en el tiempo estipulado son claros indicadores de algún tipo de lesión orgánica. Algunos de estos conocidos reflejos son:

- ✓ El reflejo de succión: un objeto entra en contacto con los labios del bebé y se pone en funcionamiento un movimiento rítmico de succión.
- ✓ El reflejo de grasping o prensión: si un objeto entra en contacto con su mano, el bebé flexiona fuertemente los dedos sobre ese objeto. Este reflejo desaparece al tercer mes.
- ✓ El reflejo de moro: al producir un sonido fuerte el bebé se asusta, éste reacciona separando bruscamente los brazos para después volver a la posición inicial de flexión de extremidades superiores sobre su pecho.
- ✓ El reflejo de marcha automática: coger al bebé por debajo de las axilas y dejar que sus pies toquen el firme, provoca un reflejo que se asemeja al de la marcha.

- ✓ Reflejo de enderezamiento estático: la ejercer una presión en la planta de los pies, los brazos se extienden. Desaparece alrededor del décimo mes.

- ✓ Reflejo de los puntos cardinales: acariciar el borde de sus labios provoca que la cabeza rote en dirección a la estimulación aplicada.

- ✓ Reflejo de dilatación pupilar: La pupila se dilata o contrae en función de la cantidad de luz. Este reflejo es fundamental para el desarrollo de la visión y no desaparece.

- ✓ Reflejo de Babinski: al acariciar la parte superior de la planta de los pies, los dedos se abren. Este reflejo desaparece durante el primer mes.

Sustentación de la cabeza: el control de la cabeza se adquiere hacia los 2'5-3 meses.

Posición sentada: hacia los 4 - 5 meses la parte superior de la espalda se yergue, lo que permite poder sentar al niño/a, pero únicamente si está muy sujeto y apoyado.

Rotación ventral: Hacia el sexto mes si el bebé está colocado boca arriba, se gira para colocarse boca abajo, y viceversa.

Posición de pie: a los 9 meses puede sostenerse en pie ayudándose con las dos manos. A los 10 - 12 meses endereza el tronco y se mantiene de pie sin ayuda.

Hacia el año el logro de los primeros pasos y más tarde, hacia los 18 meses el desarrollo del equilibrio estático y dinámico posibilitará al niño/a subir escaleras y realizar pequeños saltos.

A los 2 años el control tónico - postural y del equilibrio se ha desarrollado por completo.

❖ **Evolución De La Locomoción.**

Los movimientos de locomoción son aquellos que dan lugar a un cambio en la localización relativa del cuerpo respecto a un punto fijo, por lo que se trata de movimientos que producen desplazamiento en el espacio, como andar, correr y saltar. Aunque el orden evolutivo siga la secuencia de reptar-desplazarse a gatas-andar con ayuda-andar sin ayuda, se pueden producir algunas alteraciones de esta secuencia:

- Los desplazamientos por el suelo se inician con “la posición del avión” a los 6 meses pasando al rastreo, la posición de gateo a los 8 meses, el gateo sobre los 9 ó 10 meses. Hay que aclarar con respecto al gateo que lo

importante es que el niño/a descubra su propio tipo de desplazamiento, que no tiene porque ser el más común de “perrillo”.

- Hacia los 9 –10 meses el niño/a da algunos pasos sostenidos por las axilas o cogido por las manos.
- A la edad de 1 año es capaz de caminar sostenido por una mano.
- La fecha de la primera marcha independiente es muy variable (entre los 9 y 16 meses), para continuar con el tiempo con la subida de escaleras, como hemos visto anteriormente, el salto y el puntapié a un balón.

❖ **Evolución De La Manipulación.**

Las actividades básicas que permiten la manipulación son:

- La prensión: evoluciona a partir de la atención visual del niño/a y de actividades de puntería hasta conseguir el agarre voluntario sobre los 5 a 6 meses, para pasar a la pinza inferior y a soltar voluntariamente los objetos sobre los 8 meses y finalmente a la pinza superior sobre los 9 - 0 meses, siendo característico de este momento el interés del niño/a por la delicada manipulación de pequeños objetos (coger granitos del suelo, por ejemplo).

Un vez desarrollada la pinza superior, la destreza manipulativa irá en aumento hasta la realización de actividades relacionadas con un buen desarrollo óculomanual: recortar, insertar, dibujar, etc.

