



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

PORTADA

TÍTULO

LA PSICOMOTRICIDAD FINA Y SU RELACIÓN CON LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA EN LOS NIÑOS Y JÓVENES CON PARÁLISIS CEREBRAL ENTRE LAS EDADES COMPRENDIDAS DE 8-13 AÑOS QUE ASISTEN AL CENTRO ESPECIAL (CADE) EN LA CIUDAD DE LOJA PERIODO DICIEMBRE DEL 2012- FEBRERO DEL 2013

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

AUTOR

Gary Fabián Ruiz Lozano

DIRECTORA

Dra. Mg. Sc. Silvia Torres Díaz

LOJA-ECUADOR
2014

CERTIFICACIÓN

Dra. Silvia Torres Díaz, MG.SC.

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

CERTIFICA:

Haber dirigido, asesorado y monitoreado con pertinencia y rigurosidad científica la ejecución del proyecto de tesis titulado **LA PSICOMOTRICIDAD FINA Y SU RELACIÓN CON LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA EN LOS NIÑOS Y JÓVENES CON PARÁLISIS CEREBRAL ENTRE LAS EDADES COMPRENDIDAS DE 8-13 AÑOS QUE ASISTEN AL CENTRO ESPECIAL (CADE) EN LA CIUDAD DE LOJA PERIODO DICIEMBRE DEL 2012 – FEBRERO DEL 2013** de la autoría del estudiante Gary Fabián Ruiz Lozano. Por lo que se autoriza su presentación, defensa y demás trámites correspondientes para la obtención del Grado de Licenciatura.

Loja, Diciembre del 2014



Dra. Mg. Silvia Torres Díaz Sc.
DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo, Gary Fabián Ruiz Lozano, declaro ser autor 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: Gary Fabián Ruiz Lozano

Firma:

Cédula: 070506161-2

Fecha: 09 de diciembre de 2014

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

Yo, Gary Fabián Ruiz Lozano, declaro ser autor de la tesis titulada. **LA PSICOMOTRICIDAD FINA Y SU RELACIÓN CON LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA EN LOS NIÑOS Y JÓVENES CON PARÁLISIS CEREBRAL ENTRE LAS EDADES COMPRENDIDAS DE 8-13 AÑOS QUE ASISTEN AL CENTRO ESPECIAL (CADE) EN LA CIUDAD DE LOJA PERIODO DICIEMBRE DEL 2012- FEBRERO DEL 2013**, como requisito para optar al Grado en Licenciado en Psicorrehabilitación y Educación Especial; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad 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, al 09 día del mes de diciembre del dos mil catorce, firma el autor.

Firma:.....

Autor: Gary Fabián Ruiz Lozano
Cédula: 070506161-2
Dirección: Época- Calles Honduras y Brasil
Correo Electrónico: garyruiz11@hotmail.com
Teléfono: 2-154026
Celular: 0992676764

DATOS COMPLEMENTARIOS

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

TRIBUNAL DE GRADO:

Presidente: Dr. Oscar Eduardo Cabrera Iñiguez, Mg.Sc.
Vocal: Dra. Alba Susana Valarezo Carrión, Mg.Sc.
Vocal: Dra. Rosita Álvarez Tacurí, Mg.Sc.

AGRADECIMIENTO

Al concluir con este trabajo investigativo dejo constancia de agradecimiento:

A la Universidad Nacional De Loja por haberme abierto sus puertas y formarme como profesional

A los docentes del Área de la educación, el arte y la comunicación de manera muy especial:

Al Dr. Oscar Cabrera Iñiguez, Dr. Cesar León Aguirre, Dra. Mayra Rivas, Dra. Andrea Paucar, docentes de la carrera de Psicorrehabilitación y Educación Especial, quienes con sus conocimientos contribuyeron a mi formación académica y también fueron mi motivación y ejemplo para culminar esta carrera humanista.

A la Dra. Silvia Torres, Directora de tesis, quien con su carisma y paciencia, fue mi guía para culminar mi trabajo de investigación.

A los terapeutas del Centro de Atención y Desarrollo para niños, niñas y adolescentes especiales (CADE) quienes me abrieron sus puertas.

Gary Fabián Ruiz Lozano

DEDICATORIA

Dedico este esfuerzo gratificante y de manera especial a mis padres, mis hermanos, tíos, abuelos, a todos ellos por ser mi fuente de inspiración para seguir adelante, gracias a ellos he podido llegar a mi meta que Dios los colme de bendiciones.

A los niños y niñas del Centro de Atención y Desarrollo especial (CADE), quienes con su amor, incondicional y puro, fueron un pilar fundamental para seguir esta carrera.

Gary Fabián Ruiz Lozano

ÁMBITO GEOGRÁFICO DE LA INVESTIGACIÓN

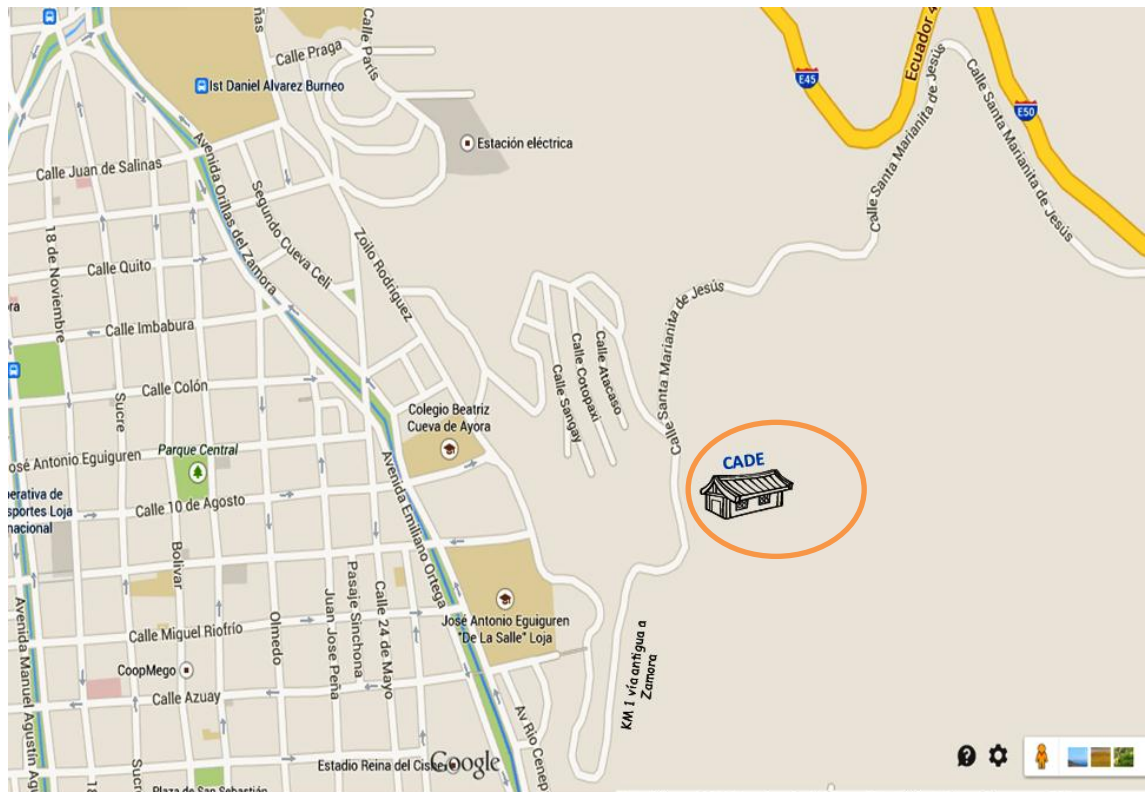
BIBLIOTECA: Área de la Educación, el Arte y la Comunicación

TIPO DE DOCUMENTO	AUTOR / NOMBRE DEL DOCUMENTO	FUENTE	FECHA / AÑO	ÁMBITO GEOGRÁFICO						OTRAS DEGRADACIONES	NOTAS OBSERVACIONES
				NACIONAL	REGIONAL	PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	CUIDADELA		
TESIS	Gary Fabián Ruiz Lozano LA PSICOMOTRICIDAD FINA Y SU RELACIÓN CON LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA EN LOS NIÑOS Y JÓVENES CON PARÁLISIS CEREBRAL ENTRE LAS EDADES COMPRENDIDAS DE 8-13 AÑOS QUE ASISTEN AL CENTRO ESPECIAL (CADE) EN LA CIUDAD DE LOJA PERIODO DICIEMBRE DEL 2012 – FEBRERO DEL 2013	UNL	2014	ECUADOR	ZONA 7	LOJA	LOJA	SAN SEBASTIAN	KM 1, VÍA ANTIGUA A ZAMORA.	CD	Licenciado en Psicorrehabilitación y Educación Especial

MAPA GEOGRÁFICO



CROQUIS



ESQUEMA DE TESIS

- ✓ CARATULA
- ✓ CERTIFICACIÓN
- ✓ AUTORÍA
- ✓ AGRADECIMIENTO
- ✓ DEDICATORIA
- ✓ ÁMBITO GEOGRÁFICO DE LA INVESTIGACIÓN
- ✓ MAPA GEOGRÁFICO
- ✓ ESQUEMA DE TESIS
 - a. TITULO
 - b. RESUMEN -SUMMARY
 - c. INTRODUCCIÓN
 - d. REVISIÓN LITERARIA
 - e. MATERIALES Y MÉTODOS
 - f. RESULTADOS
 - g. DISCUSIÓN
 - h. CONCLUSIONES
 - i. RECOMENDACIONES
- LINEAMIENTOS ALTERNATIVOS
 - j. BIBLIOGRAFÍA
 - k. ANEXOS
- PROYECTO DE TESIS

a. TÍTULO

LA PSICOMOTRICIDAD FINA Y SU RELACIÓN CON LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA EN LOS NIÑOS Y JÓVENES CON PARÁLISIS CEREBRAL ENTRE LAS EDADES COMPRENDIDAS DE 8-13 AÑOS QUE ASISTEN AL CENTRO ESPECIAL (CADE) EN LA CIUDAD DE LOJA PERIODO DICIEMBRE DEL 2012- FEBRERO DEL 2013

b. RESUMEN

La presente investigación se denomina La psicomotricidad fina y su relación con las actividades de la vida diaria en los niños y jóvenes con parálisis cerebral entre edades comprendidas entre 8 – 13 años que asisten al centro especial (CADE) con el objetivo general de Determinar la relación que existe entre la motricidad fina y el desarrollo de las actividades de la vida diaria en los niños y jóvenes con parálisis cerebral que asisten al (CADE). Para el presente estudio se recopiló fundamentación teórica en relación a las categorías de psicomotricidad, actividades de la vida Diaria y sobre la parálisis cerebral, literatura en la que se plantean definiciones y enfoques diversos sobre la problemática en estudio. La investigación fue de tipo descriptiva en la cual se utilizó el método científico, analítico- sintético, deductivo -inductivo, y estadístico, los instrumentos que se utilizaron para la recolección de información en relación a las variables de estudio fueron: Plantilla de motricidad fina del autor Alasid, Test para medir las actividades de la vida diaria del autor Barthel, aplicado a los niños y jóvenes con parálisis cerebral y una encuesta dirigida al personal que trabajan en el CADE. La muestra estadística comprendió 8 niños y jóvenes y 3 terapeutas. Con lo que se logró hacer un análisis cuanti – cualitativo, obteniendo resultados que permitieron concluir que el 100% de los niños y jóvenes con Parálisis Cerebral, se encuentran afectados en su motricidad fina en cuanto, recortar, abotonar y desabotonar ropa, trenzar, abrir y cerrar frascos y llaves de agua. Dificultando así la ejecución de las actividades de la vida diaria en un 87% sobre todo en las actividades de aseo e higiene, alimentación y control de esfínteres. Como recomendación para los padres de familia es que se involucren en las actividades realizadas en el centro, para que las apliquen en la cotidianidad del hogar. Estimular, masajear y movilizar las manos y dedos de los niños/jóvenes con parálisis cerebral para mejorar los movimientos finos y por ende ayudar a un mejor desenvolvimiento en la vida cotidiana, y una mejor realización de las actividades de la vida diaria.

SUMMARY

This research is called The fine motor skills and their relationship with the activities of daily living in children and youth with cerebral palsy among aged 8-13 years attending the special center (CADE) with the overall aim of determine the relationship between fine motor skills and the development of activities of daily living in children and youth with cerebral palsy who attend (CADE) .For this study theoretical foundation was collected in relation to the categories of motor skills, activities Daily life and cerebral palsy literature in which definitions and various approaches to the problem under study arise. The research was descriptive in which the statistical scientific method, synthetic, analytic-deductive -inductivo, and the instruments used to collect information regarding the study variables were used: Template fine motor skills author Alasid, Test to measure activities of daily life of the author Barthel, applied to children and youth with cerebral palsy and staff survey who work at CADE. The statistical sample included 8 children and young people and 3 therapists. Thus it was possible to make a quantitative analysis - Qualitative, obtaining results that led to the conclusion that 100% of children and youth with cerebral palsy, are affected in their fine motor skills as, crop,buttoning and unbuttoning clothes, braiding, open and close jars and faucets. Thus hindering the implementation of activities of daily living by 87% mainly in the activities of grooming and hygiene, feeding and toilet training.As a recommendation for parents is to get involved in activities in the center, to apply them in everyday household. Stimulate, massage and mobilize the hands and fingers of children / young people with cerebral palsy to improve fine motor and thus help better development in everyday life, and better implementation of activities of daily living.

c. INTRODUCCIÓN

El trabajo intenta por un lado tener claro que la psicomotricidad está íntimamente ligada con las actividades de la vida diaria ya que estos requieren movimientos finos y precisos; y por otro lado que los niños y jóvenes con parálisis cerebral son entes que presentan cierta limitación en actividades que la persona aprende para funcionar en la vida cotidiana y que le permitan responder a distintas situaciones y contextos diferentes y es por esto que debido al alto porcentaje de déficit motriz en niños y jóvenes con parálisis cerebral se ha tomado como tema de investigación: La psicomotricidad fina y su relación con las actividades de la vida diaria en los niños y jóvenes con parálisis cerebral entre las edades comprendidas de 8-13 años que asisten al centro especial (CADE) en la ciudad de Loja periodo Diciembre del 2012- Febrero del 2013

Para abordar el siguiente tema social se plantió como punto de partida los Objetivos específicos: determinar las dificultades motrices finas que presentan los niños y jóvenes con parálisis cerebral, Identificar las principales dificultades que presentan los niños y jóvenes con parálisis cerebral en las actividades de la vida diaria y sugerir lineamientos alternativos que permitan mejorar la psicomotricidad fina en los niños y jóvenes con parálisis cerebral en el Centro especial (CADE) para que puedan realizar las actividades de la vida diaria.

El presente estudio tiene como referente teórico: La Parálisis cerebral, concepto, características, clasificación. La Psicomotricidad, concepto, importancia y beneficios de la psicomotricidad, clasificación de la psicomotricidad, sus habilidades motrices finas, los beneficios de la psicomotricidad en los niños y adolescentes. Actividades de la vida diaria, concepto, actividades necesarias y primordiales de la vida diaria, aspectos

a tener en cuenta en las actividades de la vida diaria, actividades de la vida diaria y la motricidad.

La investigación fue de tipo descriptivo basado en técnicas y procedimientos apegados al Método Científico que se lo utilizó en todo el proceso investigativo. El método analítico-sintético, que fue utilizado al momento de recolectar información oportuna para la construcción de la revisión literaria, en la construcción del resumen y también en el procesamiento de los resultados obtenidos como producto de la investigación. Los métodos inductivo y deductivo se aplicaron al momento mismo de la extracción de las conclusiones y recomendaciones, en el resumen e introducción. El método estadístico que permitió procesar y organizar los resultados cuantitativos obtenidos de la aplicación de los instrumentos.

Los instrumentos que se aplicaron para obtener información sobre las variables en estudio fueron: una encuesta a los 3 terapeutas del centro; una Plantilla de motricidad fina del autor Alasid; y un Test para medir las actividades de la vida diaria del autor Barthel, instrumentos que fueron aplicados a los niños, y jóvenes.

La población investigada fue de 80 personas del Centro De Atención Especial "C.A.D.E" la misma que se tomó como muestra 8 niños y jóvenes entre 8-13 años con parálisis cerebral, y 3 terapeutas del centro antes mencionado.

Aquella información permitió llegar a las siguientes conclusiones: Las principales dificultades motrices finas que representa el 100% de los niños y jóvenes con Parálisis cerebral son recortar, abotonar y desabotonar ropa, trenzar, abrir y cerrar frascos y llaves de agua; y también; el 87% de los niños y jóvenes con parálisis cerebral son

dependientes en las Actividades de la Vida Diaria en lo que respecta al aseo e higiene, alimentación y control de esfínteres. Y finalmente, se construyó una propuesta dirigida a los niños y jóvenes, esta sirve para que puedan tener mejor movilidad en sus manos y con esto puedan realizar diferentes destrezas para que logren desenvolverse en las actividades de la vida diaria.

d. REVISIÓN LITERARIA

PARÁLISIS CEREBRAL

Definición de parálisis cerebral.

GUERRA DOMÍNGUEZ Y MARTÍNEZ GIRIARTE (2012), conceptualiza así:

La parálisis cerebral (PC) constituye la afección neurológica, describe un grupo de trastornos permanentes del desarrollo del movimiento y de la postura, que causan limitaciones en la actividad y que son atribuidos a alteraciones no progresivas ocurridas en el desarrollo cerebral del feto o del lactante. Los trastornos motores de la parálisis cerebral están a menudo acompañados por alteraciones de la sensación, percepción, cognición, comunicación y conducta. (p. 25)

De acuerdo con POO ARGUELLAS (2010).

“En la actualidad existe un consenso en considerar la parálisis cerebral (PC) como un grupo de trastornos del desarrollo del movimiento y la postura, causantes de limitación de la actividad, que son atribuidos a una agresión no progresiva sobre un cerebro en desarrollo, en la época fetal o primeros años.” (p. 271)

El trastorno motor de la Parálisis Cerebral con frecuencia se acompaña de trastornos sensoriales, cognitivos, de la comunicación, perceptivos y/o de conducta, y/o por epilepsia.

Características:

- Lesión en el sistema nervioso central no maduro.
- Lesión permanente, aunque no progresiva.
- Afecta fundamentalmente al movimiento.

- Puede presentarse asociada o no a otras alteraciones: sensoriales, perceptivas, intelectuales, etc.”.
- Se dan trastornos en el desarrollo psicomotor (control postural, de ambulación, manipulación, etc.).
- La lesión cerebral ocasiona un retraso en el desarrollo motor y produce alteraciones en ese desarrollo debidas a la presencia de esquemas anormales de actitud y movimiento.

Tabla Nº 1. Cuadro comparativo de características de parálisis cerebral

Niño normal		Niño con parálisis cerebral
Reflejos primarios presentes, vigorosos. Movimientos independientes.	<i>Recién nacido</i>	Reflejos primarios débiles o ausentes. Patrones totales de flexión o extensión.
Control cefálico adquirido	<i>3-4 meses</i>	Dificultad para el control cefálico. Dificultad para la alimentación.
Manos abiertas Manos juntas en la línea media	<i>4-5 meses</i>	Manos cerradas de forma mantenida Pulgar incluido en la palma de la mano Sólo utiliza una mano
Disolución de los reflejos primarios Reacciones de apoyo laterales Movimientos de pataleo	<i>6-7 meses</i>	Persisten los reflejos primarios. No presenta reacciones de apoyo. Piernas en extensión. Pataleo sin disociar.
Posición de sentado estable Repta con movimientos disociados	<i>8-9 meses</i>	Posición de sentado inestable. No repta.
Gatea Permanece de pie con las piernas separadas	<i>10-11 meses</i>	Repta impulsándose con los brazos y las piernas en extensión. Extensión de todo el cuerpo al intentar la bipedestación.
Tracción para ponerse de pie. Da pasos, cogido de la mano, realiza la pinza fina.	<i>1 año</i>	No se mantiene de pie con apoyo. Puede persistir la marcha automática. Prensión con toda la mano.