- El lanzamiento: requiere coordinación visomotora y la fuerza de los grupos de músculos implicados. A través de la práctica y repetición del ejercicio se conseguirá la puntería.

- La recepción: se trata de una coordinación visomotora compleja en la que interviene el seguimiento visual del objeto y la intervención de las manos-brazos o pie-piernas para recibir y controlar el objeto.

Las Praxias.

Son movimientos coordinados cuyo objetivo es la ejecución del acto motor voluntario.

Componentes de base:

Los componentes del sistema psicomotor humano que forman la base de los movimientos de estabilización, locomoción y manipulación, y por consiguiente, de las praxias, se desarrollan en cada persona siguiendo una progresión que va desde los más primitivos (tono y equilibrio) hasta los más elaborados (lateralidad, estructuración espacio-temporal y esquema corporal).

El valor educativo de la psicomotricidad procede de que la motricidad considera las diferentes dimensiones corporales como un proceso armónico y global; conecta con la dimensión motriz, cognitiva, afectiva y social.

ETAPAS DEL DESARROLLO PSICOMOTOR DE UN NIÑO NORMAL

Desde que el niño nace y durante la primera infancia, hasta los 5 ó 6 años, la conducta motriz permite al infante con el mundo, le ayuda asimilarlo, le facilita acomodarse a él y nos da muestras muy concretas de la evolución de su proceso madurativo. El discurrir psicomotor del niño lo podemos subdividir en dos grandes etapas: la prenatal y la postnatal, en esta última encontramos la lactancia, la primera infancia, la segunda infancia, la niñez y la pubertad y adolescencia.

Etapas Prenatal:

El ser humano se halla en un medio acuático y mantiene una vida parásita. Las grandes transformaciones tienen lugar en este período, ya que se da un gran cambio al desarrollarse.

Lactancia, de 0 a 12 años:

Los tres primeros meses, son el momento de más pasividad, el bebé pasa mucho tiempo dormido, aunque se van dando cambios que serán básicos para su desarrollo posterior.

En estos primeros meses no hay control de la cabeza, tumbado boca abajo sólo la levanta para cambiarla de lado. Gracias al reflejo de presión palmar,

coge fuertemente cualquier objeto, que se le da en las manos y su postura casi siempre es en flexión.

En el segundo trimestre, consigue el control cefálico cuando le sentamos, el reflejo de presión va desapareciendo dando lugar a la prensión voluntaria encontrándose las manos más abiertas. Las posiciones más utilizadas por él serán tumbado y sentado en una hamaca, pero necesita ayuda.

Su mayor triunfo desde los 6 a los 9 meses es la posibilidad de conseguir la posición de sentado /a sin apoyo y con equilibrio, posee un tono muscular normal; tumbado boca arriba es capaz de girar sobre sí mismo quedando boca abajo para poder pasar a la posición de cuatro patas; todavía no gatean, pero sí muchos se arrastran.

Su prensión es más efectiva, suelta y coge a modo de juego repetitivo. Señala, aplaude, da golpes, manipula objetos con las dos manos. Le gusta la música, y si le estimulamos convenientemente puede ser capaz de moverse y bailar.

Su esquema corporal está ya desarrollado, tiene una buena coordinación ojo-mano, le permite coger con intencionalidad, perfecciona la pinza pulgar-índice con el hecho de coger objetos pequeños; poseerá la capacidad de sujetar un lápiz haciendo garabatos sin control ni movimiento ni del espacio

en que los realiza. Intentará manejar sólo la cuchara, querrá beber en vaso aunque que quizá no pueda hacerlo solo.

Etapa de los 12 a los 14 meses:

Etapa egocéntrica por antonomasia; el cuerpo es el punto de referencia para asimilar el mundo que le rodea. Hace suyos todos los objetos a su alcance, los inspecciona y chupa introduciéndose éstos en la boca. Disfruta manipulando y esta acción constituye una actividad en sí misma. Sus manos son más hábiles, tiene buen manejo de sus dedos al igual que una buena coordinación óculo-manual.

Comienza el aprendizaje de las destrezas psicomotrices consiguiendo la bipedestación, posición. Al final de la etapa el infante será capaz de reaccionar con movimientos compensatorios cuando pierde el equilibrio y ejercitará la marcha en todas sus variantes: caminará hacia atrás, jugará a la pelota, subirá escaleras a gatas y luego con ayuda, etc.

Su prensión será más fina y precisa, disfruta dibujando, en general los juegos motrices con cubos, encajes, construcciones..., atraerán su atención de la misma manera que todos los movimientos que impliquen la totalidad del cuerpo como subir, bajar, trepar, correr... le proporcionarán gran placer comenzando a ser ésta una buena forma de conocer y descubrir el espacio y su entorno.

Al finalizar esta etapa comenzará el control de esfínteres.

Primera Infancia, de 2 a 4 años:

Comienza el control de las posturas tumbado, de pié, sentado y a gatas es apropiado: empieza a conseguir habilidad estando en cuclillas y no pierde el equilibrio durante la marcha.

Sube y baja escaleras alternando los dos pies, trepa a sillas y butacas, anda de puntillas y coordina movimientos adecuados para andar en triciclo. Salta con los dos pies y cerca de los tres años puede hacerlo con uno sólo mostrando buen equilibrio.

Logra una buena manipulación, usa tijeras, ensarta en cordeles, utiliza mejor la punta de los dedos, comienza a mostrar predominancia lateral en algunas acciones, aunque algunos no definen su lateralidad hasta los 6-7 años.

La marcha segura y las destrezas que consigue le conceden más independencia y autonomía, aunque después de realizarlas buscará de inmediato el apoyo de un adulto, al cual imita en todo momento.

Establece más relaciones sociales con sus padres y es capaz de esperar turno para jugar o realizar cualquier otra actividad de su interés.

Al final del tercer año empieza a conseguir el control de esfínteres durante la noche.

Segunda Infancia, de 4 a 6 años:

El crecimiento será casi constante hasta los siete años, la estructura ósea seguirá madurando, por lo cual habrá que atender de manera importante la nutrición, influirá en el crecimiento óseo, grosor, forma y número de huesos del cuerpo, además del desarrollo dental.

La característica a resaltar es el aumento de las habilidades en la ejecución de todas las destrezas psicomotrices. El sentido del equilibrio bien desarrollado le permite sentirse más confiado de sus posibilidades motrices. Se animará a realizar proezas y acrobacias sin tener en cuenta los peligros; lo cual tiene un lado negativo, pues puede sufrir un pequeño accidente que puede atemorizar tanto a los padres como al niño /a, coartando su actividad. No deberíamos permitir que esto sucediera, los accidentes son situaciones fortuitas que a veces, tomando precauciones, podemos evitar.

Más destrezas son: lanzar la pelota con una trayectoria definida, son mucho más complejas requiriendo equilibrio dinámico y direccionalidad, acciones encadenadas que implican habilidades de las que el niño carece a esta edad.

Con algunas actividades el niño disfruta, actividades como moldear, construir, recortar, dibujar, aunque no existe perfección en los movimientos de sus manos y a dar trazos que él desea dar.

Por lo tanto, nos damos cuenta de lo importante que es el movimiento en sí y su evolución en el desarrollo infantil. Es por eso por lo que la Psicomotricidad debe de estar incluida en el ámbito educativo, una educación que se realiza dentro del marco escolar, trabajando con grupos en un ambiente enriquecido por elementos que le estimulen a desarrollarse gracias a la actividad motriz y al juego.

Niñez, de los 6 a los 12 años:

Estaríamos en un periodo que algunos denominan 2ª infancia, hasta los 9 años, y la 3ª infancia o niñez tardía, hasta los 12 años, justo antes de la pubertad y adolescencia.

En esta etapa el niño forma parte de la comunidad escolar, ya ha ingresado en la escuela y es uno más de sus miembros. Posee un cierto autocontrol que ira desarrollando y una mayor sensibilidad para aplicarlo en sus relaciones sociales. Está transformándose para vivir en un grupo fuera del ámbito familiar y se enfrenta con tareas físicas cada vez más complejas. Resulta muy importante por tanto el conocimiento de sus condiciones físicas y su idoneidad para dichas actividades.

Es muy importante realizar un cuidadoso examen de todo el organismo del niño para conocer su agudeza visual y auditiva, así como su constitución ósea, muscular, articular, conocer si es diestro o zurdo y sus hábitos de limpieza y cuidado e higiene personal.