Fuente: Margarita González, Ma. Carolina Núñez Y Patricia Mendivil.

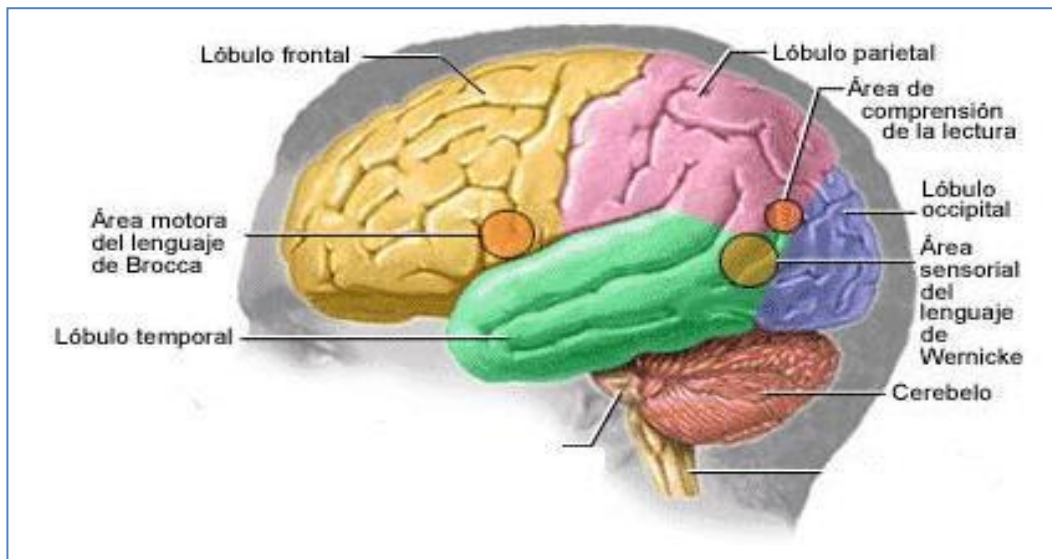


Figura Nº 1.Regiones del cerebro
Fuente: Margarita González, Ma. Carolina Núñez Y Patricia Mendivil.

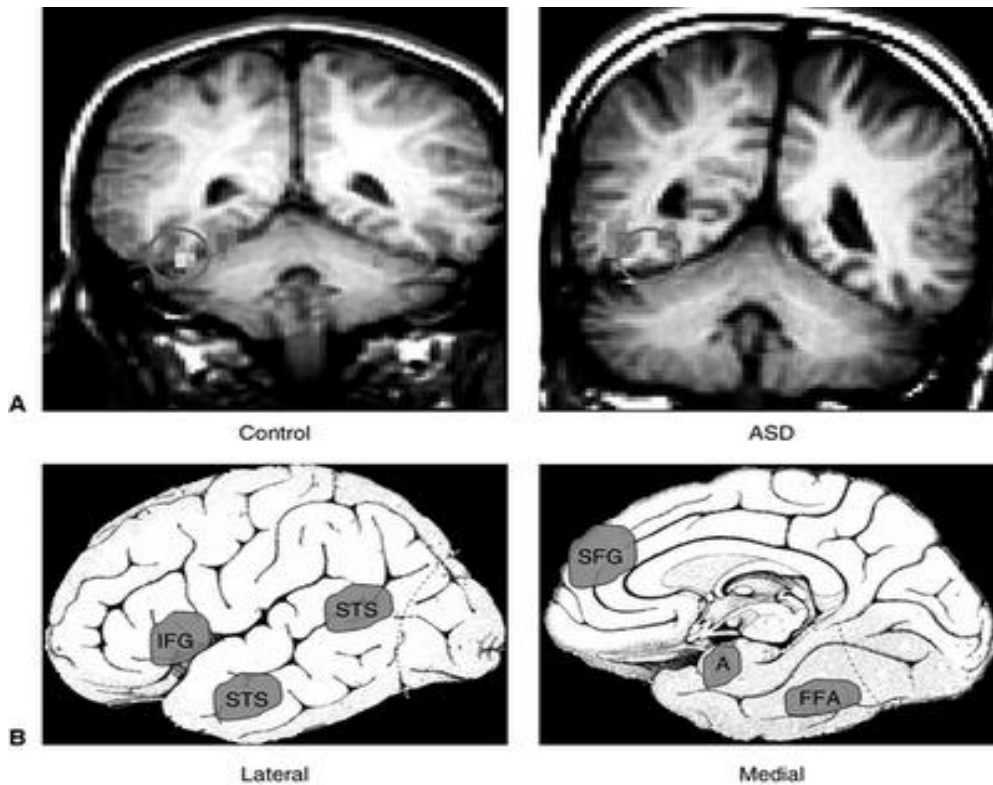


Figura Nº 2.Regiones afectadas por la parálisis cerebral
Fuente: Margarita González, Ma. Carolina Núñez Y Patricia Mendivil.

Causas de la parálisis cerebral.

La parálisis cerebral se puede presentar por diferentes causas que suceden antes del nacimiento (prenatales), durante el momento del parto (perinatales) o después del nacimiento (postnatales).

Causas Prenatales.

Según G, MARTÍNEZ GALÁN, MARTINEZ, Y ECHEVERRÍA, (2012), menciona:

- Que la madre presente una enfermedad infecciosa como la rubéola, toxoplasmosis, citomegalovirus, entre otros, especialmente durante los primeros tres meses del embarazo.
- Cuando el bebé presenta en la sangre el factor RH positivo y la madre tiene RH negativo. Esto se presenta cuando la madre ha tenido un embarazo anterior.
- Cuando la madre tiene una lesión grave en el corazón o presenta anemia, desnutrición, aumento de la tensión arterial, alteraciones en el útero y la placenta, ya que pueden causar disminución de oxígeno al feto.
- Otras causas pueden ser: parto prematuro, intoxicaciones del feto por rayos x (radiografías), bajo peso del bebé, alcoholismo y drogadicción de la madre (p. 54)

Causas Perinatales.

La causa más común es que al bebé le llegue muy poca o ninguna cantidad de oxígeno a su cerebro, de acuerdo a REYES CONTRERAS G, (2012), menciona:

- Partos muy demorados
- Uso inadecuado de implementos para sacar el bebé (como fórceps)

- Cuando se enreda o enrolla el cordón umbilical en el cuello del bebé.
- Cuando se pasa de tiempo para nacer (más de los 9 meses ó 42 semanas) y el bebé aspira meconio (su popó) (p.97)

Causas postnatales.

Según PAZ PAZ, MOLINA MOLINA ,Y TAPIA CORTES, (2010), menciona que:

- El bebé tenga alteraciones metabólicas, como la hipoglicemia (bajo nivel de azúcar en la sangre)
- Infecciones en el bebé como la meningitis, causada por una bacteria que le produce fiebre muy alta e irritabilidad.
- Golpes fuertes en la cabeza por accidentes o maltrato físico.
- Desnutrición en el bebé.
- Atragantamiento o intoxicaciones en el bebé.
- Un trastorno genético que puede ser hereditario aunque los padres estén completamente sanos.
- Cuando el cerebro del bebé sufre una malformación sin un motivo aparente. (p.67)

Clasificación de la parálisis cerebral.

La parálisis cerebral admite varias clasificaciones, según, ROBAINA CASTELLANOS Y RIESGO RODRIGUEZ, (2009), lo resume en tres:

- En función de la localización de la lesión: espástica, atetósica, atáxica y mixta.
- En función de la gravedad de la afectación: leve, moderada y severa,
- En función de los segmentos corporales afectados: monoplejía, diplejía, triplejía, paraplejía y tetraplejía (p.6)

Según la localización de la lesión cerebral, la parálisis cerebral se clasifica en:

De acuerdo a Munain, S (2010):

“En la parálisis cerebral espástica la lesión se localiza en la corteza cerebral. Se caracteriza por movimientos rígidos, bruscos y lentos. Su manifestación consiste en la pérdida de movimientos voluntarios y por un aumento del tono muscular. Incluso cuando el niño está en reposo la hipertonía es permanente; este fenómeno de hipertonía se manifiesta, en ocasiones, en el esfuerzo excesivo que debe realizar para poder ejecutar algún movimiento. La debilidad de los movimientos voluntarios afecta también a los labios y la lengua. El rostro es inexpressivo y no hay control del babeo. El niño se mueve poco; los músculos superiores están en semiflexión y los inferiores en extensión; los puños, cerrados, con desplazamientos lentos y vacilantes. Su manifestación más importante es la espasticidad y la hipertonía. Mayor afectación de las extremidades inferiores.”

Paz, C (2010) ,señala que en la forma discinética o atetósica

“(…) la lesión se localiza en los ganglios basales. Provoca en el sujeto movimientos involuntarios y lentos que puede ser atenuado por el reposo, somnolencia, fiebre y determinadas posturas o por el contrario, aumentado por la excitación, la inseguridad, la posición dorsal o por la posición en pie. La atetosis consiste en una oscilación lenta entre actitudes extremas de hiperextensión y de flexión. Hay afectación en la lengua y en los músculos de la masticación, de la articulación y de la respiración. La voz tiene un carácter espasmódico, o semejante a un quejido. Los sujetos que la padecen se caracterizan por presentar movimientos involuntarios, consistentes en desplazamientos espontáneos y lentos, en especial de manos y dedos. “

En la ataxia, de acuerdo a Miralles, P (2012), menciona que:

“(…) la lesión se localiza en el cerebelo. Trastorno de la coordinación y de la estática. Presentan alteración en el movimiento y en la dirección inicial, en la estabilidad del tronco y en el equilibrio. Se aprecia una descoordinación de la marcha, así como incapacidad para caminar en línea recta.” (p.35)

Según el grado de afectación (intensidad)

De acuerdo a PEREZ ALVAREZ Y RODRIGUEZ MESO, (2005), menciona:

- Leve cuando se dan movimientos algo torpes, pero con capacidad para la marcha y el habla.
- En grado **moderado** se presenta cuando se acrecientan las dificultades en cuanto a la marcha y el habla; la marcha es inestable y hay dificultades para el control manual.
- Es **severa**, en tercer lugar, cuando incapacita para la marcha, el lenguaje se encuentra muy afectado y es necesario recurrir a sistemas alternativos de comunicación. La comunicación alternativa se refiere a métodos de comunicación usados para reemplazar completamente el habla. (p.30)

En función de los segmentos corporales

TOVAR A, (2012), indica que:

- **“Hemiplejía o Hemiparesia.** Se encuentra afectado uno de los lados del cuerpo.
- **Diplejía o Diparesia.** Se encuentra más afectada la mitad inferior del cuerpo.
- **Monoplejía o monoparesia.** Se encuentra afectado un solo miembro.

- **Triplejía o Triparesia.** Se encuentran afectados tres miembros.
- **Cuadriplejía o Cuadriparesia.** Se encuentran afectados los cuatro miembros (p.95)

Dificultades que se asocian con parálisis cerebral

“La discapacidad intelectual.- Según PEREZ SÁNCHEZ, Y RODRIGUEZ, (2011), afirma “aproximadamente el 30 - 50 por ciento de las personas con parálisis cerebral se deteriora intelectualmente. El deterioro mental es más común entre las personas con cuadriplejía espástica que en aquellos con otros tipos de parálisis cerebral”. (p. 41)

Retraso en el crecimiento y el desarrollo

LORENTE HURTADO, (2004) ,aduce que:

Los niños con moderada a severa CP, especialmente aquellos con tetraparesia espástica, a menudo van a la zaga en el crecimiento y el desarrollo. En los bebés este retraso generalmente toma la forma de muy poco aumento de peso. En los niños pequeños puede aparecer como dificultad anormal, y en los adolescentes puede aparecer como una combinación de dificultad y falta de desarrollo sexual. Los músculos y las extremidades afectadas por CP tienden a ser más pequeños de lo normal, sobre todo en los niños con hemiplejía espástica, cuyos miembros en la parte afectada del cuerpo pueden no crecer tan rápido o tan largos como los del lado normal.

Deformidades de la columna vertebral y osteoartritis.- Deformidades de la columna vertebral-curvatura (escoliosis), joroba (cifosis), y la silla hacia atrás (lordosis) - se asocian con CP. Deformidades de la columna vertebral pueden hacer sentado, de pie, y la dificultad para caminar y causar dolor de espalda crónico. La presión sobre y desalineación de las

articulaciones pueden resultar en osteoporosis (una ruptura de los cartílagos en las articulaciones y ampliación de los huesos).

Problemas de visión.- Muchos niños con parálisis cerebral tienen estrabismo, comúnmente llamado "ojos cruzados", que no es tratada puede conducir a una mala visión en un ojo y puede interferir con la capacidad de juzgar la distancia.

Algunos niños con parálisis cerebral tienen dificultad para entender y organizar la información visual. Otros niños pueden tener defectos de la visión o ceguera que nubla el campo normal de visión en uno o ambos ojos. (pp.32- 34)

La pérdida de audición.- CASTELLANO Y RIESGOS, (2009), menciona:

“audición dañada también es más frecuente entre las personas con parálisis cerebral que en la población general. Algunos niños tienen pérdida de audición parcial o completa, como resultado de la ictericia o falta de oxígeno en el cerebro en desarrollo”. (p. 45)

Habla y trastornos del lenguaje.- Según GONZALEZ Y CAMPOS, (2011), afirma : “habla y trastornos del lenguaje, como la dificultad para formar palabras y hablar claramente, están presentes en más de un tercio de las personas con parálisis cerebral” (p. 85)

Babeo.- Algunos individuos con baba CP porque tienen poco control de los músculos de la garganta, la boca y la lengua.

Incontinencia.- SIMMS, (2011), concluye: “Una posible complicación de la CP es la incontinencia, causada por un mal control de los músculos que mantienen la vejiga cerrada”. (p. 22)

Sensaciones anormales y percepciones.- CASTELLANOS Y RIESGOS, (2009), afirma que “algunas personas con parálisis cerebral experimentan dolor o tienen dificultad para sentir sensaciones simples, como el tacto”. (p. 13)

Dificultades de aprendizaje.- Niños con parálisis cerebral puede tener dificultades para procesar ciertos tipos de información espacial y auditiva. El daño cerebral puede afectar el desarrollo del lenguaje y el funcionamiento intelectual.

Las contracturas.- Según GARCIA REINO, (2011), aduce que “los músculos pueden ser dolorosamente fijos en posiciones anormales, llamados contracturas, lo que puede aumentar la espasticidad muscular y deformidades de las articulaciones en personas con parálisis cerebral.”
(p. 24)

La inactividad.- Según STROKE, (2010), asevera que:

La inactividad de la niñez se magnifica en los niños con parálisis cerebral debido al deterioro de los centros motores del cerebro que producen y controlan el movimiento voluntario. Mientras que los niños con parálisis cerebral pueden tener un aumento del gasto de energía durante las actividades de la vida diaria, alteraciones del movimiento hacen que sea difícil para ellos participar en deportes y otras actividades a un nivel de intensidad suficiente para desarrollar y mantener la fuerza y la aptitud.
(p. 86)

PSICOMOTRICIDAD

Concepto.

JACQUES, (2004), define a la psicomotricidad como:

La psicomotricidad es una disciplina que, basándose en una concepción integral del sujeto, se ocupa de la interacción que se establece entre el conocimiento, la emoción, el movimiento y de su importancia para el desarrollo de la persona, de su corporeidad, así como de su capacidad para expresarse y relacionarse en el mundo que lo envuelve. Su campo de estudio se basa en el cuerpo como construcción, y no en el organismo en relación a la especie. (p. 11)

Según NÚÑEZ Y FERNANDEZ, (2012)

"La psicomotricidad es la técnica o conjunto de técnicas que tienden a influir en el acto intencional o significativo, para estimularlo o modificarlo, utilizando como mediadores la actividad corporal y su expresión simbólica. El objetivo, por consiguiente, de la psicomotricidad es aumentar la capacidad e interacción del sujeto con el entorno". (p.49)

Importancia y beneficios de la psicomotricidad.

Según GUTIERREZ, (2010), señala que:

La psicomotricidad es fundamental en el desarrollo de los aspectos que influyen en la personalidad del niño como son el cognitivo, el afectivo, el social y el motor. Además va ayudar a conseguir aprendizajes como lectoescritura, nociones topológicas o grafomotricidad entre otros. Mediante ésta herramienta el niño va a conocer su cuerpo y a través de su

cuerpo conocerá el mundo que le rodea. De ahí la importancia de realizar juegos, canciones y cuentos en edades tempranas. (p.4)

MURIEL, (2012), indica que:

La importancia radica entonces en que el desarrollo psicomotriz es una actividad elemental que contribuye al desarrollo de mecanismos de retroalimentación entre educadoras y niños/niñas, lo que permite que éstos a su vez expresen lo que piensan y los que sienten con confianza. El desarrollo psicomotor nos posibilita alcanzar niveles de simbolización y representación que tienen su máximo exponente en la elaboración de la propia imagen, la comprensión del mundo, el establecimiento de la comunicación, y la relación con los demás. La Psicomotricidad se aplica como instrumento educativo para conducir al niño hacia la autonomía y la formación de su personalidad a través de un proceso ordenado de consecuciones de todo tipo (p.35)

Clasificación de psicomotricidad.

Motricidad gruesa

Según ORDOÑEZ, (2009), manifiesta que:

La motricidad gruesa es aquella relativa a todas las acciones que implican grandes grupos musculares, en general, se refiere a movimientos de partes grandes del cuerpo del niño o de todo el cuerpo. Así pues, la motricidad gruesa incluye movimientos musculares de: piernas, brazos, cabeza, abdomen y espalda. Permitiendo de este modo: subir la cabeza, gatear, incorporarse, voltear, andar, mantener el equilibrio, etc (p.180)

Motricidad fina

GIAO, (2014), afirma que la motricidad fina comprende:

“Todas aquellas actividades que necesitan precisión, destreza y un elevado nivel de coordinación, además de un dominio muscular y una coordinación en los movimientos, se precisa una coordinación entre el ojo y la mano, dirigiendo la mano correctamente hacia el objeto que se desee coger, o para escribir, coser, etc“(p.31)

Conocer las posibilidades de movimiento, tanto motricidad gruesa como motricidad fina, y situar el cuerpo dentro del espacio y el tiempo es muy importante para un buen desarrollo psicomotor.