Su actividad social hace que se relacione con numerosos coetáneos suyos y se produzcan las relaciones grupales que le llevarán al juego y la competencia, comienza a realizar deportes de cooperación con los de su mismo sexo. Al final de la etapa aparecerán las rivalidades así como los juegos y modas por temporadas que les llevarán a desarrollar su mayor actividad física.

Es una etapa en la que debemos aprovecharnos de su gran capacidad física para desarrollar las habilidades propias de cada individuo.

FORMAS DE EVALUACION DEL DESARROLLO PSICOMOTOR

La necesidad de detección temprana o diagnóstico precoz de deficiencias o minusvalías, ya que la estimulación aferente adecuada puede permitir que sean suplidas funciones inexistentes o se desarrollen normalizadamente funciones que presenten anomalías.

De acuerdo a los autores Picq y Vayer (1960). Los contenidos esenciales de la evaluación e intervención psicomotora en términos de Funciones Básicas

del Desarrollo y que fundamentalmente son: La sensorialidad; la Motricidad gruesa, en la que están comprometidos los movimientos amplios que involucran a la mayor parte del cuerpo, como son las pautas evolutivas posturales; la Motricidad fina, que implica movimientos de coordinación visomotriz como la prensión en pinza entre el índice y el pulgar y la Coordinación y Configuración del Esquema Corporal.

Las técnicas empleadas en el examen psicomotor están basadas en la observación, preferentemente en situación de examen o test.

Es necesario conocer, por tanto, el nivel de desarrollo psicomotor desde el que plantear nuestra intervención, detectar posibles alteraciones en dicho desarrollo, observar la respuesta de los niños a la acción educativa y valorar las adquisiciones en el campo psicomotor.

La evaluación requiere de dos acciones consecutivas: la medición y la valoración. Medimos para obtener datos, datos acerca de lo que el niño o la niña es capaz de hacer tanto por si mismo (nivel evolutivo real), como con ayuda del adulto (zona de desarrollo próximo).

Sin embargo, estos datos nos van a indicar una determinada posición en el desarrollo evolutivo del alumno/a cuando procedamos al estudio comparado de los mismos. Es decir los datos, por si solos, no nos van a ser útiles si no

nos permiten la comparación con unos niveles de referencia y podemos llevar a cabo una valoración de los mismos.

DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS CON PARÁLISIS CEREBRAL

INTRODUCCIÓN

En el desarrollo normal, etapa tras etapa, los logros iniciales se modifican, se perfeccionan y se adaptan para integrarse en patrones de movilidad y destreza más finas y selectivas.

El niño con Parálisis Cerebral también se desarrolla, pero con mayor lentitud. Su desarrollo no solo se retarda, sino que sigue cauces anormales. Todos los niños con Parálisis Cerebral cumplen sus etapas más tarde de lo normal, no importa su inteligencia y su grado de desenvolvimiento.

Además, tarde o temprano, según la severidad del caso, a este retardo de la maduración se suma una desviación con respecto al desarrollo normal, desviación que se manifiesta con actividades motoras anormales. Estas actividades motoras anormales se evidencian cuando el niño aumenta su actividad, cuando intenta sentarse, usar sus brazos y manos, etc.

Así entonces se reconoce la espasticidad, que empeora con el tiempo y la anormalidad de los patrones posturales y de movimiento.

Este incremento de patrones anormales atenta contra el desarrollo normal, llegando a imposibilitarlo. El niño por lo tanto, trata de funcionar con un conjunto inadecuado de patrones, compensando con las partes del cuerpo menos afectadas. En consecuencia, el desarrollo del niño no solo se atrasa, sino que se desorganiza y se perturba producto de la lesión

A medida que el niño con PC se torna más activo, van instalándose posturas y movimientos anormales. Estos cambios operan de acuerdo con líneas previsibles, pero difieren entre los diversos tipos de PC. En la mayoría de los casos la espasticidad se instala poco a poco a medida que el niño madura y empieza a reaccionar frente a su desarrollo.

PARÁLISIS CEREBRAL ESPÁSTICA

Concepto

Es una alteración del tono en la que existe una co-contracción de los músculos dando lugar a deformidades por mantenimiento de posturas. La espasticidad se activa ante cambios posturales, ruidos, miedo o estiramiento brusco de los músculos. Está provocado por el daño de la neurona motora superior en la corteza o a lo largo de las vías que terminan en la médula espinal. Se caracteriza por reflejos tendinosos exaltados y respuestas plantares en extensión.

Generalidades

La parálisis cerebral espástica es el tipo más común, entre el 70 y 80 por ciento de todos los casos de parálisis cerebral. Este tipo de parálisis cerebral ocurre cuando el daño afecta a la corteza cerebral, o capa externa del cerebro, ya sea al nacer o a una edad muy temprana.

La parálisis cerebral espástica tiene un número de sub-formas, clasificadas según las áreas del cuerpo afectadas por el daño cerebral, tales como, en un solo lado del cuerpo o las extremidades inferiores (hemipléjica, diplejía) y la severidad de la condición (leve, moderada o severa).

Este tipo de parálisis cerebral, que se refiere a tono muscular incrementado, mantiene los músculos en un estado constante de tensión. Normalmente, los músculos trabajan en pares, con un grupo que se contrae y el otro que se relaja.

Este proceso permite movimiento libre el daño cerebral en la parálisis cerebral espástica daña la comunicación normal entre el cerebro y los músculos, interrumpiendo así el proceso de movimiento. En vez de alternar entre tensión y relajación, los músculos de los pacientes con parálisis cerebral espástica a menudo se activan al mismo tiempo, causando tensión persistente o espasticidad, y haciendo difícil el movimiento.

Los efectos de la parálisis cerebral espástica en el movimiento y nivel general de habilidad dependen de la severidad de la condición y los

músculos afectados. La parálisis cerebral espástica leve puede únicamente impedir la habilidad de completar tareas específicas, mientras que la forma más severa de parálisis cerebral espástica puede afectar significativamente la habilidad de un paciente de completar cualquier tarea.

Mientras que la parálisis cerebral espástica no es una enfermedad progresiva, la espasticidad de los músculos y contracturas de las articulaciones pueden empeorar con el tiempo, limitando aún más el rango de movimiento del paciente y su habilidad de realizar ciertas tareas. La ansiedad y el esfuerzo ejercido pueden también exacerbar la espasticidad de los músculos en pacientes con este tipo de parálisis cerebral.

ETAPAS DEL DESARROLLO PSICOMOTOR ANORMAL

PRIMERA ETAPA

Decúbito Supino

Movimientos débiles de piernas en semiflexión, una pierna más abducida y flexionada. Poco a poco la extensión de EEII se manifiesta con aducción combinada.

Al comienzo puede haber dorsiflexión de tobillos, pero al aumentar la espasticidad se produce plantiflexión.

Giro

Giro iniciado con la cabeza y ayudado por brazos.No existe rotación de cintura pélvica en relación a cintura escapular. Más rigidez de extremidades inferiores, se producen reacciones asociadas con consiguiente aumento de espasticidad de extensores y aductores.

Tracción a sedente

Las extremidades inferiores se extienden, aducen y rotan internamente.Los tobillos realizan supinación y plantiflexion.El control de cabeza suele ser bueno y los niños a veces colaboran para sentarse.

Sedente

No hay control de tronco. Extremidades inferiores en aducción y RI, tobillos en plantiflexion. Base de sustentación angosta, por lo que aumenta la cifosis para compensar flexión insuficiente de caderas, junto con flexión de cabeza y cuello.

Se sienta sobre sacro y lleva el cuerpo hacia delante flexionando demasiado la columna.Tendencia a caer hacia atrás cuando miran hacia arriba.Tardío uso de manos y brazos para sostenerse.

SEGUNDA ETAPA

Arrodillarse, Gatear y Bipedestar

Se incorpora sobre rodillas. Las extremidades inferiores permanecen pasivos en aducción y RI. Posición que da seguridad (postura en W). Postura de pies asimétrica: dorsiflexion y pronación de un pie y plantiflexion y supinación del otro.

Al principio se desplazan por el suelo sentados y saltan sentados. Más adelante aprenden gateo con breves movimientos recíprocos. Las piernas permanecen en semiflexion, con caderas en rotación interna y rodillas aducidas. No pueden realizar sedente lateral por falta de rotación de tronco.

Bipedestación

No pueden realizar carga de peso sobre una rodilla para liberar la otra y así ponerse de pie.

Tracciona con los brazos para levantarse directamente en puntillas. A veces logra apoyar un talón en el suelo con rotación posterior de pelvis y flexión de caderas de ese lado. El otro pie permanece en equino con rotación interna y sin recibir carga de peso.