Habilidades motrices finas

De acuerdo con BOTTINI, (2009), expresa que:

“(…) los ejercicios para desarrollar la motricidad fina y las actividades de la vida diaria se debe desarrollar técnicas de las cuales las clasifica en: gráficas y no graficas : las técnicas graficas las define como ejercicio para desarrollar la motricidad fina necesaria para el aprendizaje y las no graficas se caracteriza como aquellos ejercicios destinados a mejorar la precisión coordinación la rapidez y control de movimientos de la mano como técnicas no graficas tenemos: ensartar, encajar, abotonar, trenzar recortar, pegar, rasgar, cerrar y moldear (p.35)

- **Ensartado.-** Según LECOVER, Filosóficas de la motricidad fina, (2010), afirma que el ensartado es una técnica que consiste en “que el niño debe utilizar los dedos para tomar y agarrar los objetos que se le muestren el cual debe pasar por un hilo cuerda o alambre o un eje que se disponga para tal fin se puede utilizar arandelas, aros, figuras geométricas etc.” (p.31)

- **Encajar.-** MARTIN Y RODRIGUEZ, (2010), aduce que es: “La técnica que consiste en demostrar al niño el tablero que va a utilizar, luego sacar las figuras que están insertas en el mismo colocarlas alado y pedir que disponga esas figuras en espacio del tablero al que se ajustan.” (p. 89)
- **Abotonado.-** Para realizar la acción de abotonar ROSAS, (2012), afirma que deben seguirse los siguientes pasos básicos: “mantener el ojal abierto, colocar el botón en el ojal, tomar el botón para hacerlo pasar por el ojal, alar del borde del ojal la pieza de vestir para que termine de pasar el botón”. (p. 45)
- **Trenzar.-** Según MUÑOZ, (2010), esta técnica consiste en: “Entretejer tres o más ramales, cruzándolos alternativamente para formar un solo cuerpo alargado, el niño podrá tejer los cordones de su zapato, hacer lazo, etc.” (p. 87)
- **Recortado.-** ARCINIEGA, (2011), manifiesta que para realizar esta actividad se debe utilizar: “una tijera punta roma, hoja de papel, retazo de tela, etc. Al comenzar a ejecutar este ejercicio, se debe incitar al niño para que corte libre mente a fin de observar como realiza, si manifiesta cierta habilidad se le pide que recorte haciendo patrones.” (p. 36)
- **Pegar.-** GONZALEZ Y CAMPOS, (2011), aduce que esta técnica consiste en:

adherir unir o juntar una con otra utilizando para ello algún pegamento. Se debe utilizar para realizar esta actividad, láminas de cartulina para adherir a ella recortes de figura, tomadas de revistas periódicos libros papel picado (De diferentes tipos, formas, tamaños y colores) aserrín arroz, lentejas pasta, palillos, fósforos etc. la forma más elemental para realizar estas

actividades es de ejecutar exclusivamente la acción de pegar, es decir unir un papel con otro. (p 29)

- **Rasgar.-** SILVA, (2008), manifiesta que esta actividad consiste en: “hacer pedazos sin auxilio de ningún instrumento, cosas de poca consistencia como papel de diferentes calidades, tela tejidos etc.” (p. 45)
- **Cerrar.-** VALLS, (2011), dice: “La práctica de esta actividad se puede realizar ejecutando tareas como: cerrar frascos, cerrar cierres, cerrar cerraduras de puertas cerrar cajas etc.” (p. 12)
- **Moldear.-** LECOBER, Bases-Teóricas-Motricidad-Fina,(2009), se refiere:
- Esta forma consiste en dar forma a material como: arena masa para moldear con finalidad de que el niño pueda amasarla con ambas manos, para darle la consistencia necesaria que le permita modelar al ir amasándola. El niño debe imprimir, realizar un movimiento flexible y rítmico. Se debe insistir al niño a elaborar formas diferentes, aunque también puede orientarse a las ejecuciones que realiza respetando siempre su creatividad. (p. 98)

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.

Concepto

Las actividades de la vida diaria (AVD) según MIRALLES, (2006), define como “las ocupaciones que componen la actividad cotidiana, actividad conformada por las actividades de autocuidado son diferenciadas según la AOTA, o Asociación Americana de Terapia Ocupacional, en Actividades de la vida diaria básicas y actividades de la vida diaria instrumentales.” (p.56)

CRUICKSHANK, (2009), menciona que:

Las actividades de vida diaria son las destrezas que necesitamos para realizar las tareas cotidianas de cuidado personal, cuidado del hogar, actividades sociales y de comunicación mediante la utilización de técnicas de interacción con el entorno de forma segura, independiente y eficaz para la realización de estas tareas es necesario adquirir actividades básicas relacionadas con la motricidad fina, desarrollo conceptual y perceptivo. (p.50)

Actividades Necesarias y primordiales de la vida diaria.

AVILA ALVAREZ, MARTÍNEZ PIEDROLA, BOCANEGRA, MENDEZ, Y TALABERA, (2010), dice:

“Cualquier persona con discapacidad puede llevar a cabo actividades de vida diaria, siempre que se enseñen con la técnica adecuada. Hay que evitar la tendencia de algunas personas adultas (familia, profesionales, amistades...) a sobreproteger al alumno/a, impidiendo el aprendizaje y realización de ciertas actividades.” (p. 78)

Higiene y cuidado personal

THOMPSON, y otros, (2010), menciona que:

Una persona con una discapacidad, sobre todo de nacimiento, puede infravalorar la importancia de la apariencia física. El alumno o la alumna deben aprender a valorar la importancia del aseo y cuidado personal en todo momento. En cuanto a higiene y cuidado personal, se enseña a:

- La Utilización adecuada del baño, ducha e inodoro. Aprender a dosificar líquidos (gel de baño), utilización de cremas, desodorantes y colonias. Limpieza dental y cuidado del cabello, depilado y afeitado.
- Vestido (aprender a combinar la ropa, a ordenarla y limpiarla y saber cuál es la ropa apropiada para cada situación
- Uso e identificación de medicamentos, aprender a aplicarse colirios y gotas para los ojos.
- Cualquier persona con parálisis cerebral puede llevar a cabo actividades de vida diaria, siempre que se enseñen con la técnica adecuada (pp.86- 89)

Vestido

Considera que dentro de las habilidades de GONZALEZ M. (2010), vestir están:

- Doblar prendas correctamente.
- Saber utilizar distintos tipos de broches: cremalleras, cordones, automáticos, imperdibles...
- Saber combinar los distintos tipos de prendas y los colores.

- Saber utilizar complementos: corbata, pañuelo, medias, guantes...
- Cuidado de la ropa y el calzado: cepillado, lavado, etc.
- Mantener el orden en armarios y cajones. Uso de perchas (p.44)

VAN LOON, (2009), "Hay que enseñar al alumnado a utilizar los distintos tipos de broches relacionados con el vestido: cremalleras, cordones, automáticos, etc." (p. 18)

Alimentación

- Colocación correcta en la mesa, de forma centrada ante el plato.
- Tomar un pedazo de pan.
- Localización del contenido del plato tomando como referencia las horas en el reloj (a las 12 la carne, a las 5 la verdura)
- Utilizar el pan para ayudar a la localización de la comida.
- Servir líquidos y sólidos (agua, leche, azúcar y sal)
- Tomar el vaso con una mano
- Cortar fruta
- Utilización correcta de cubiertos
- Comer sin regar el alimento.
- Utilización correcta de la servilleta.
- Lleva la cuchara a la boca .

MOREIRA, SILVESTRE, Y VARELA, (2010), "Desde la etapa infantil, los alumnos deben aprender la colocación correcta en la mesa y el uso adecuado de los cubiertos." (p. 46)

Control de Esfínteres

La doctora ROY, (2009), “en su teoría describe al control de esfínteres o aprendizaje de “ir al baño” como “el proceso por el cual se enseña a los niños a controlar la vejiga y los intestinos”. (p. 13)

Según **CRUICKSHANK**, (2009), aduce que:

Si bien la mayoría de los niños alcanzan este logro entre los 2 y los 4 años de edad, cada niño desarrolla a su propio ritmo. Algunos niños enfrentan desafíos físicos, de desarrollo o de conducta adicionales. Esto puede hacer que les lleve más tiempo aprender. Los padres, al igual que otros cuidadores y familiares, pueden ayudar a que el niño aprenda a controlar los esfínteres. (p. 54)

Habilidades sociales.

- Reconocimiento y manejo de dinero: monedas y billetes
- Orden: mantener el orden en armarios y cajones, etiquetar la ropa, las cintas grabadas, los libros...
- Utilización del teléfono y el teléfono móvil
- Manejo de aparatos eléctricos y teflotecnológicos (grabadora, ordenador, tv, etc.)
- Utilización de llaves y cerraduras.
- Saludar: estrechar la mano, besar.
- Gestos: asentir y negar, decir adiós y aprender a dirigir la mirada al interlocutor, aplaudir...
- Aceptar cuando te indican que llevas una mancha, evitar acciones socialmente inadecuadas (hurgarse la nariz, posturas inusuales)
- Ser educado y amable: ofrecer un asiento, paso de puertas

- Pedir aclaraciones cuando la información ofrecida es imprecisa: «aquí», «allí», cuando avisan de peligros.
- Saber explicar la patología visual cuando preguntan y contestar correctamente ante comentarios inadecuados.
- Saber desenvolverse en las compras, en las taquillas, en establecimientos públicos, en espectáculos, en los transportes.
- Saber pedir ayuda si se necesita.

Aspectos a tener en cuenta en las AVD:

A la hora de llevar a cabo las ABVD es importante tener en cuenta algunos aspectos que facilitaran la ejecución de las mismas:

- Mantener un entorno estable, seguro, sencillo, facilitador y adaptado.
- Mantener una estructuración de las ABVD creando rutinas.
- Adelantarse a las necesidades del discapacitado, pero sin sobreprotegerlo, siempre estimulando su autonomía.
- Mantener y estimular sus capacidades conservadas.
- Fomentar que participe en la medida de lo posible de la vida cotidiana en el domicilio.
- Simplificar al máximo las tareas de autocuidado, todas se descomponen en otras más fáciles que pueden realizar sin ayuda, (por ejemplo puede que una persona no sea capaz de afeitarse, pero sí que puede participar poniéndose la espuma.
- Eliminar estímulos que puedan interferir en la ejecución de las actividades (televisión)

Actividades de la vida diaria y la motricidad

Las actividades para la vida diaria y la discapacidad motriz, consiste en la enseñanza de diferentes métodos que lo ayudarán en su independencia y desenvolvimiento personal

MELCHOR, (2011), afirma que:

“Se trata de actividades para el autocuidado y la movilidad estas Permiten el grado de autonomía e independencia necesarias para que una persona pueda vivir sin ayuda continua de otros por ejemplo en lo que respecta: alimentación, vestido, cuidado personal, aseo, movilidad, manipulación de objetos, transferencias, etc.” (p.83)

Afectación de la enfermedad neuromuscular en la realización de las AVD y la motricidad

La disminución progresiva de fuerza muscular que experimentan muchas personas afectadas por enfermedades neuromusculares puede provocar una pérdida de habilidades necesarias para realizar algunas de estas actividades. Esta situación da lugar a una merma de la motricidad y una profunda sensación de dependencia.

Aspectos a tomar en cuenta para mejorar las AVD y la motricidad

La persona debe ser estimulada para realizar las AVD de la forma más independiente posible. En el caso de las enfermedades neuromusculares, es muy importante planificar estrategias compensatorias para conseguir este objetivo. Las actuaciones que se utilizan con más frecuencia son:

Según HERRERA, (2010), sostiene:

Estrategias de simplificación de tareas: Facilitan la realización de la actividad y proporcionan mayor confort y comodidad al afectado y a los cuidadores. Permiten conservar la energía y establecen prioridades en el día a día, con períodos de descanso y evitando tareas repetitivas.

- **Mantenimiento de un posicionamiento adecuado:** Mejora la funcionalidad de los brazos y compensa la falta de fuerza de movimientos en contra de la gravedad.
- **Dispositivos de apoyo:** Conjunto de recursos de ayuda que facilitan la realización de la actividad, disminuyendo la carga y los requerimientos físicos para realizarla. (p. 81)

e. MATERIALES Y MÉTODOS

MÉTODOS

Los métodos que se utilizaron fueron:

El método científico, que condujo a la identificación y delimitación precisa del trabajo; la recolección y estructuración de datos (organización, comparación e interpretación); llegar a extraer conclusiones y alternativas que facilitaran información para la atención de los niños y jóvenes con parálisis cerebral.

El método analítico - sintético, fue utilizado al momento de recolectar la información oportuna para la construcción de la revisión literaria y también en el procesamiento de los resultados obtenidos como producto de la investigación.

Los métodos inductivo y deductivo se aplicaron al momento mismo de hacer la extracción de las conclusiones y recomendaciones.

El método estadístico permitió, procesar, organizar y graficar los resultados cuantitativos obtenidos de la aplicación de los instrumentos. A través de las tablas y gráficos estadísticos

Los instrumentos que se utilizaron fueron los siguientes:

Plantilla de motricidad fina del autor Alasid (Juicio de Expertos). Se aplicó para identificar en qué actividades que requieren movimientos finos presentan dificultades los niños y jóvenes con parálisis cerebral. Fue aplicado a los niños y jóvenes con parálisis cerebral para cumplir el primer objetivo específico.

Test para medir las actividades de la vida diaria del autor Barthel. El mismo que nos permitió determinar con exactitud en qué áreas de la actividades de la vida diaria hay mayor dependencia al momento de realizarlas. Aplicado a los niños y jóvenes con parálisis cerebral con el propósito de cumplir el segundo objetivo específico.

Encuesta, se aplicó a los tres terapeutas de los niños y jóvenes con parálisis cerebral la misma que está constituida con preguntas significativas que permitió conocer como la motricidad fina se relaciona con las actividades de la vida diaria de los niños y jóvenes investigados.

La población investigada fueron los niños y jóvenes con parálisis cerebral del Centro Especial (CADE), que cuenta con un universo estadístico de 80 niños, jóvenes y 13 terapeutas que se encuentran en las diferentes áreas del centro, para lo que se ha determinado como muestra: 8 niños/jóvenes diagnosticados con parálisis cerebral, y 3 terapeutas que trabajan con ellos.

La muestra para el presente estudio quedó determinada de la siguiente manera:

Población	Muestra	
	80 Niños y jóvenes con parálisis cerebral del Centro De Atención Especial (CADE)	Niños y Jóvenes
	8	3
TOTAL	11	

f. RESULTADOS

Objetivo1: Determinar las dificultades motrices finas que presentan los niños y jóvenes con parálisis cerebral entre las edades comprendidas de 8-13 años que asisten al (CADE).

Pregunta Nro. 1

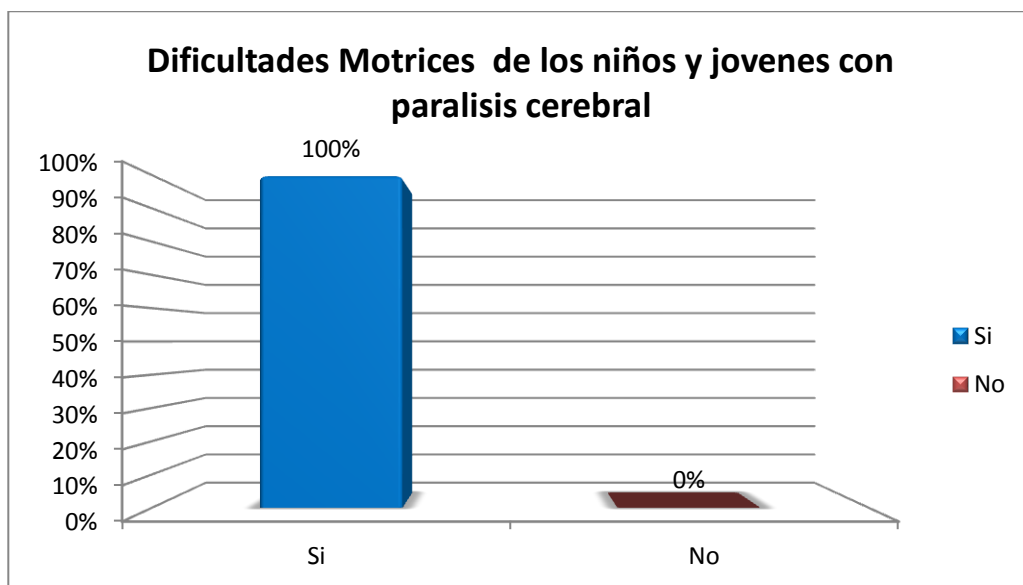
¿Cree Ud. que los niños/jóvenes con parálisis cerebral con los cuáles usted trabaja tienen dificultades motrices finas?

Cuadro N° 1 Poseen dificultades motrices finas

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Si	3	100%
No	0	0%
Total	3	100%

Fuente: Encuesta a terapeutas del CADE
Autor: Gary Fabián Ruiz Lozano año 2014

Gráfico N° 1



Análisis e interpretación:

El 100% respondieron que efectivamente los niños y jóvenes con parálisis cerebral tienen dificultades motrices finas por su misma discapacidad que poseen.

(ROBAINA CASTELLANOS & RIESGO RODRIGUEZ, 2009)), dice:

“Las alteraciones motrices finas están siempre presentes en los niños y jóvenes con parálisis cerebral, en algunos casos debido a los problemas para controlar los movimientos del cuerpo denominados espasticidad; estas mismas alteraciones frecuentemente suponen una falta de control sobre sus acciones, afectando gravemente en la práctica de las actividades de la vida diaria y su desenvolvimiento en la sociedad.”

De los niños y jóvenes valorados se puede manifestar que todos tienen problemas de motricidad fina, no desarrollan las actividades, relacionando con el criterio de Robaina que coincide en que Las alteraciones motrices finas están siempre presentes en los niños y jóvenes con parálisis cerebral por lo cual no pueden desenvolverse en diferentes situaciones y es por este motivo que presentan dificultades.

Pregunta Nro. 2

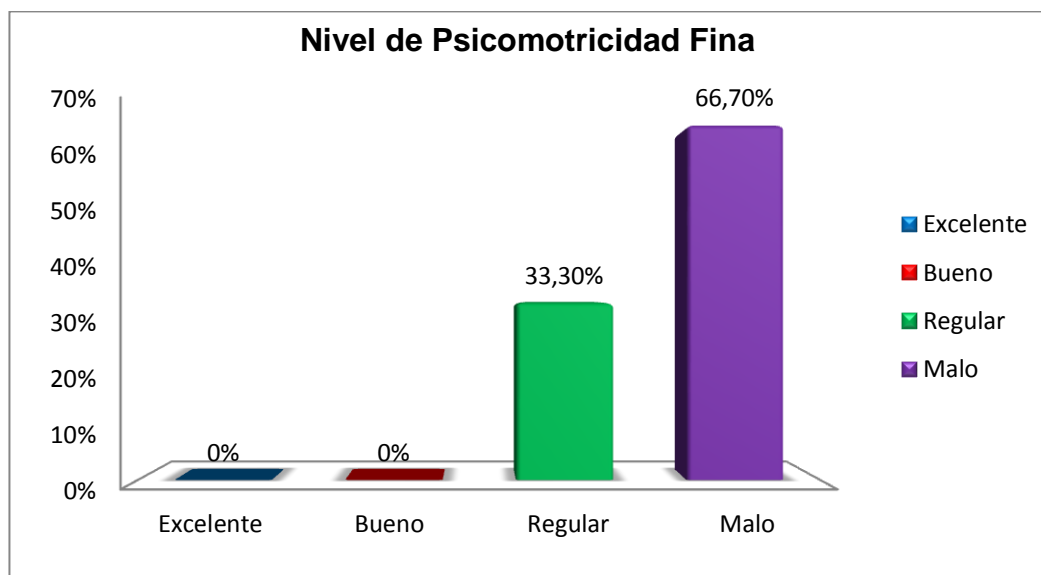
Cree usted que el nivel de psicomotricidad fina de los niños y jóvenes con parálisis cerebral es:

Cuadro N° 2. Nivel de psicomotricidad fina

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Excelente	0	0%
Bueno	0	0%
Regular	1	33.3%
Malo	2	66.7%
Total	3	100%

Fuente: Encuesta a terapeutas del CADE
Autor: Gary Fabián Ruiz Lozano año 2014

Gráfico N° 2



Análisis e interpretación:

Con los resultados obtenidos de la encuesta dirigida a los terapeutas del CADE, uno de ellos afirmó que el nivel de psicomotricidad fina es regular

lo que representa el 33.3%, mientras que los dos terapeutas restantes afirmaron que el nivel de psicomotricidad fina en los niños jóvenes con parálisis cerebral es mala, representado con el 66.7%, lo que evidentemente es en un criterio mayoritario, sin olvidar que ninguno de ellos considera que los niños y jóvenes poseen una psicomotricidad fina ni buena, ni excelente.

Según (PEREZ, 2005) “La psicomotricidad, depende mucho de la experimentación, de la ejercitación, manipulación y movimiento y de este modo llegar a desarrollar niveles de motricidad más válidos para el desarrollo del niño”

Aplicada la encuesta se pudo constatar que el nivel de psicomotricidad de los niños y jóvenes es mala, y tomando en cuenta el comentario de *Ricardo Pérez Cameselle* La psicomotricidad, depende mucho de la experimentación, de la ejercitación, manipulación y movimiento pues si es muy valioso lo que dice ya que estos componentes son significativos para el desarrollo de la motricidad de los niños y jóvenes del centro especial CADE.

Pregunta Nro. 3

¿Qué dificultades motrices presentan los niños/ jóvenes con parálisis cerebral con los cuales usted trabaja?

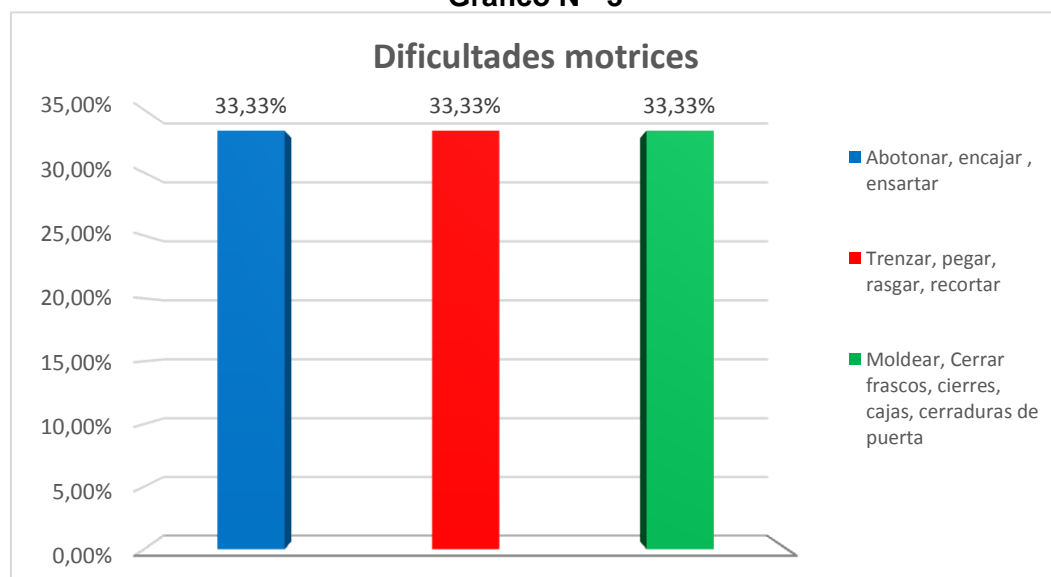
Cuadro N° 3. Dificultades motrices

Descripción	Casos	Porcentaje
Abotonar, encajar , ensartar	1	33.33%
Trenzar, pegar, rasgar, recortar	1	33.33%
Moldear, Cerrar frascos, cierres, cajas, cerraduras de puerta	1	33.33%
Total	3	100%

Fuente: Encuesta a terapeutas del CADE

Autor: Gary Fabián Ruiz Lozano año 2014

Gráfico N° 3



Análisis e interpretación:

Según el criterio de los terapeutas, todos los encuestados están de acuerdo en que los niños y jóvenes con parálisis cerebral tienen dificultad

principalmente para: abotonar, trenzar recortar, ensartar, encajar pegar rasgar, moldear, cerrar frascos, cierres, cajas, cerraduras de puerta esto representado en un 33.33% para cada una de estas actividades.

Según (BARRIOS FERNÁNDEZ, 2006) aduce que: “La escasez de experiencias sensorio- motrices hace difícil la adquisición de dichas aptitudes como son abotonar, abrochar, recortar, entre otras, las mismas que afectan directamente en la práctica de las diferentes actividades de la vida cotidiana”.

De las preguntas aplicadas a los terapeutas se puede evidenciar la dificultad que tienen para realizar estas actividades en su totalidad y tomando en cuenta el comentario de Sabina Barrios Fernández, (2012)“La escasez de experiencias sensorio- motrices hace difícil la adquisición de dichas aptitudes como son abotonar, abrochar, recortar, entre otras, las mismas que afectan directamente en la práctica de las diferentes actividades de la vida cotidiana”. en conclusión el autor antes mencionado tiene mucha coherencia y coincido con su criterio ya que los niños y jóvenes al no ser estimulados y debido a la escasez de experiencias sensorio motrices ellos no van a poder realizar distintas actividades y debido a esto van a tener dificultades para desarrollar su motricidad fina.

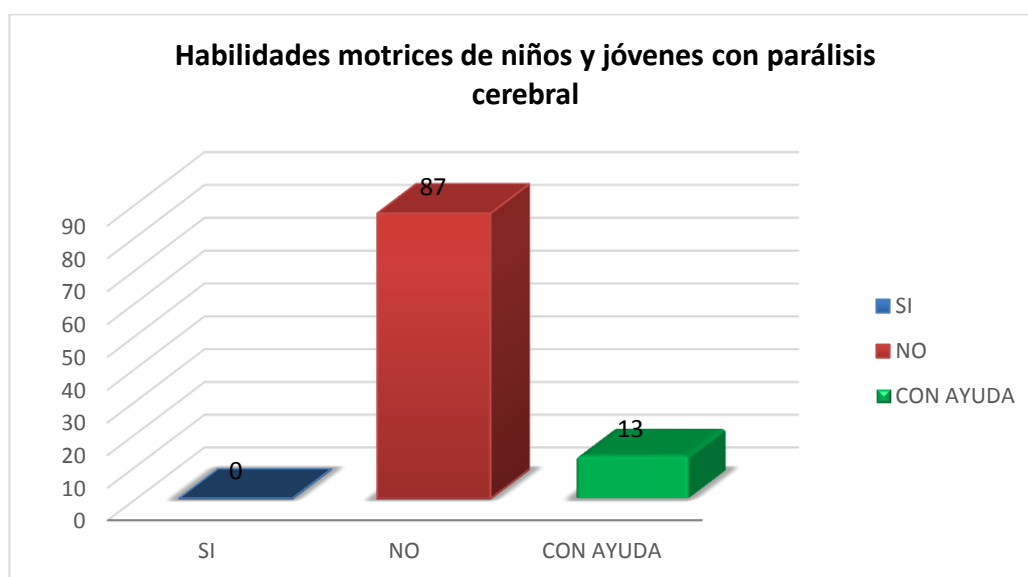
Test de Alasid (juicio de expertos) para medir las habilidades motrices finas

Cuadro N° 4. Habilidades motrices finas

Descripción	Casos	Porcentaje
Si	0	0%
No	7	87%
Con ayuda	1	13%
Total	8	100%

Fuente: Encuesta a terapeutas del CADE
Autor: Gary Fabián Ruiz Lozano año 2014

Gráfico N° 4



Análisis e interpretación:

El 87% poseen de los niños y jóvenes dificultades en rasgar una figura dada, recortar siguiendo instrucciones, líneas rectas, dificultad en el pegado, perforado, encajar figuras simples y complejas, dificultades en ensartar cuentas de madera; desabotonar, abrir y cerrar frascos, puertas, la llave del agua etc. Un niño que representa el(13%) puede realizar estas actividades pero con ayuda.

A criterio de (MURIEL, 2012):

“Las acciones en las que se requieren movimientos más finos como son rasgar, recortar, perforar, rellenar, encajar, ensartar, abotonar y desabotonar, abrir y cerrar frascos, puertas, llaves, doblar, etc. son implícitamente componentes de la ejecución de las habilidades motrices finas, habilidades mismas que en los niños y personas que poseen parálisis cerebral, se verán siempre afectadas, ya que no las puedan realizar con la detenida perfección y exactitud que estas requieren”

De los niños valorizados se puede revelar que en su gran mayoría no desarrollan las distintas habilidades de motricidad fina y tomando el comentario de Sofía Muriel Suarez Es muy coherente en lo que anuncia y haciendo un análisis las personas con parálisis cerebral por su dificultad que presentan en si tienen problemas para rasgar una figura dada, recortar siguiendo instrucciones, líneas rectas, dificultad en el pegado, perforado, encajar figuras simples y complejas, etc

Objetivo 2: Identificar las principales dificultades que presentan los niños y jóvenes con parálisis cerebral en las actividades de la vida diaria entre las edades comprendidas de 8-13 años que asisten al (CADE).

Encuesta a terapeutas del CADE

Pregunta Nro. 4

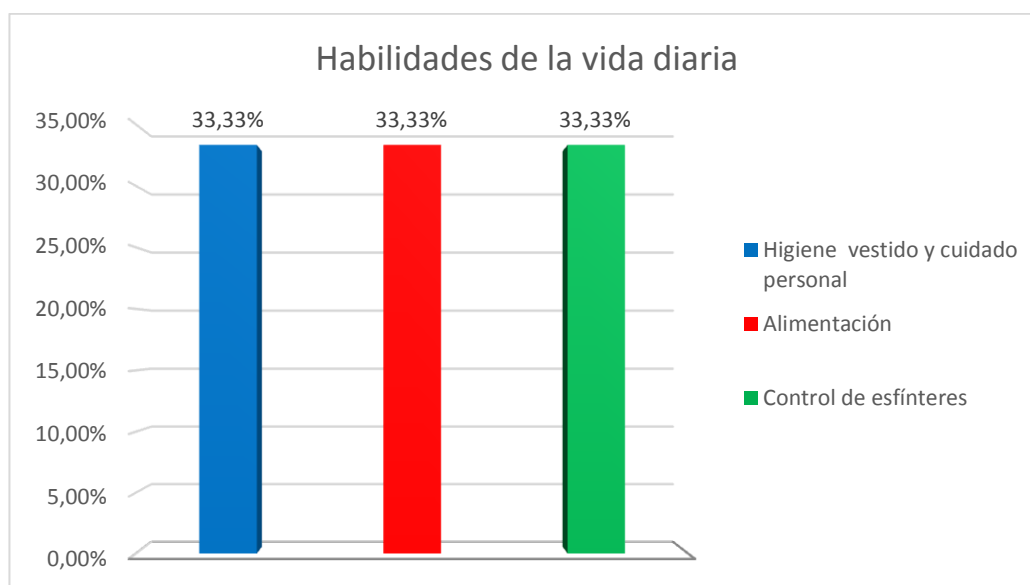
¿En qué área de las habilidades de la vida diaria los niños y jóvenes tienen mayores dificultades?

Cuadro N° 5. Habilidades de la vida diaria

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Higiene vestido y cuidado personal	1	33.3%
Alimentación	1	33.3%
Control de esfínteres	1	33.3%
Total	3	100%

Fuente: Encuesta a terapeutas del CADE
 Autor: Gary Fabián Ruiz Lozano año 2014

Gráfico N° 5



Análisis e interpretación:

De los resultados obtenidos los tres terapeutas encuestados afirmaron que los niños y jóvenes con parálisis cerebral tienen mayor dificultad en ejecutar actividades de higiene, vestido y cuidado personal, alimentación, y control de esfínteres esto representado en un 33.3% para cada una de estas actividades.

(MURIEL, 2012) “Las personas con parálisis cerebral tardan más en adquirir la independencia y autonomía personal (*Higiene, vestido, alimentación control de esfínteres y relaciones sociales*). Todo esto debido a su déficit motor y sensorial repercutiendo en diversas situaciones de su vida cotidiana.”

De los terapeutas encuestados se pudo evidenciar que todos los niños y jóvenes no poseen habilidades para desenvolverse en la vida cotidiana en el reporte de Hospital Nisa (2012) asegura que Todo esto debido a su déficit motor y sensorial llegando a la conclusión que cuando no hay una incitación tardan en adquirir su autonomía .y esto repercute para que no puedan desarrollar las actividades de la vida diaria

Pregunta Nro. 5

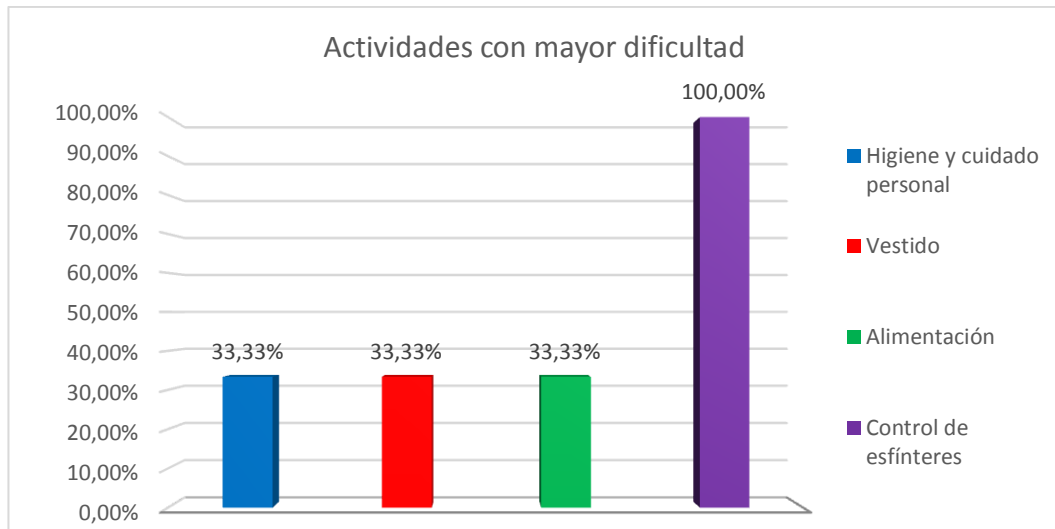
De las actividades de la vida diaria que se enuncian, en cuáles de ellas cree usted que tienen mayor dificultad para realizar los niños y jóvenes con parálisis cerebral.

Cuadro N° 6. Actividades con mayor dificultad para los niños y jóvenes con parálisis cerebral

	Frecuencia	Porcentaje
Higiene y cuidado personal		
Utilización adecuada del baño , limpieza dental	1	33.3%
Cuidado del cabello	1	33.3%
Limpiarse y cortarse las uñas	1	33.3%
Vestido		
Doblar prendas correctamente.	1	33.3%
Abrochar – Desabrochar	1	33.3%
Amarrar y desamarrar cordones	1	33.3%
Alimentación		
Colocación correcta en la mesa, de forma centrada ante el plato.	1	33.3%
Tomar el vaso con una mano, cortar la fruta	1	33.3%
Comer sin regar el alimento.	1	33.3%
Lleva la cuchara a la boca .		
Control de esfínteres		
Controla sus esfínteres	0	0%
No controla sus esfínteres	3	100%

Fuente: Encuesta a terapeutas del CADE
Autor: Gary Fabián Ruiz Lozano año 2014

Gráfico N° 6



Análisis e interpretación:

De los resultados obtenidos en lo que respecta a la categoría de higiene y cuidado personal los tres terapeutas afirmaron que existe dificultad en el mismo representado en un 100%; en la categoría de vestido los tres encuestados dijeron que existe dificultad en cada uno de estas actividades representando el 100%; respecto a la alimentación los tres terapeutas dijeron que había dificultades en este representando un 100% y por último en la categoría de control de esfínteres los tres terapeutas coincidieron que tienen problemas para controlar esfínteres con una representación de 100% pudiendo evidenciar los problemas que presentan cada uno de ellos en las diferentes categorías.

(BLASQUEZ SÁNCHEZ, 2009) menciona al aseo y cuidado personal como:

“actividades más complejas de cumplir por parte de los niños(as) con parálisis cerebral, ya que para ellos este no es un factor de necesidad ni de mucha importancia, con respecto a la vestimenta tienen mucha dificultad para diferenciar lo que está acorde con la ocasión y también

para mantener el orden y la perfección en su vestimenta, y a lo que la alimentación se refiere, los niños con parálisis cerebral siempre van a querer cumplir con este hábito porque es una necesidad vital, pero eso no quiere decir que o hará correctamente, su torpeza será muy relevante”.

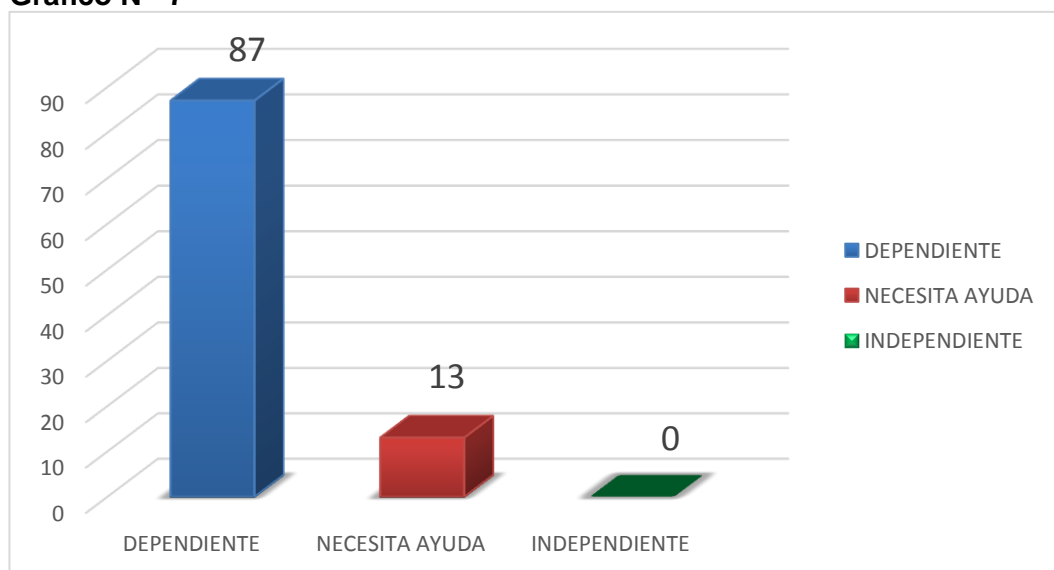
De la encuesta aplicada a los terapeutas se puede observar las falencias que presentan cada uno de los niños y jóvenes con parálisis cerebral en las diferentes categorías. Domingo Blázquez Sánchez (2009) menciona que “las personas que padecen parálisis cerebral muestran poco interés para realizar ciertas actividades, haciendo un análisis de este comentario se observa que es de vital importancia trabajar en estas áreas para que puedan desenvolverse en las actividades de la vida diaria”.

Cuadro N° 7 Cuadro resumen de dificultades en las actividades de la vida diaria

Alternativa	f	%
Dependiente	7	87%
Necesita ayuda	1	13%
Independiente	0	0%
Total	8	100%

Fuente: Encuesta a terapeutas del CADE
 Autor: Gary Fabián Ruiz Lozano año 2014

Gráfico N° 7



Análisis e interpretación:

De acuerdo a la tabla resumen se puede evidenciar que el 87% de los niños y jóvenes investigados se encuentran en un nivel de dependencia en cuanto a las habilidades de la vida diaria en lo que respecta a comida, aseo, vestido y control de esfínteres mientras que el 13% se encuentra en un nivel de necesitar ayuda en las habilidades de la vida diaria; específicamente presentan dificultades en lo que respecta a alimentación.

(LEONTIEV & VYGOTSKY, 2009) afirma que:

“Las actividades básicas de la vida diaria son aquellas actividades que engloban las capacidades de autocuidado más elementales y necesarias, que el ser humano realiza de forma cotidiana. Son actividades que todos realizamos en mayor o menor medida a lo largo del día, como son higiene personal, alimentación control de esfínteres, vestido, movilidad funcional.”