El desarrollo motor del niño con PC exhibe ciertos rasgos típicos como los que se describieron. El tono postural y los patrones de movimientos del niño se modifican a medida que crece y se desarrolla. Es importante conocer las secuencias del desarrollo motor anormal para anticipar su ocurrencia en los niños de muy corta edad.

Además de este modo se captan mejor los primeros signos de comportamiento postural anormal y se reconocen sus proyecciones para futuras actividades del niño y la posible instalación de contracturas o deformidades.

f. METODOLOGÍA

El presente trabajo investigativo, estará enmarcado en los postulados de los siguientes métodos y técnicas investigativas.

MÉTODOS

CIENTÍFICO: Conjunto de pasos fijados de antemano por una disciplina con el fin de alcanzar conocimientos válidos mediante instrumentos confiables. Se utilizará este método durante todo el proceso investigativo, ya que permitirá ir avanzado en orden y en forma sistemática el estudio, aplicando con objetividad los instrumentos investigativos, sin perder de vista los objetivos planteados. Este método, someterá el desarrollo de la tesis a un proceso organizado y dinámico, además, permitirá revisar la bibliografía referente a las Actitudes de los padres frente al Desarrollo Psicomotriz de los niños con Parálisis Cerebral Espástica en el Centro de Atención y Desarrollo de Niños, Especiales "CADE"

ANALÍTICO-SINTÉTICO: Este método analítico implica el análisis que significa descomposición, esto es la separación de un todo en sus partes o en sus elementos constitutivos y el método sintético implica la síntesis esto es, unión de elementos para formar un todo. Se recurrirá a este método, cuando se analice las técnicas investigativas en lo que tiene que ver cada uno de los componentes del marco teórico. Posteriormente servirá para llegar

a las conclusiones y recomendaciones y luego sintetizar o realizar la redacción del informe final de investigación.

INDUCTIVO-DEDUCTIVO: El método inductivo es un modo de razonar que nos lleva de lo particular a lo general, de una parte a un todo, mientras que el método deductivo parte de lo complejo a lo simple. Servirá para el estudio y análisis de los hechos particulares y deducir criterios. Así mismo, también para tener un referente sobre la problemática general del tema. Con los datos generales ya conocidos se podrá deducir las consecuencias particulares del desarrollo de valores.

DESCRIPTIVO: Es la adquisición de datos objetivos, precisos y sistemáticos que pueden usarse en promedios, frecuencias y cálculos estadísticos similares. Este método permitirá realizar la descripción actual del problema en una forma clara y específica.

MODELO ESTADÍSTICO: Consiste en una serie de procedimientos para el manejo de los datos cualitativos y cuantitativos de la investigación. Posibilitará la exposición de resultados. Se elaborarán cuadros y gráficos en base a los resultados obtenidos, lo que permitirá realizar el análisis e interpretación.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

- **LA ENCUESTA** Se aplicara a los docentes para determinar las actitudes de los padres de familia frente a sus hijos, datos que serán de vital importancia para el proceso de planificación y ejecución del presente trabajo de investigación.

- **TEST DE HABILIDAD MOTRIZ DE OSERETZKY** será aplicado a los niños y niñas del Centro CADE para establecer el nivel del desarrollo psicomotriz.

POBLACIÓN

La población con la que se realizara el presente trabajo de investigación está constituida por los niños y niñas con parálisis cerebral espástica del Centro CADE, los docentes y los padres de familia de los niños.

CENTRO "CADE"			
NIÑOS	NIÑAS	DOCENTES	TOTAL
11	14	12	59

Fuente: Registro de matrícula Centro "CADE"

Realizada: Nuvia Tituana

g. CRONOGRAMA:

fecha	2013																																			
	MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE							
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
Actividades																																				
Elaboración del proyecto		X	X	X																																
Presentación del proyecto				X	X																															
Inclusiones de correcciones						X	X																													
Aprobación de proyecto								X																												
Trabajo de campo									X	X	X																									
Tabulación de resultados											X	X	X	X	X																					
Elaboración del informe final																	X	X	X																	
Calificación de tesis																					X	X	X													
Inclusión de correcciones																									X	X	X	X								
Sustentación publica																													X	X						

h. PRESUPUESTOS Y FINANCIAMIENTO

La base para formular el presupuesto que se va a utilizar en el presente trabajo investigativo, está dada por los recursos tanto humanos como financieros.