Como podemos observar en su gran mayoría los niños y jóvenes presentan dificultades para realizar estas actividades de la vida diaria que son muy útiles y primordiales, solamente un joven se cepilla los dientes pero con ayuda de una persona, relacionando el comentario de Leontiev 2009. Las Actividades Básicas de la Vida Diaria son aquellas actividades que engloban las capacidades de autocuidado más elementales y necesarias, que el ser humano realiza de forma cotidiana Son actividades que todos realizamos en mayor o menor medida a lo largo del día, como sonhigiene personal, alimentación control de esfínteres, vestido, movilidad funcional. Llegando a la conclusión que las actividades de la vida diaria son muy importantes ya que si no las estimulamos las consecuencias serían graves

g. DISCUSIÓN

Luego de haber aplicado los instrumentos a los niños y jóvenes con Parálisis Cerebral y el personal que labora en el Centro especial (CADE), se ha dado cumplimiento a los objetivos mediante el análisis de los resultados obtenidos:

Objetivo uno

Determinar las dificultades motrices finas que presentan los niños y jóvenes con parálisis cerebral entre las edades comprendidas de 8-13 años que asisten al (CADE).

Discusión

El presente objetivo se lo verificó basándonos en la *Plantilla de motricidad fina del autor Alasid (Juicio de Expertos)*, el mismo que dejó como resultado el 100%, con dificultades específicamente en: recortar siguiendo instrucciones y líneas rectas; perforadas después de una explicación y siguiendo un patrón; ensartar cuentas de madera; abotonar su camisa; abrir y cerrar frascos, puertas y la llave del agua; trenzado libre y siguiendo un patrón.

Y según la encuesta aplicada al personal que labora en el CADE tomada la pregunta número tres ¿Qué dificultades motrices presentan los niños y jóvenes con parálisis cerebral con los cuales usted trabaja?

Al aplicar la encuesta a los tres terapeutas del centro especial CADE de la ciudad de Loja se puede observar que el (100%) de los niños y jóvenes tienen problemas en abotonar encajar, ensartar, trenzar, pegar, rasgar, recortar, cerrar frascos, cierres, cajas, cerraduras de puerta, etc.

Analizando esta información se puede determinar que existen dificultades en las habilidades de la motricidad fina.

Objetivo dos

Identificar las principales dificultades que presentan los niños y jóvenes con parálisis cerebral en las actividades de la vida diaria entre las edades comprendidas de 8-13 años que asisten al (CADE).

Discusión

Para verificar el objetivo propuesto se consideró el test para medir las actividades de la vida diaria (Índice de Barthel), en lo que respecta a comida, aseo, vestido, y control de esfínteres se constató que un 87% de los niños y jóvenes se encuentran en un nivel de dependencia mientras que un 13% intenta asearse con ayuda de otra persona

También se tomó la pregunta número cuatro de la encuesta aplicada al personal que labora en el CADE la misma que dice: ¿En qué área de las habilidades de la vida diaria los niños/jóvenes tienen mayores dificultades? Con la cual se puede concluir indicando que las habilidades de la vida diaria que se encuentran más afectadas son las habilidades de higiene, vestido, control de esfínteres y alimentación.

Objetivo tres

Plantear lineamientos alternativos para mejorar la motricidad fina de los niños y jóvenes que asisten al centro especial (CADE) para que puedan realizar las actividades de la vida diaria.

Discusión

Con diferentes actividades lúdicas para los niños y jóvenes con parálisis cerebral pretendo estimular la motricidad fina, con el propósito claro de mejorar los movimientos finos, la pinza y así poder realizar con menor dificultad y con perfección actividades que se requieren en la vida cotidiana del mismo

Para llevar a cabo este taller se utilizara materiales atractivos, didácticos y fáciles de usar, con el propósito de obtener toda la atención posible de los niños y jóvenes evitando posible fatiga o aburrimiento al realizar la actividad.

h. CONCLUSIONES

Después de realizar un detallado análisis de la información obtenida se pudo concluir que:

- Las principales dificultades motrices finas que presentan los niños y jóvenes con Parálisis cerebral son recortar, abotonar y desabotonar ropa, trenzar, abrir y cerrar frascos y llaves de agua.
- La mayoría de los niños y jóvenes con parálisis cerebral son dependientes en las actividades de la vida diaria en lo que respecta al aseo e higiene, alimentación y control de esfínteres.
- La motricidad fina al igual que la realización de las actividades de la vida diaria se ven afectadas en los niños/jóvenes con parálisis cerebral, ya que las limitadas habilidades de la motricidad fina repercuten en la ejecución y desarrollo de las habilidades de la vida diaria.

i. RECOMENDACIONES

- Se recomienda al Centro especial (CADE), implementar y construir material útil, moderno y adecuado para mejorar la motricidad fina de los niños con parálisis cerebral.
- Tomar en cuenta las dificultades de cada niño y de acuerdo a ello enseñar actividades que según su limitación las puedan cumplir, y esto se refleje en las actividades de la vida diaria.
- Para los padres de familia es recomendable que se involucren en las actividades realizadas en el centro, para que las apliquen en la cotidianidad del hogar.
- Estimular, masajear y movilizar las manos y dedos de los niños/jóvenes con parálisis cerebral para mejorar los movimientos finos y por ende ayudar a un mejor desenvolvimiento en la vida cotidiana, y una mejor realización de las actividades de la vida diaria.
- Se sugiere utilizar la propuesta planteada en esta investigación para mejorar la motricidad fina para que así puedan efectuar las actividades de la vida diaria propuesta que tiene un enfoque lúdico.

LINEAMIENTOS ALTERNATIVOS

Nombre:

“Ejército y trabajo con mis dos manitos”

Presentación:

Introducción

El presente programa busca constituir una contribución en el desarrollo de la motricidad fina y las actividades de la vida diaria en el cual se sientan las bases para el desarrollo de la personalidad de los niños y jóvenes que tiene como objetivo fundamental el garantizar su desarrollo integral en el orden físico, intelectual, moral y estético.

La motricidad fina tiene una gran importancia en las primeras etapas de la vida de los niños y jóvenes y por tanto es necesaria su inclusión. Lo que se pretende es reforzar el trabajo y la práctica psicomotriz que se lleva a cabo en el centro especial CADE, para que los niños y jóvenes aprendan y se desenvuelvan en diferentes actividades de la vida diaria.

Con diferentes actividades lúdicas para los niños y jóvenes con parálisis cerebral pretendo estimular la motricidad fina, con el propósito claro de mejorar los movimientos finos, la pinza y así poder realizar con menor dificultad y con perfección actividades que se requieren en la vida cotidiana del mismo.

Para llevar a cabo este taller se utilizara materiales atractivos, didácticos y fáciles de usar, con el propósito de obtener toda la atención posible de los niños y jóvenes evitando posible fatiga o aburrimiento al realizar la actividad.

Propongo una serie de actividades que ayudarán a desarrollarla y mejorarla. Para hacer un buen uso de estas actividades es preciso tener en cuenta los siguientes criterios:

- Tener en cuenta las dificultades de cada niño (fuerza, precisión o ambas).
- Seleccionar los ejercicios comenzando por los más sencillos para progresivamente ir pasando a los que suponen un mayor nivel de dificultad.
- Dedicar un tiempo de calidad a la realización de los mismos. Los niños no deben estar cansados ni deben ver las actividades como una obligación no deseada. Es preciso motivarles para hacerlos lo mejor posible. Las actividades deben tener un cierto grado de funcionalidad.

Además de las actividades que me propongo son especialmente diseñados para mejorar la motricidad fina y las actividades de la vida diaria algunas de los más utilizados son:

- Juegos de ensartar (botones, figuras, trenzar, pegar rasgar, recortar)
- Laberintos dibujados en papel
- Tornillos y tuercas, tapas, cerrar frascos, punzones
- Cinturones, ropa con botones, cierres y corchetes
- Zapatos, cordones
- Cepillo de dientes, pasta, conchas secas
- Juguetes, pelotas, objetos lavables

De todo lo expuesto anteriormente se deriva que los objetivos deben dirigirse a favorecer el desarrollo de los niños y jóvenes con un amplio control de los procesos en lo que respecta a su motricidad y su desenvolvimiento en las actividades de la vida diaria y pueden actuar de forma creativa e independiente. Por tal motivo se planteó los siguientes objetivos:

Objetivos

Objetivo general

Realizar actividades motivadoras que fortalezcan su motricidad para que puedan desenvolverse en las actividades de la vida diaria

Determinar

- Mejorar la motricidad fina de los niños y jóvenes que asisten al Centro especial (CADE) para que puedan realizar las actividades de la vida diaria.
- Mejorar con actividades lúdicas la motricidad fina de niños y jóvenes con parálisis cerebral
- Enseñar las principales y necesarias actividades de la vida diaria.

Tabla Nº 2. Actividades lúdicas. Aprendiendo jugando.

Actividades						
Objetivo: Mejorar con actividades lúdicas la motricidad fina de niños y jóvenes con parálisis cerebral.						
sección	tiempo	Para cuantos niños, jóvenes va dirigido	ACTIVIDADES	DESCRIPCIÓN	Material	R. Humanos
Duración 30 días	30 minutos por cada paciente	Para 8 niños y jóvenes	Ejercito mis manitos	Hacer ejercicios de manos y dedos: golpeando la mesa, jugando a los títeres con manos y dedos. Tocando el piano, haciendo un ritmo determinado, levantando los dedos uno a uno. Tocar, apretar, sacudir, golpear, pellizcar, agitar, agarrar y soltar, palmear, frotar palmas y objetos de diferentes texturas y tamaños. Palmas y dedos unidos: diferentes combinaciones de movimientos. (Enlazar, separar y unir dedos, separar palma, separar palma y dedos manteniendo yemas unidas, acariciarse).	Títeres, mesa, piano de juguete, juguetes de varios tamaños y texturas.	Niños jóvenes y Terapeuta
Duración 30 días	45 minutos por cada paciente	Para 8 niños y jóvenes	Pintando, pintando me divierto.	Pintar con los dedos, con lápices de cera, témpera, barro, leche y tiza, agua con colorante.	Temperas, agua, barro, lápices de cera, leche, tiza, colorante.	Niños jóvenes y Terapeuta
Duración 30 días	30 minutos por cada paciente	Para 8 niños y jóvenes	Juego con mi pinza favorita.	Poner pinzas para colgar ropa en una cuerda colgar papeles, postales, dibujos. Usar una pinza para trasladar objetos pequeños de un sitio a otro, cada vez con más precisión. Recoger piezas pequeñas del suelo con la pinza de ropa o la pinza de su mano (formada con su dedo pulgar e índice), y luego meterlas en un recipiente de boca estrecha.	Pinzas, papeles, postales, dibujos, etc.	Niños jóvenes y Terapeuta
Duración 30 días	30 minutos por cada paciente	Para 8 niños y jóvenes	Estiro, estiro.	Dar al niño ligas para que las estire con su dedo pulgar e índice, y las coloque alrededor de un tubo de papel higiénico, lápiz o esfero.	Ligas, papel higiénico, lápiz o esfero.	Niños jóvenes y Terapeuta
Duración 30 días	40 minutos por cada paciente	Para 8 niños y jóvenes	Moldeando mi plastilina	Pellizcar trocitos de plastilina, hacer bolitas de pequeño tamaño, aplastar las bolitas con el dedo (primero con el índice y después con el pulgar); extender plastilina sobre alguna superficie lisa; realizar juego libre con la plastilina.	Plastilina, mesa, moldes para plastilina.	Niños, jóvenes y Terapeuta

Tabla N° 3. Moviendo mis manitos

Actividades						
Objetivo: Mejorar la motricidad fina para que puedan realizar las actividades de la vida diaria						
sección	tiempo	Para cuantos niños, jóvenes va dirigido	ACTIVIDADES	DESCRIPCIÓN	Material	R. Humanos
Duración 30 días	40 minutos por cada paciente	Para 8 niños y jóvenes	Repaso mi tiro.	Lanzar objetos, tanto con una como con otra mano, intentando dar en el blanco (caja, papelería...) Intentar insertar círculos de alambre en botellas u objetos en el suelo.	Caja, papelería, objetos, juguetes, pelotas pequeñas.	Niños jóvenes y Terapeuta
Duración 30 días	40 minutos por cada paciente	Para 8 niños y jóvenes	Enrosco y tapo.	Enroscarse y desenroscar tapas, botes, tuercas... Poner varios frascos y botellas sin tapas, y motivar al niño a que las tape en el mínimo tiempo. También se debe utilizar tuercas plásticas de juguete para obtener mayor atención del niño.	Tapas, tuercas, botellas.	Niños jóvenes y Terapeuta
Duración 30 días	45 minutos por cada paciente	Para 8 niños y jóvenes	Busco el camino.	Hacer laberintos para punzar, seguir con el dedo, recortar o romper con la mano si aún no hay manejo de tijera. Esta actividad se puede diversificar con caminos rectos, en zigzag, circulares, etc.	Fichas N.-1, N.-2, N.-3 y N.-4, N.-5, N.-6, N.-7 y N.-8, punzón y tijera.	Niños jóvenes y Terapeuta
Duración 30 días	40 minutos por cada paciente	Para 8 niños y jóvenes	Separo y decoro.	Mezclar diferentes granos secos, mullos de diferentes colores y tamaños y dar al niño que separe. Una vez terminada la actividad entregar al niño una caja o un tarro vacío para que pegue los granos o mullos antes separados por el mismo. Y que decore a su gusto.	Granos secos, mullos, cajas vacías.	Niños jóvenes y Terapeuta
Duración 30 días	45 minutos por cada paciente	Para 8 niños y jóvenes	Me divierto con mi papel	Rasgar, trozar, recortar, entorchar, doblar o hacer bolitas con papel de colores, y darle dibujos, cartulinas, tarjetas para que pegue y a la vez decore con su material hecho por el mismo.	Papel, y fichas N.-9 y 10	Niños jóvenes y Terapeuta

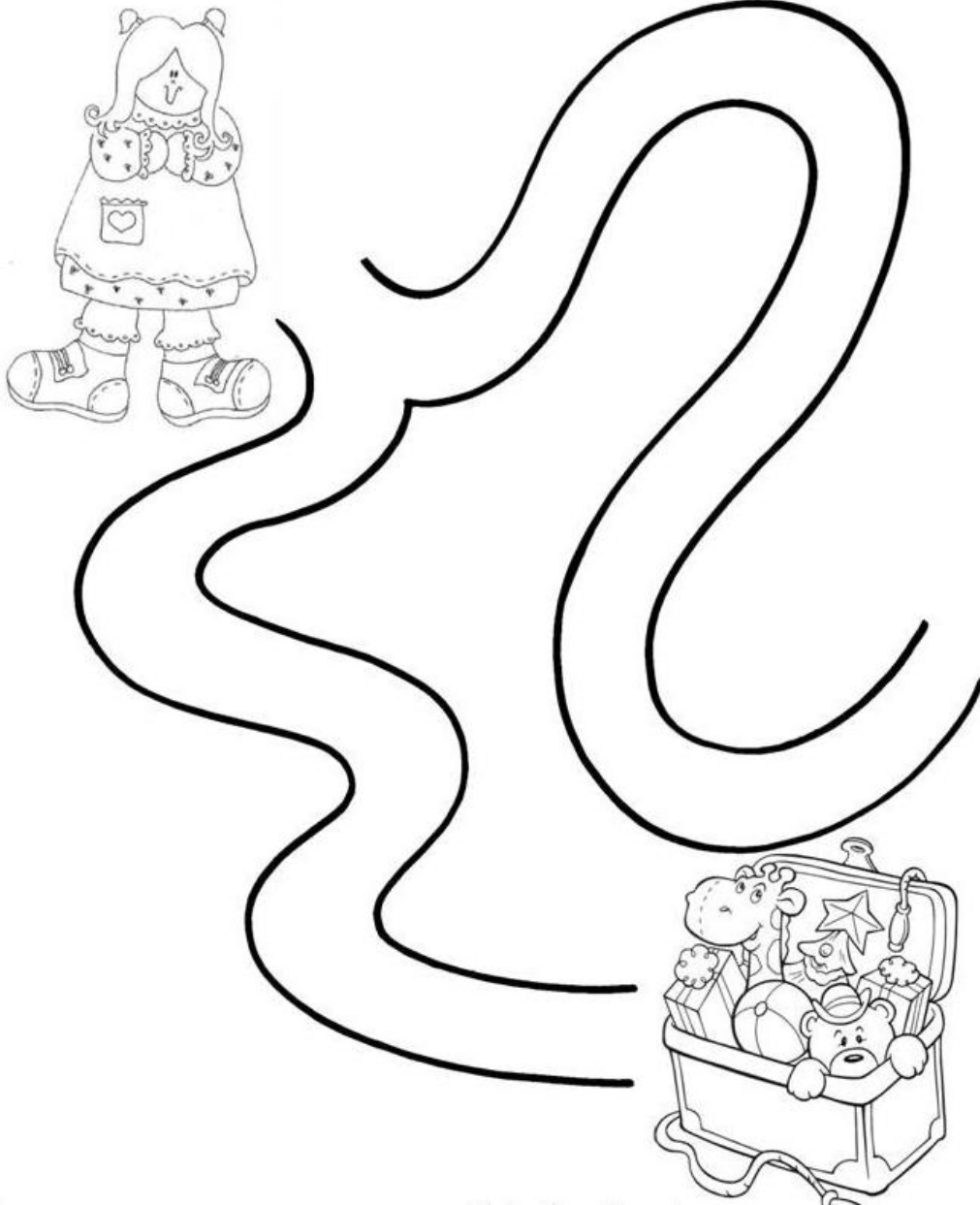
Tabla N° 4. Aprendiendo actividades de la vida cotidiana

Actividades						
Objetivo: Enseñar las principales y necesarias actividades de la vida diaria.						
sección	tiempo	Para cuantos niños, jóvenes va dirigido	ACTIVIDADES	DESCRIPCIÓN	Material	R. Humanos
Duración 30 días	45 minutos por cada paciente	Para 8 niños y jóvenes	Ejercito mis manitos	Practicar el abrochar y desabrochar botones, cinturones, cierres y corchetes, con frecuencia y precisión, de preferencia ropa pequeña y luego más grande.	Cinturones, ropa con botones, cierres y corchetes.	Niños jóvenes y Terapeuta
Duración 30 días	40 minutos por cada paciente	Para 8 niños y jóvenes	Aprendiendo con el zapato	Con un zapato de muñeco enseñar a ensartar el cordón, y enseñar a realizar el nudo de zapato correctamente.	Zapatos de muñeco, cordones	Niños jóvenes y Terapeuta
Duración 30 días	30 minutos por cada paciente	Para 8 niños y jóvenes	Chic- chac limpiando mis dientes	Enseñar a cepillarse los dientes de manera correcta con pasta para niños y frente a un espejo, y repasarlo con muñecos o concha secas y mostrar lo blancos que estos deben y pueden quedar, sin olvidar de mencionar lo importante q es la limpieza de nuestra boca. Estimular al niño ara que realice esta actividad todos los días, después de cada comida o lo más independiente posible. Premiar y valorar su esfuerzo por hacerlo.	Cepillo de dientes, agua, pasta, conchas secas, muñecos,espejo	Niños, jóvenes y Terapeuta
Duración 30 días	45 minutos por cada paciente	Para 8 niños y jóvenes	Jugando con mi vajilla	Con platos, cucharas y vasos de plástico enseñar la manera correcta de comer, coger la cuchara y el vaso, es importante la masticación y la limpieza de manos y alrededor de la boca con una servilleta de papel o tela, esta	Platos, cucharas, vasos,cd,grabadora	Niños, jóvenes y Terapeuta

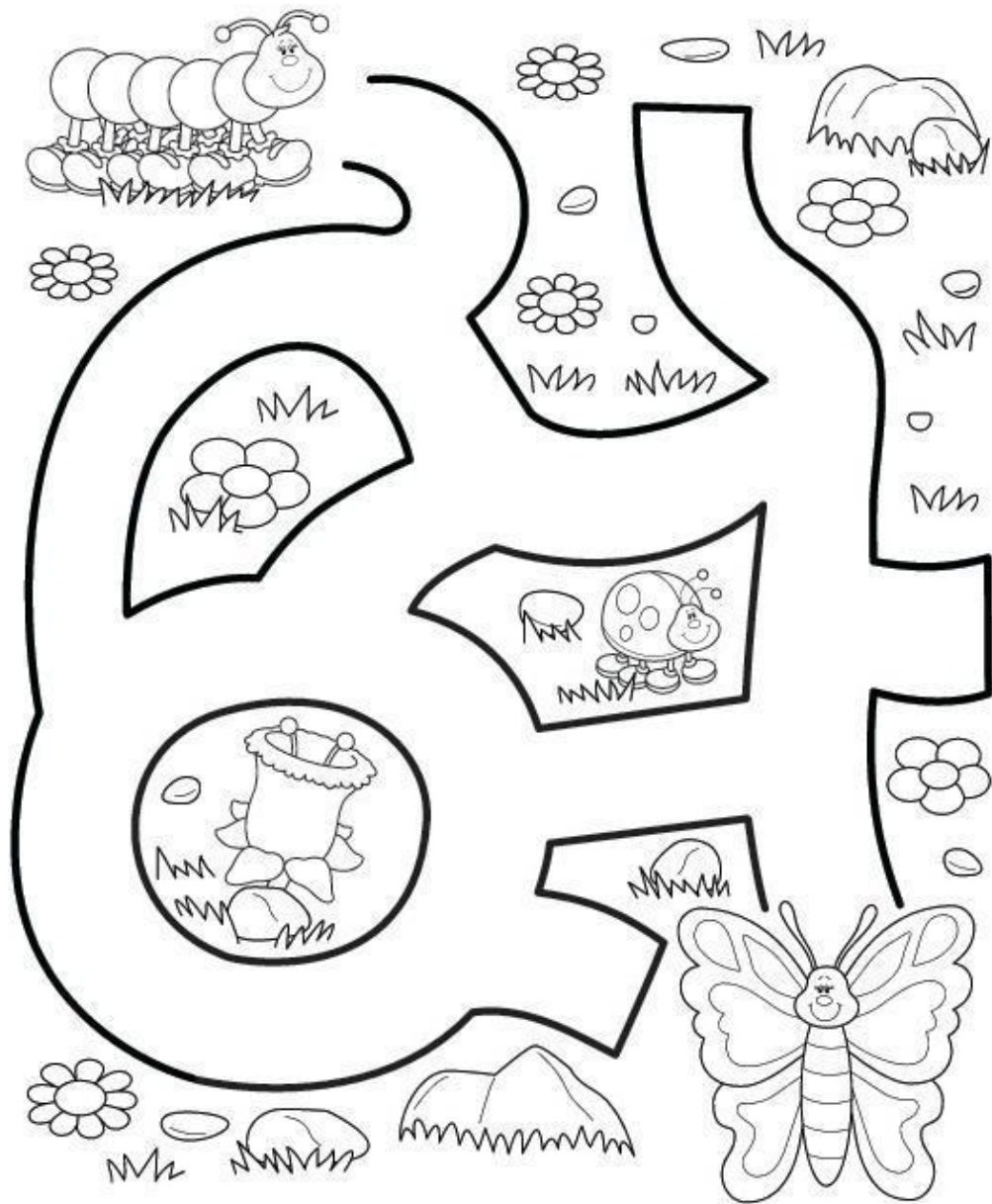
<p>actividad se la puede realizar con una música infantil o de su gusto y de manera muy lúdica y con temas de conversación que sean de agrado del niño o joven, para que no se sienta presionado y realice la actividad en manera de juego.</p>						
<p>Duración 30 días</p>	<p>45 minutos por cada paciente</p>	<p>Para 8 niños y jóvenes</p>	<p>Me divierto lavando</p>	<p>Vamos a utilizar juguetes, pelotitas y diferentes objetos lavables y vamos a llevarlos al lavamanos y en manera de juego vamos a lavarlos y con una toalla pequeña a secarlos, así motivamos y enseñamos el aseo y limpieza de manos, uñas y cara, y a la vez el uso correcto del lavamanos y la toalla.</p>	<p>Juguetes, pelotitas, objetos lavables, lavamanos, agua, toalla</p>	<p>Niños, jóvenes y Terapeuta</p>

Contenidos:

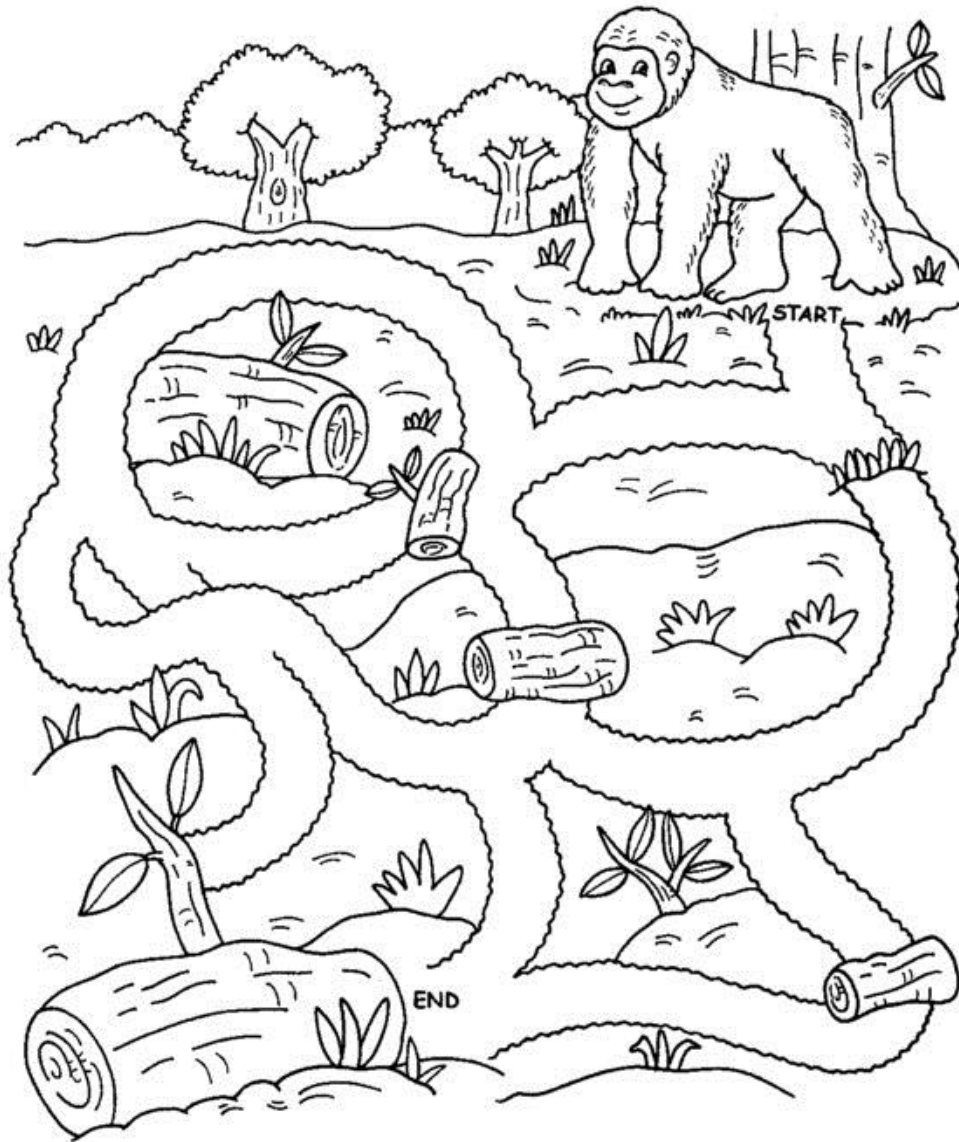
Ficha N.-1



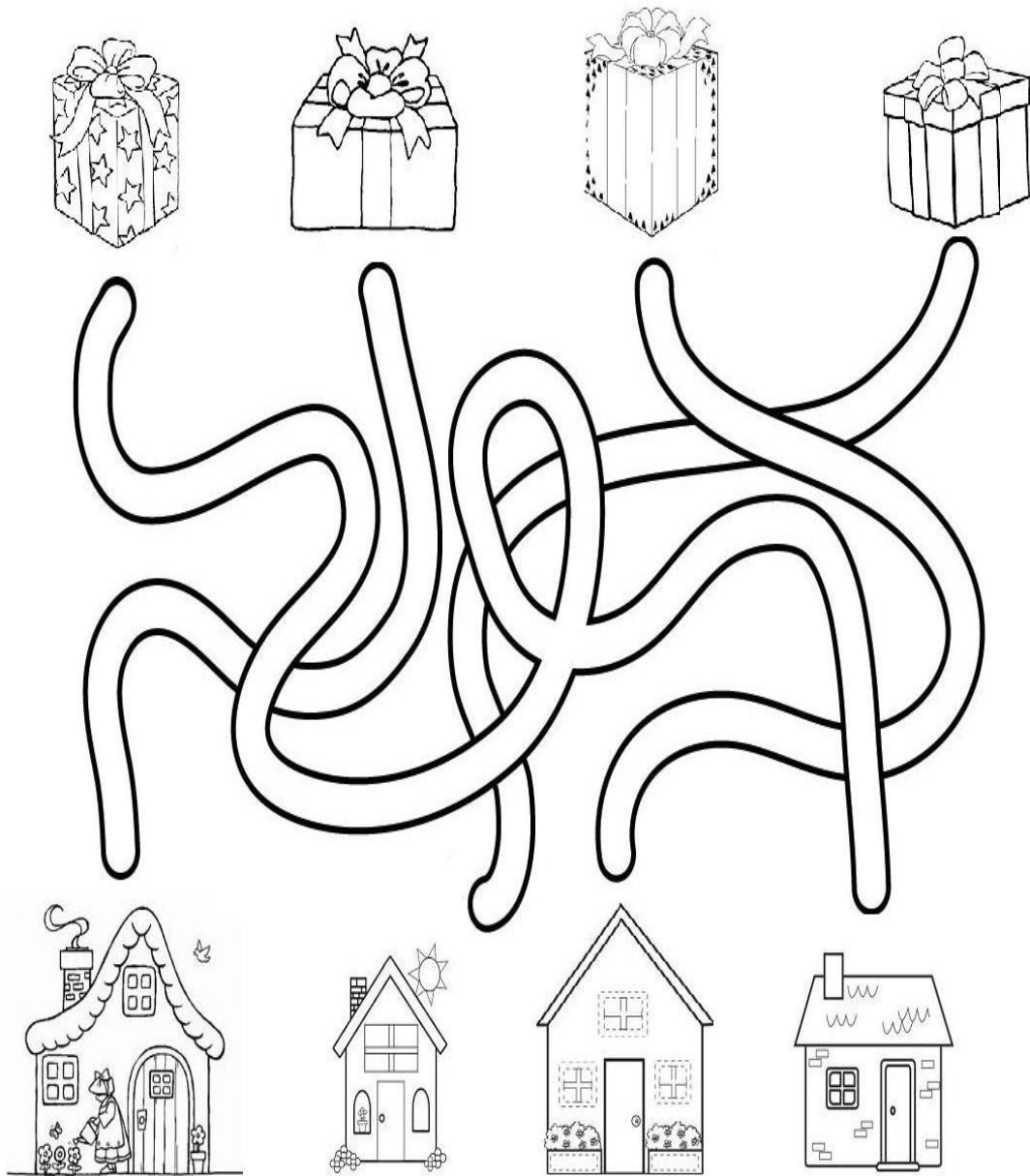
Ficha N.-2



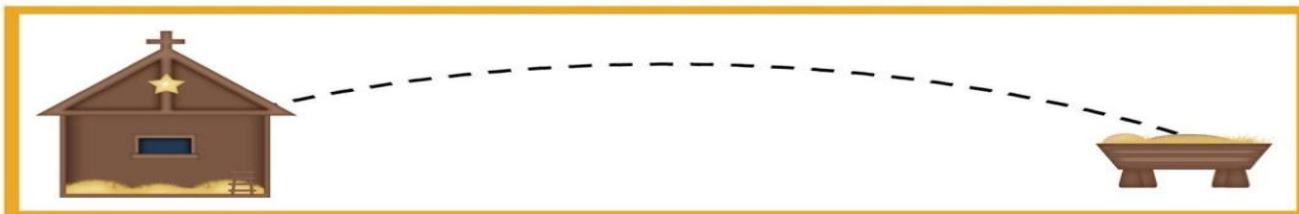
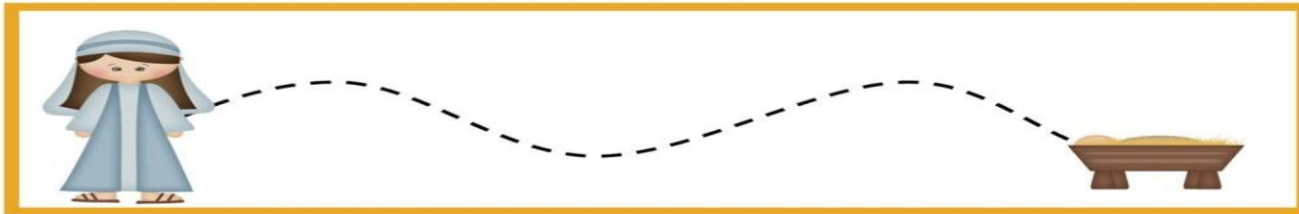
Ficha N.-3