RECURSOS HUMANOS

- Investigador
- Asesor del proyecto
- Niños y Niñas del CADE
- Docentes
- Padres de familia

RECURSOS INSTITUCIONALES

- Universidad Nacional de Loja
- Centro de Atención y Desarrollo de niños, Especiales “CADE”

RECURSOS MATERIALES

- Papel bond, Lápiz, Esfero, Cuadernos
- Computadora, Flas memory, Impresora, Cartuchos de tinta
- Internet, Libros, Revistas
- Material de reciclaje

RECURSOS FINANCIEROS

GASTOS	VALOR
Transporte	\$300
Impresiones	\$250
Derecho Y aranceles Universitarios	\$ 300
Adquisición de material bibliográfico	\$ 150
Levantamiento del texto definitivo y copias	\$200
Empastados	\$ 50
Imprevistos	\$300
TOTAL	\$ 1550

El presente proyecto de investigación es financiado en su totalidad por la autora.

i. BIBLIOGRAFÍA:

- ★ LEIVA, Francisco, **Nociones de Metodología de Investigación Científica**, Quinta Edición, 2001

- ★ Gómez González, E., y Alonso Torres, J. (1999). Necesidades, demandas y situación de las familias con menores (0-6 años) discapacitados. Colección Estudios e Informes, Imserso.

- ★ Romero, R. y Celli, A. (2004). Actitud de las madres ante la experiencia de un hijo con parálisis cerebral. ED, abr. 2004, vol.11, no.1, p.68-79.

- ★ Picq y Vayer, (1960) *Education Psycomotrices Arrieration mentale*, evaluación del desarrollo psicomotor.

- ★ *Psicología del desarrollo*, Roma Rubio Editorial CCS, Madrid – España 1992

- ★ Justo Martínez, E (2000) *Desarrollo Psicomotor en Educación Infantil. Bases para una intervención en psicomotricidad*.

Bibliografía Web

- ★ <http://terapiapsicomotriz.blogspot.com/>

- ★ <http://www.who.int/features/factfiles/disability/es/index.html>,

- ★ <http://www.cosasdelainfancia.com/biblioteca-psico-g.htm>

- ★ <http://www.slideshare.net/lasmagnificas/la-evaluacion-en-lapsicomotricidad-unidad-viii>

- ★ <http://www.iniciativat.com/component/content/article/44-estimulacion-infantil/306-psicomotricidad.html>

j. ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

MODALIDAD DE ESTUDIOS A DISTANCIA

ÁREA DE LA EDUCACIÓN EL ARTE Y LA COMUNICACIÓN

Como estudiantes de la Universidad Nacional de Loja, hemos creído conveniente, aplicar esta encuesta la misma que servirá para la comprobación de nuestro trabajo de investigación, por lo cual le ruego a usted se digne contestar con la seriedad que amerita, la misma que consta de las siguientes preguntas:

Encuesta A docentes del centro cade loja

1. Del siguiente listado, marque las condiciones en las que han llegado los niños con esta deficiencia a este centro.

Maltratados

Contentos

Deprimidos

Introvertido

2. ¿Qué actitudes ha notado comúnmente que presentan los padres de familia frente a la deficiencia de los niños?

Vergüenza

Aceptación

Culpable

Rechazo

Perseverancia

3. ¿Qué le parece el grado de colaboración de los padres de familia en cuanto al desarrollo psicomotor de los niños?

Bueno

Malo

Deficiente

4. Como profesional, ¿Qué alternativas le daría usted a los padres de familia para mejorar el desarrollo psicomotor de sus hijos?

Reforzar terapias en casa

Demostrarles cariño a sus hijos

Trabaje en equipo

Pida ayuda a profesionales

5. ¿Cree usted que la presencia de los padres de familia durante el tiempo de la terapia ayuda en el tratamiento del niño?

Si

No

A veces

6. ¿La asistencia de los niños y niñas permanentemente al centro de rehabilitación mejora el desarrollo psicomotor?