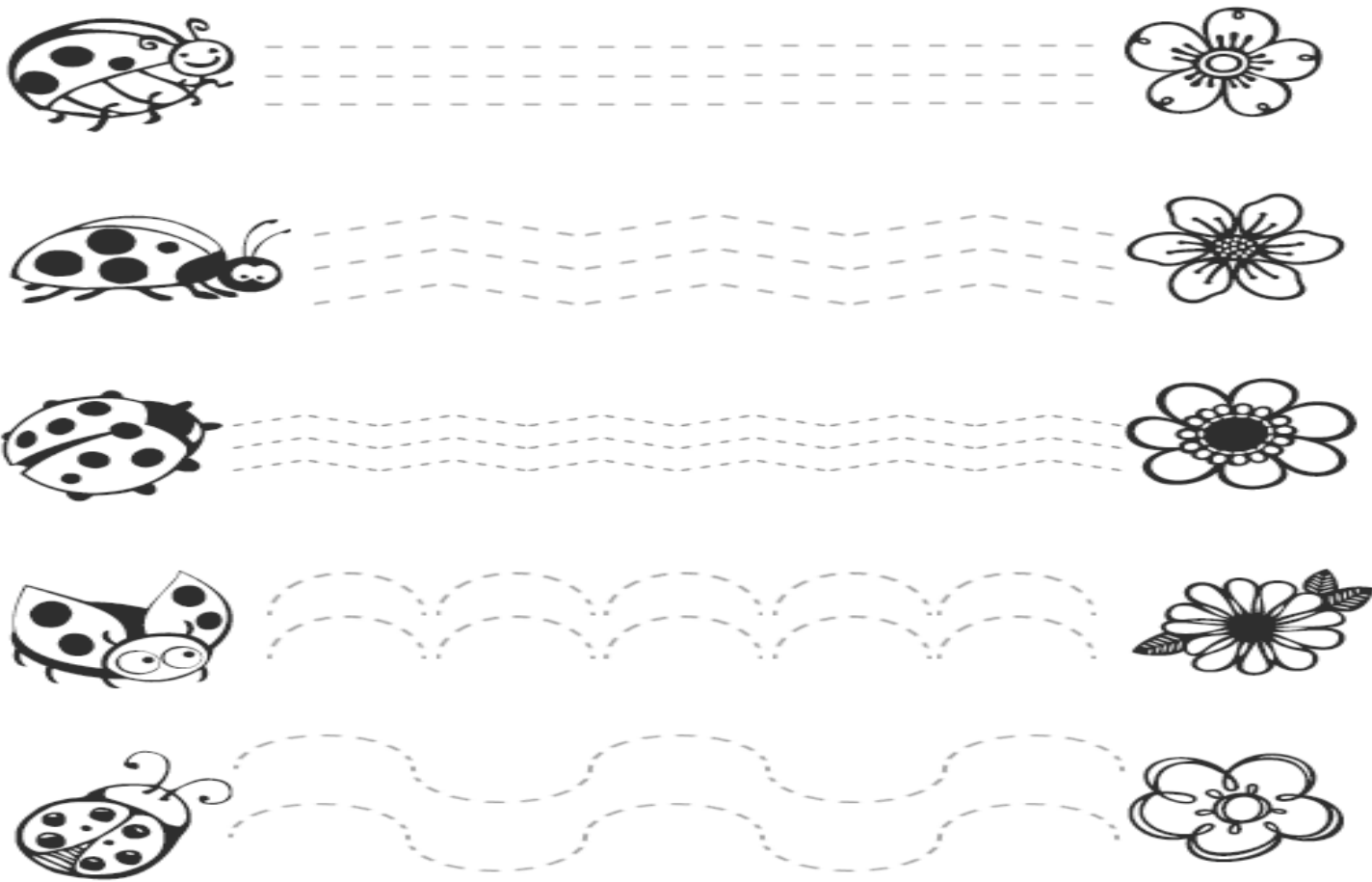
Ficha N.- 4



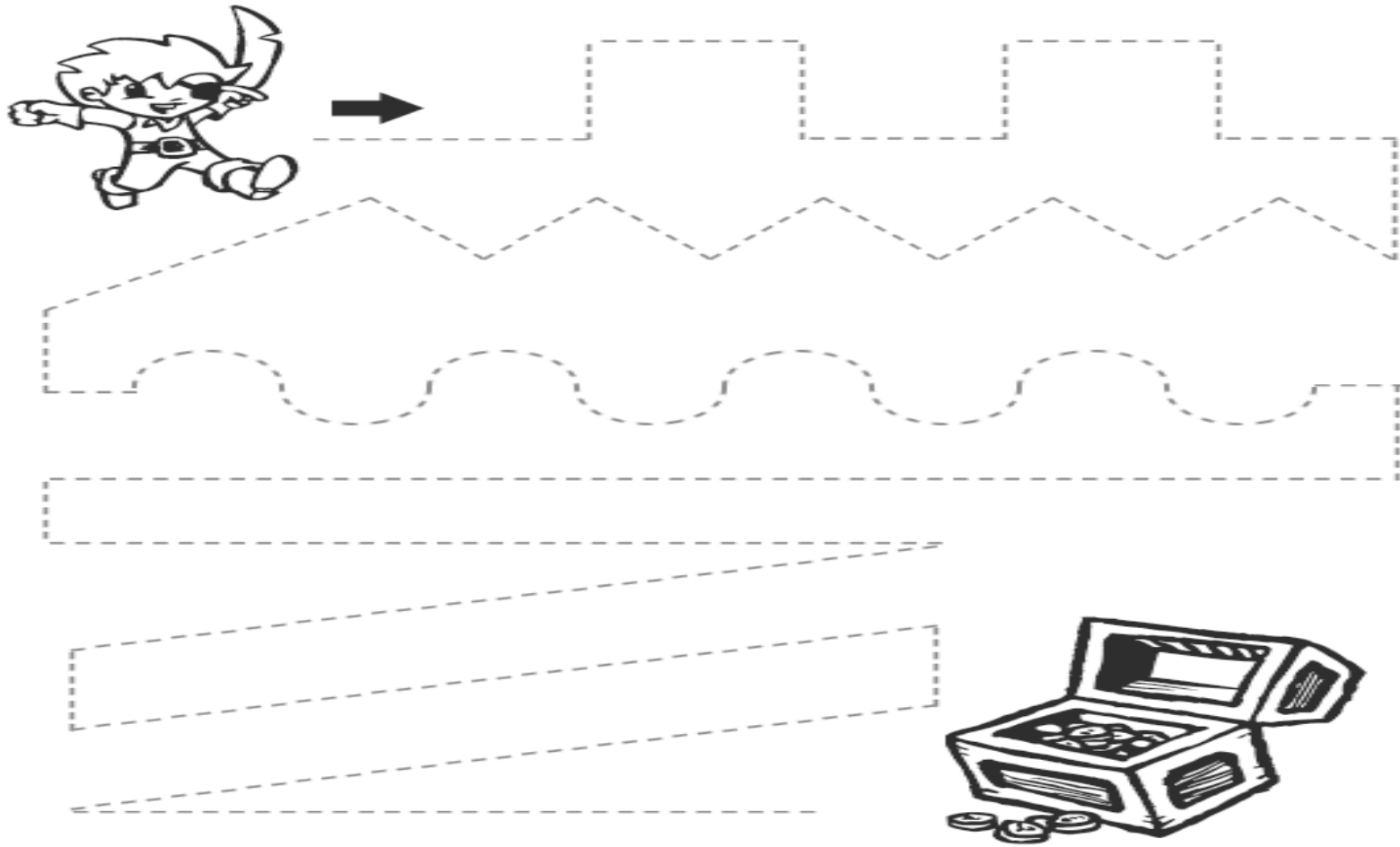
Ficha N.- 5



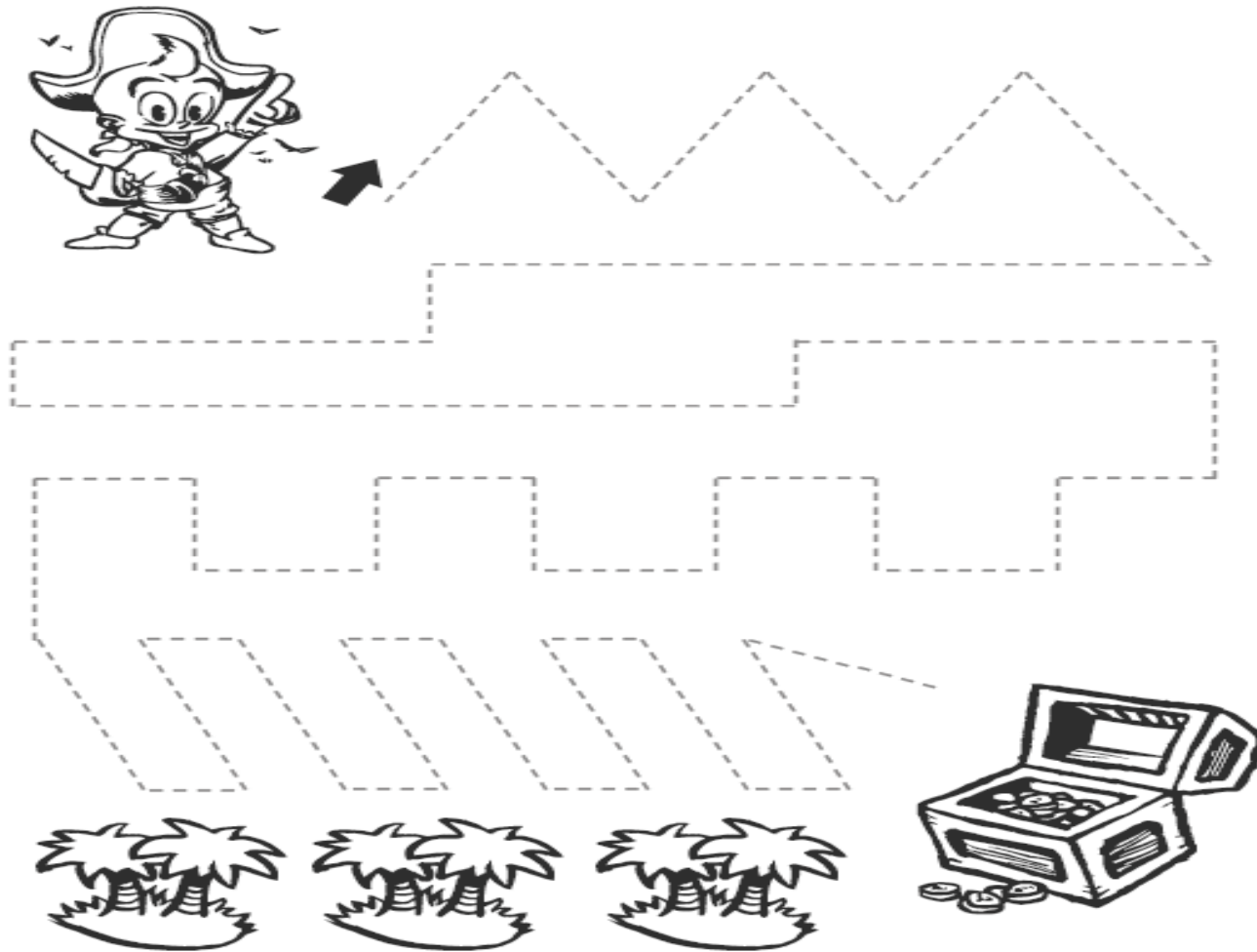
Ficha N.- 6



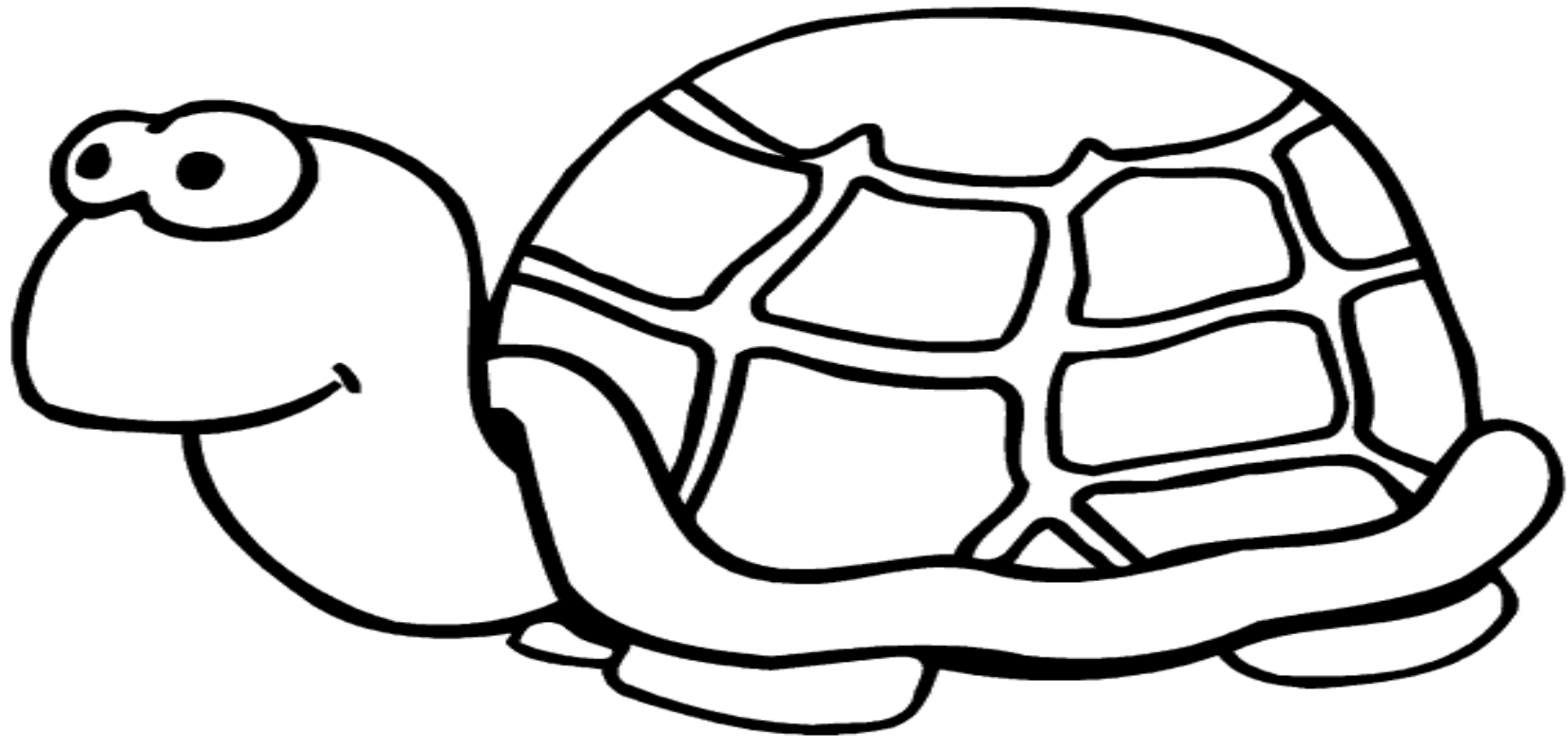
Ficha N.- 7



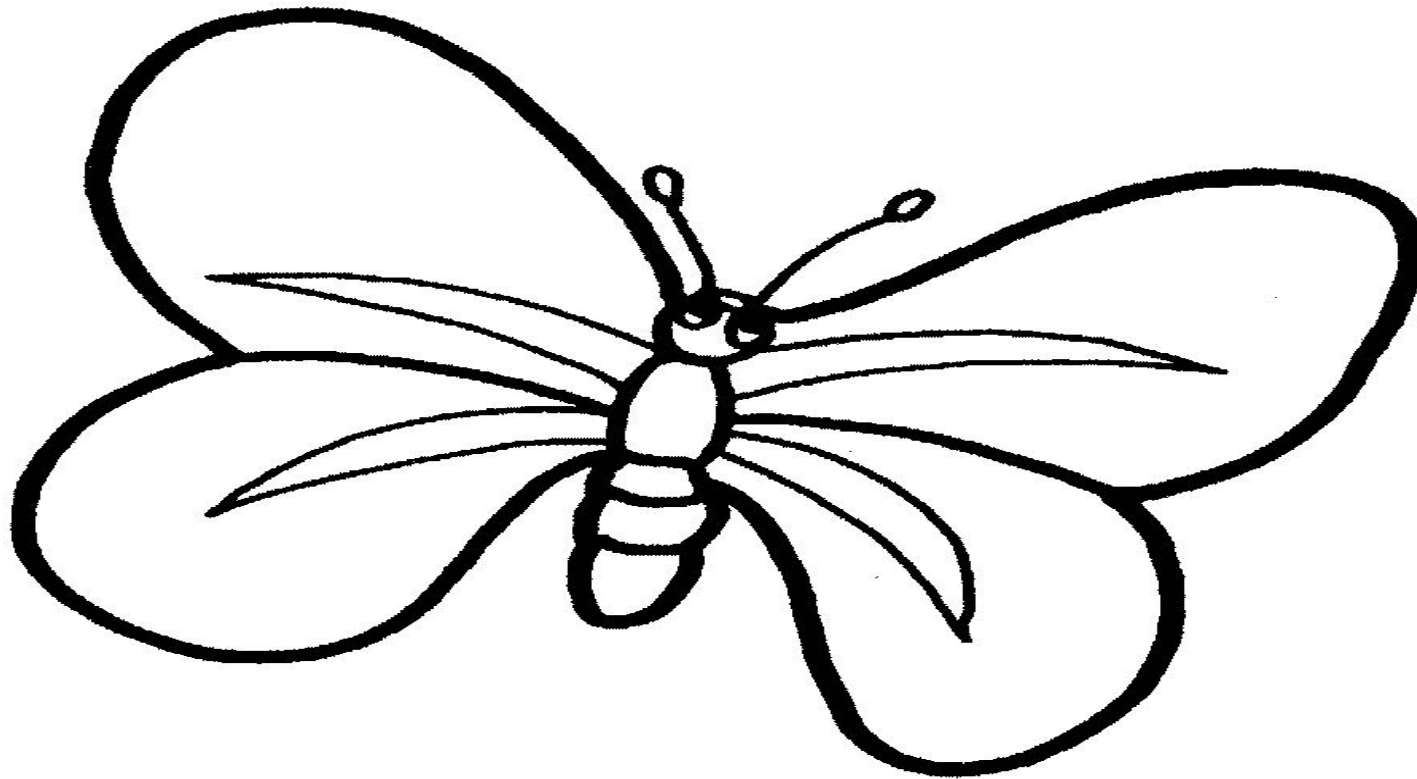
Ficha N.-8



Ficha N.- 9



Ficha N.- 10



j. BIBLIOGRAFÍA

Bibliografía

- ARCINIEGA, E. (2011). *Desarrollo motor*. Madrid: Morata.
- AVILA ALVAREZ, A., MARTÍNEZ PIEDROLA, R., BOCANEGRA, M., MENDEZ, B., & TALABERA, M. (2010). *Marco de trabajo para la práctica de terapia ocupacional*.
- BARRIOS FERNÁNDEZ, S. (2006). *Manual de Psicomotricidad*. Madrid: Pirámide.
- BLASQUEZ SÁNCHEZ, D. (2009). *Deportes Estado Conservación*. Cíncel.
- BOTTINI, P. (2009). *Psicomotricidad: prácticas y conceptos*. Buenos Aires: Miño y Dávila.
- CASTELLANOS, R., & RIESGOS, S. (2009). *Parálisis cerebral nuevos conceptos en una nueva era*.
Obtenido de www.spanish.press.heart-it.org
- CRUICKSHANK, W. (2009). *Actividades Educativa*. Obtenido de www.inclusionas.com.
- G, V. D., MARTÍNEZ GALÁN, M., MARTINEZ, A., & ECHEVERRÍA, d. V. (2012). *Eficacia del método de los institutos para el Logro del Potencial Humano (Doman-Delacato) en pacientes con parálisis cerebral infantil*.
- GARCIA REINO, T. V. (2011). *Psicología del desarrollo. Actividad para el desarrollo del lenguaje 1. Educación infantil*.
- GR., R. C. (citado 23 Oct 2008). *Parálisis cerebral: nuevos conceptos en una nueva era*. Rev Méd Electrón.
- GUERRA DOMÍNGUEZ, E., & MARTÍNEZ GIRIARTE, G. (2012). *Caracterización clínica de los pacientes con parálisis cerebral infantil*.
- GUTIERREZ, A. (2010). La importancia de la educación psicomotriz. *Digital innovación y experiencias educativas*, 1-9.
- HERRERA, P. (2010). *Actividades lúdicas de la vida diaria*. Mexico: Andaluz.
- JACQUES, R. (2004). *Patología psicomotriz*. Dossat 2000.
- LECOVER, R. (2009). Recuperado el 06 de junio de 2012, de Bases-Teóricas-Motricidad-Fina: www.megatareas.com/doc/2304
- LECOVER, R. (2010). *Filosóficas de la motricidad fina*. Cuba: Millares.
- LEONTIEV, & VYGOTSKY, L. S. (2009). *Psicología y Pedagogía*. Madrid.
- LORENTE HURTADO, C. (2004). *Retraso en el crecimiento de los niños*.

- MARTIN, D., & RODRIGUEZ, S. (2010). *Psicomotricidad. ¿Qué formación dicen poseer los profesores de Educación Infantil y Educación Especial de la provincia de Huelva?*
- MELCHOR, A. (2011). *Atención al cuidado*. España: XLVI.
- MOREIRA, D., SILVESTRE, C., & VARELA, G. (2010). *Nutrición, vida activa y deporte*.
- MUÑOZ, A. M. (2010). *La parálisis Cerebral*.
- MURIEL, S. (2012). *Introducción a la psicomotricidad*. Barcelona: Salvat.
- NÚÑEZ, R., & FERNANDEZ, R. (2012). *Psicomotricidad como prevención e integración escolar*.
- ORDOÑEZ, L. M. (2009). *Estimulación temprana, inteligencia emocional y cognitiva*. Mexico: Primera Edición.
- PEREZ, R. (2005). *La psicomotricidad*. España: Propias.
- POO ARGUELLAS, P. (2010). *Parálisis cerebral*. España.
- REYES CONTRERAS G, P. C. (2012). *Factores de riesgo en niños con parálisis cerebral infantil en el Centro de Rehabilitación Infantil Teletón*. Estado de México.
- ROBAINA CASTELLANOS, G., & RIESGO RODRIGUEZ, S. (2009). *Definición y clasificación de la parálisis cerebral: ¿Un problema ya resuelto?*
- ROSAS, S. (2012). *La psicomotricidad y su importancia*. Lima - Perú.
- ROY, C. (2009). *Funciones para mejorar las actividades de la vida diaria*. Aposta.
- SILVA, M. (2008). *Beneficios de la psicomotricidad fina en personas con parálisis cerebral*. IV.
- SIMMS, S. R. (2011). *Language development and communication disorders*. In RM Kliegman et al., eds.,. Nelson Textbook of Pediatrics.
- STROKE, N. I. (2010). *Cerebral palsy: Hope through research*. . Publicación del NIH número 10-159.
- THOMPSON, J., BRADLEY, V., BUNTINX, W., SCHALOCK, R., SHOGREN, K., & SNELL, M. e. (2010). *Conceptualizando los apoyos y las necesidades de apoyo de personas con*.
- TOVAR A, G. R. (2012). *Hemipléjica. Fisioterapia*.
- VALLS, A. (2011). *Desarrollo e intervención psicomotriz*. I Congreso Estatal de Psicomotricidad. Barcelona.
- VAN LOON, J. (2009). *Un sistema de apoyos centrado en la persona. Mejorando en la calidad de vida*.

k. ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA EDUCACIÓN, EL ARTE Y LA COMUNICACIÓN

CARRERA DE PSICORREHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL

TEMA

LA PSICOMOTRICIDAD FINA Y SU RELACIÓN CON LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA EN LOS NIÑOS Y JÓVENES CON PARÁLISIS CEREBRAL ENTRE LAS EDADES COMPRENDIDAS DE 8-13 AÑOS QUE ASISTEN AL CENTRO ESPECIAL (CADE) EN LA CIUDAD DE LOJA PERIODO DICIEMBRE DEL 2012- FEBRERO DEL 2013

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

AUTOR

Gary Fabián Ruiz Lozano

DIRECTORA

Dra. Mg.Sc.Silvia Torres Díaz

LOJA-ECUADOR

2014

a. TEMA:

LA PSICOMOTRICIDAD FINA Y SU RELACIÓN CON LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA EN LOS NIÑOS Y JÓVENES CON PARÁLISIS CEREBRAL ENTRE LAS EDADES COMPRENDIDAS DE 8-13 AÑOS QUE ASISTEN AL CENTRO ESPECIAL (CADE) EN LA CIUDAD DE LOJA PERIODO DICIEMBRE DEL 2012-FEBRERO DEL 2013

b. PROBLEMÁTICA

Según la Organización Mundial de la Salud (2011) OMS en todo el mundo, las personas con discapacidad tienen peores resultados sanitarios, bajo resultado en el ámbito académico, una menor participación económica y unas tasas de pobreza más altas que las personas sin discapacidad. En parte, ello es consecuencia de los obstáculos que entorpecen el acceso de las personas con discapacidad a servicios que muchos de nosotros consideramos obvios, en particular la salud, la educación, el empleo, el transporte, o la información. Esas dificultades se exacerban en las comunidades menos favorecidas

A nivel mundial, "Aproximadamente el 80% de los 200 millones de niños del mundo que, según las estimaciones, sufren discapacidades viven en países en desarrollo; muy pocos de ellos reciben una atención sanitaria y una educación adecuada, y menos de un 2% reciben algún tipo de servicios especiales