Si

No

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

MODALIDAD DE ESTUDIOS A DISTANCIA

ÁREA DE LA EDUCACIÓN EL ARTE Y LA COMUNICACIÓN

TEST DE HABILIDAD MOTRIZ DE OSETZKY

La finalidad del test es determinar la conducta motriz de los niños, desde las reacciones posturales y movimientos generales del cuerpo hasta la más fina coordinación y control de los músculos faciales.

Para la aplicación de la prueba se requiere de materiales sencillos y fáciles de obtener, como cerillas, carretes de madera, hilo, papel, cuerda, cajas, pelotas de goma; entre otras.

Coordinación Estática

El niño debe mantenerse sobre la punta de los pies, los talones y piernas juntas, los ojos abiertos y las manos sobre la costura del pantalón. Esta prueba se considera apta siempre que el niño se mantenga en la postura descrita durante el tiempo fijado, no importa si el niño presenta pequeñas vacilaciones; no se debe tocar con los talones el suelo, se concede tres intentos.

Tiempo: 10 segundos.

Escala valorativa

- ✓ Satisfactorio: Hasta 10 segundos

- ✓ No Satisfactorio: Menos 10 segundos

Coordinación Dinámica

Entregar al niño un papel e indicar que haga un bolita, primero con la mano derecha y luego con la izquierda, siempre con la palma hacia abajo. El niño puede ayudarse con la otra mano: es posible la prueba cuando en el tiempo fijado se hace la bolita, teniendo esta cierta consistencia.

Tiempo: 10 segundos.

Escala valorativa

- ✓ Satisfactorio: Hasta 10 segundos
- ✓ No Satisfactorio: Más 10 segundos

Velocidad, Precisión, Fuerza y Equilibrio

Consiste en saltar a lo largo de 5 metros, primero con una pierna y después con la otra. Entre salto y salto se descansa 30 segundos. El salto debe realizarse con las manos en los muslos, el niño dobla la pierna por la rodilla en ángulo recto. El tiempo no se computa. Se permitirán dos ensayos con cada pierna.

Escala valorativa

- ✓ Satisfactorio: Ejercicio correctamente realizado
- ✓ No Satisfactorio: Ejercicio incorrectamente realizado

Velocidad de Movimientos

En la mano izquierda del niño se coloca un carrete, del cual debe surgir un hilo de unos dos metros de largo, que debe sostener sobre el pulgar y el

índice de la mano derecha y a una señal fijada, enroscarlo al carrete tan rápido como le sea posible. Se repite posteriormente la prueba pasando el carrete a la otra mano. La prueba se considera superada, cuando se han realizado bien las instrucciones y en el momento exacto.

Tiempo: 15 segundos para cada mano.

Escala valorativa

- ✓ Satisfactorio: Hasta 15 segundos
- ✓ No Satisfactorio: Más de 15 segundos

Movimientos Simultáneos

Se coloca al niño ante una mesa y sobre esta se coloca una caja de cerillas. A la izquierda y derecha de la caja se colocan 10 cerillas: Se trata de que el niño, a una señal dada, introduzca con el pulgar y el índice las cerillas en la caja. Se concede dos intentos y la prueba es tomada por buena cuando en el tiempo prescrito se introduzca cinco por lo menos.

Escala valorativa

- ✓ Satisfactorio: Hasta 10 segundos
- ✓ No Satisfactorio: Más de 20 segundos

Precisión de Movimientos

La realización de esta prueba es aparentemente sencilla aunque son pocos los niños que superan. Consiste en pedirle al niño que muestre sus dientes. La prueba es considerada incorrecta si el niño hace movimientos superfluos, como abrir la ventanilla de la nariz, arrugar la frente, levantar las cejas.

Escala valorativa

- ✓ Satisfactorio: Si el niño realiza la prueba sin interrupciones
- ✓ No Satisfactorio: Si el niño hace movimientos superfluos.

ÍNDICE

➤ PORTADA	i
➤ CERTIFICACIÓN	ii
➤ AUTORÍA	iii
➤ CARTA DE AUTORIZACIÓN	iv
➤ AGRADECIMIENTO	v
➤ DEDICATORIA	vi
➤ ESQUEMA DE CONTENIDO	vii
a. Título	1
b. Resumen Summary	2
c. Introducción	5
d. Revisión de literatura	8
e. Materiales y métodos	33
f. Resultados	36
g. Discusión	55
h. Conclusiones	57
i. Recomendaciones	59
j. Bibliografía	60
k. Anexos	62