Los niños con discapacidad son estigmatizados desde su nacimiento y más propensos a ser víctimas de la exclusión, el ocultamiento, el abandono, la reclusión, y el abuso .Las tasas de mortalidad entre niños discapacitados alcanzan el 80% incluso en países en donde la mortalidad entre menores de 5 años se ha reducido significativamente a valores inferiores al 20% (ONU 6 de Mayo del 2012)

Según la UNESCO increíblemente, en los países en desarrollo el 90% de los niños discapacitados no asisten a centros de educación .La Convención de la ONU sobre los derechos de las personas con discapacidades (CDPC) que entro en funcionamiento en mayo de 2008, representa una extraordinaria iniciativa tendiente a reconocer a los discapacitados como miembros activos e igualitarios de la sociedad. La CDPC propugna el goce pleno por parte de todas las personas con discapacidades de los derechos humanos y libertades fundamentales en condiciones de igualdad, y la inclusión destaca, la importancia de las intervenciones en los primeros años de vida en los niños discapacitados en el sistema educativo

A esto se agudiza el poco interés y valoración por parte de las altas esferas gubernamentales como es el caso de nuestro país que está en la obligación de brindar ayuda para la educación y rehabilitación especialmente a los individuos que presentan algún tipo de dificultades y muy esencialmente para las personas con parálisis cerebral ya que varios organismos no cuentan con el factor humano preparado científica, técnica ,ética y humanísticamente para cumplir dichas actividades ; a la precaria y difícil

situación socio- económica por la que atraviesan muchas parejas que descuidan la atención integral pre y postnatal de sus futuros hijos ; a las escasas fuentes de trabajo Con lo referente al apoyo que ha recibido Loja por parte de los gobiernos a sido muy poco, faltando mucho por hacer y brindar una ayuda oportuna a los niños y jóvenes con parálisis cerebral en la actualidad en nuestra provincia de Loja existen 77.698 que presentan discapacidades, es decir el 18.2% de las personas con parálisis cerebral

Siendo así que este tipo de patología en nuestra sociedad lojana constituye uno de los problemas latentes , debido a que su incidencia se agudiza sobre todo en sectores urbano marginales y rurales, dada la relación existente entre discapacidad , condiciones de vida , ingreso y bajo acceso a servicios(www.unl.edu.ec/educativawp/modulo)

. en la actualidad existen centros que acogen y brindan ayuda oportuna a las personas con necesidades educativas especiales como es Apronjel, Ceprodís, Ceal, Byron Eguiguren, Cade entre otras la cual brinda los servicios de atención integral a las personas con discapacidad física , psicológica, psicopedagógica y laboral , con el apoyo del gobierno y autogestión , viendo y haciendo lo posible por brindar ayuda oportuna , muchas de las veces con limitaciones , como son la falta de aulas de fisioterapia , sala de estimulación temprana, salas de terapia ocupacional, personal especializado entre otras . A todas estas negativas se suma a la falta de colaboración de los padres de familia

Muchos niños y jóvenes que padecen de parálisis cerebral no han tenido una estimulación motriz adecuada y es por ello que sus habilidades motrices finas no se han desarrollado adecuadamente y actividades como punzar, trozar, apilar recortar, etc., no pueden ser ejecutadas o lo hacen con mucha dificultad y en algunos de los casos ni siquiera terminan dichas actividades; en todos los casos no existe el perfeccionamiento de la pinza (movimientos con el dedo pulgar e índice); y a ello se suma la carencia de la coordinación oculo-manual etc.

Otro problema que encontré es que todas las terapias están basadas en la rehabilitación del niño, mas no en la preparación de éste para que pueda realizar actividades básicas sin depender de otra persona; es decir en el centro no existe un espacio donde se les enseñe a los niños diferentes actividades como: comer solos, asearse, limpiarse la cara, peinarse, vestirse etc.; algo que considero trascendente, ya que estas implican alimentación, higiene y vestimenta, actividades primordiales para el desarrollo y la independencia de cada uno de los niños; con lo antes mencionado acerca de la psicomotricidad fina adiciono la ausencia de la enseñanza de las diferentes actividades

de la vida diaria y considero que son problemas que considero relevante y por ello he creído importante investigar: **¿Cómo la psicomotricidad fina se relaciona con las actividades de la vida diaria en los niños con parálisis cerebral entre las edades comprendidas de 8-13 años que asisten al centro especial (CADE)?**

Del cual se desprenden dos preguntas significativas:

1. ¿Qué dificultades motrices finas presentan los niños?
2. ¿Qué deficiencias presentan los niños y jóvenes con parálisis cerebral en la realización de las actividades de la vida diaria?

c. JUSTIFICACIÓN

El presente tema de investigación: La psicomotricidad fina y su relación con las actividades de la vida diaria en los niños y jóvenes con parálisis cerebral que asisten al centro especial (CADE) de la ciudad de Loja constituye un aporte importante al conocimiento de la realidad motriz de las personas con parálisis cerebral. Por otra parte la universidad nacional de Loja, con el objetivo de formar profesionales capaces de dar solución a las problemáticas que se presentan en nuestra sociedad, promueve el desarrollo de investigaciones de carácter técnico – científico que contribuyan al desarrollo y adelanto del País y de la región sur del Ecuador.

Este proyecto está encaminado en brindar alternativas de solución a los problemas que afectan en el ambiente socio familiar y dentro de ello específicamente en el desarrollo motriz de las personas con parálisis cerebral que asisten al (CADE) en la ciudad de Loja.

La investigación es vigente porque en la actualidad existe la necesidad de que las personas con parálisis cerebral sean atendidas de manera adecuada en todas sus áreas, para que puedan llevar una vida normal.

Además existe la bibliografía necesaria porque en los últimos años hay estudios sobre el tema que contribuyen a valorar desde el punto de vista teórica la problemática y darle el sustento científico necesario para establecer la valides del tema. Es factible de desarrollarla ya que existe la predisposición del investigador así como la ayuda de quienes forman parte del (CADE)

Finalmente los beneficiarios de la presente investigación serán los niños padres de familia y miembros de dicha institución.

d. OBJETIVOS

a. OBJETIVO GENERAL

- Determinar la relación que existe entre la motricidad fina y el desarrollo de las actividades de la vida diaria en los niños y jóvenes con parálisis cerebral entre las edades comprendidas de 8 – 13 años que asisten al (CADE), en la ciudad de Loja.

b. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar las dificultades motrices finas que presentan los niños y jóvenes con parálisis cerebral entre las edades comprendidas de 8-13 años que asisten al (CADE).
- Identificar las principales dificultades que presentan los niños y jóvenes con parálisis cerebral en las actividades de la vida diaria entre las edades comprendidas de 8-13 años que asisten al (CADE).
- Sugerir lineamientos alternativos para mejorar la motricidad fina en los niños y jóvenes con parálisis cerebral que asisten al centro especial (CADE) para que puedan realizar las actividades de la vida diaria.

e. MARCO TEÓRICO

ESQUEMA DE CONTENIDO

1. PARÁLISIS CEREBRAL

- 1.1. Definición de parálisis cerebral
- 1.2. Características de la parálisis cerebral
- 1.3. Causas de la parálisis cerebral
 - 1.3.1 Causas Prenatales
 - 1.3.2. Causas Perinatales
 - 1.3.3 Causas postnatales
- 1.4. Clasificación de la parálisis cerebral
 - 1.4.1. Según la localización de la lesión cerebral, la parálisis cerebral se clasifica en:
Según el grado de afectación (intensidad), decimos que es:
 - 1.4.3. En función de los segmentos corporales:
- 1.5. Dificultades que se asocian con parálisis cerebral

2. PSICOMOTRICIDAD

- 2.1. Concepto
- 2.2. Importancia y beneficios de la psicomotricidad
- 2.3. Clasificación de psicomotricidad
 - 2.3.1. Motricidad gruesa
 - 2.3.2. Motricidad fina.
- 2.4. Habilidades motrices finas

3. ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.

- 3.1. Concepto
- 3.2. Actividades Necesarias y primordiales de la vida diaria.
- 3.3. Higiene y cuidado personal
 - 3.3.1. Vestido
 - 3.3.2. Alimentación
 - 3.3.3. Control de Esfínteres
 - 3.3.4. Habilidades sociales
- 3.4. Aspectos a tener en cuenta en las AVD:
- 3.5. Actividades de la vida diaria y la motricidad

1. PARÁLISIS CEREBRAL

1.1. Definición de parálisis cerebral

La parálisis cerebral (PC) constituye la afección neurológica, describe un grupo de trastornos permanentes del desarrollo del movimiento y de la postura, que causan limitaciones en la actividad y que son atribuidos a alteraciones no progresivas ocurridas en el desarrollo cerebral del feto o del lactante. Los trastornos motores de la parálisis cerebral están a menudo acompañados por alteraciones de la sensación, percepción, cognición, comunicación y conducta..(Guerra Domínguez E, citado 22 Nov 2012)

1.2. Características de la parálisis cerebral

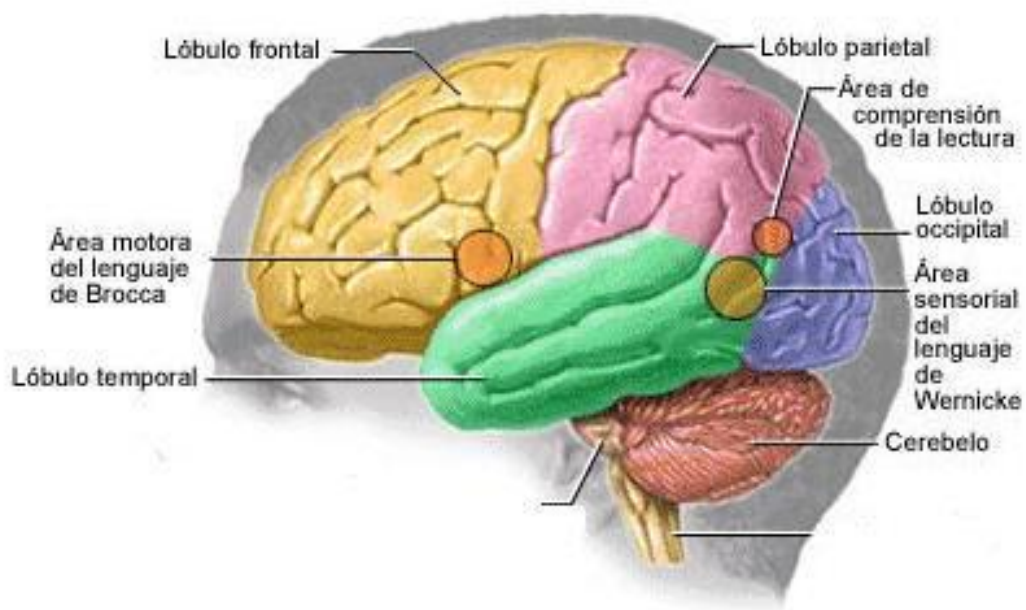
Las principales características son:

- Lesión en el sistema nervioso central no maduro.
- Lesión permanente, aunque no progresiva.
- Afecta fundamentalmente al movimiento.
- Puede presentarse asociada o no a otras alteraciones: sensoriales, perceptivas, intelectuales, etc.”.
- Se dan trastornos en el desarrollo psicomotor (control postural, deambulación, manipulación, etc.).
- La lesión cerebral ocasiona un retraso en el desarrollo motor y produce alteraciones en ese desarrollo debidas a la presencia de esquemas anormales de actitud y movimiento.

Niño normal		Niño con parálisis cerebral
Reflejos primarios presentes, vigorosos. Movimientos independientes.	<i>Recién nacido</i>	Reflejos primarios débiles o ausentes. Patrones totales de flexión o extensión.
Control cefálico adquirido	<i>3-4 meses</i>	Dificultad para el control cefálico. Dificultad para la alimentación.
Manos abiertas Manos juntas en la línea media	<i>4-5 meses</i>	Manos cerradas de forma mantenida Pulgar incluido en la palma de la mano Sólo utiliza una mano
Disolución de los reflejos primarios Reacciones de apoyo laterales Movimientos de pataleo	<i>6-7 meses</i>	Persisten los reflejos primarios. No presenta reacciones de apoyo. Piernas en extensión. Pataleo sin disociar.
Posición de sentado estable Repta con movimientos disociados	<i>8-9 meses</i>	Posición de sentado inestable. No repta.
Gatea Permanece de pie con las piernas separadas	<i>10-11 meses</i>	Repta impulsándose con los brazos y las piernas en extensión. Extensión de todo el cuerpo al intentar la bipedestación.
Tracción para ponerse de pie. Da pasos, cogido de la mano, realiza la pinza fina.	<i>1 año</i>	No se mantiene de pie con apoyo. Puede persistir la marcha automática. Prensión con toda la mano.

Fig. 1. Cuadro comparativo de características de parálisis cerebral

Regiones del cerebro afectadas por la parálisis cerebral



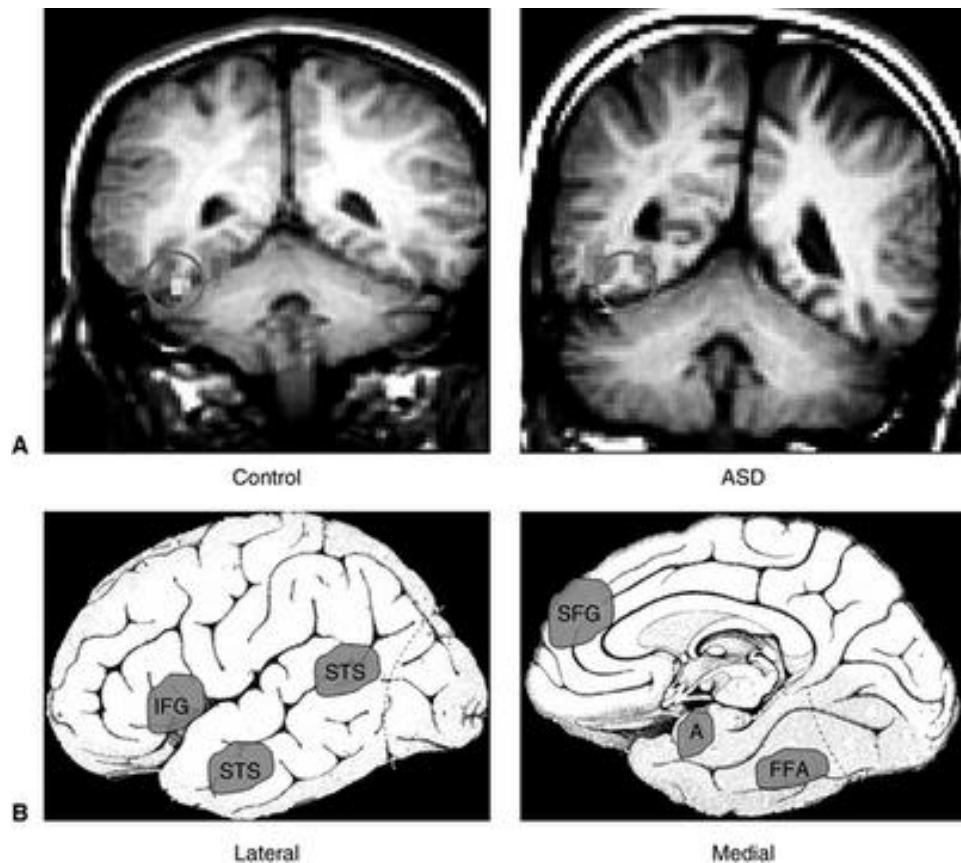


Fig. 2. Regiones afectadas por la parálisis cerebral

1.3. Causas de la parálisis cerebral

La parálisis cerebral se puede presentar por diferentes causas que suceden antes del nacimiento (prenatales), durante el momento del parto (perinatales) o después del nacimiento (postnatales).

1.3.1. Causas Prenatales

- Que la madre presente una enfermedad infecciosa como la rubéola, que la madre presente una enfermedad infecciosa como la rubéola, toxoplasmosis, citomegalovirus, entre otros, especialmente durante los primeros tres meses del embarazo.
- Cuando el bebé presenta en la sangre el factor RH positivo y la madre tiene RH negativo. Esto se presenta cuando la madre ha tenido un embarazo anterior.
- Cuando la madre tiene una lesión grave en el corazón, anemia, desnutrición, especialmente, durante los primeros tres meses del embarazo.

- Cuando la madre tiene una lesión grave en el corazón o presenta anemia, desnutrición, aumento de la tensión arterial, alteraciones en el útero y la placenta, ya que pueden causar disminución de oxígeno al feto.
- Otras causas pueden ser: parto prematuro, intoxicaciones del feto por rayos x (radiografías), bajo peso del bebé, alcoholismo y drogadicción de la madre.**(Vergara Díaz G, citado 22 Nov 2012)**

1.3.2. Causas Perinatales

- La causa más común es que al bebé le llegue muy poca o ninguna cantidad de oxígeno a su cerebro debido a:
 - Partos muy demorados
 - Uso inadecuado de implementos para sacar el bebé (como fórceps)
 - Cuando se enreda o enrolla el cordón umbilical en el cuello del bebé.
 - Cuando se pasa de tiempo para nacer (más de los 9 meses ó42 semanas) y el bebé aspira meconio (su popó).**(Reyes Contreras G, citado 22 Nov 2012)**

1.3.3. Causas postnatales

- Que el bebé tenga alteraciones metabólicas, como la hipoglicemia (bajo nivel de azúcar en la sangre)
- Infecciones en el bebé como la meningitis, causada por una bacteria que le produce fiebre muy alta e irritabilidad.
- Golpes fuertes en la cabeza por accidentes o maltrato físico.
- Desnutrición en el bebé.
- Atragantamiento o intoxicaciones en el bebé.
- Un trastorno genético que puede ser hereditario aunque los padres estén completamente sanos.
- Cuando el cerebro del bebé sufre una malformación sin un motivo aparente.
(Paz Páez Claudia Graciela, 2010)

1.4. Clasificación de la parálisis cerebral

La parálisis cerebral admite varias clasificaciones que resumiremos en tres:

- En función de la localización de la lesión: espástica, atetósica, atáxica y mixta;

- En función de la gravedad de la afectación: leve, moderada y severa,
- En función de los segmentos corporales afectados: monoplejía, diplejía, triplejía, paraplejía y tetraplejía. **(Robaina Castellanos GR, citado 22 Nov 2012)**

1.4.1. Según la localización de la lesión cerebral, la parálisis cerebral se clasifica en:

- En la **parálisis cerebral espástica** la lesión se localiza en la corteza cerebral. Se caracteriza por movimientos rígidos, bruscos y lentos. Su manifestación consiste en la pérdida de movimientos voluntarios y por un aumento del tono muscular. Incluso cuando el niño está en reposo la hipertonía es permanente; este fenómeno de hipertonía se manifiesta, en ocasiones, en el esfuerzo excesivo que debe realizar para poder ejecutar algún movimiento. La debilidad de los movimientos voluntarios afecta también a los labios y la lengua. El rostro es inexpresivo y no hay control del babeo. El niño se mueve poco; los músculos superiores están en semiflexión y los inferiores en extensión; los puños, cerrados, con desplazamientos lentos y vacilantes. Su manifestación más importante es la espasticidad y la hipertonía. Mayor afectación de las extremidades inferiores.
- En la forma **discinética o atetósica** la lesión se localiza en los ganglios basales. Provoca en el sujeto movimientos involuntarios y lentos que puede ser atenuado por el reposo, somnolencia, fiebre y determinadas posturas o por el contrario, aumentado por la excitación, la inseguridad, la posición dorsal o por la posición en pie. La atetosis consiste en una oscilación lenta entre actitudes extremas de hiperextensión y de flexión. Hay afectación en la lengua y en los músculos de la masticación, de la articulación y de la respiración. La voz tiene un carácter espasmódico, o semejante a un quejido. Los sujetos que la padecen se caracterizan por presentar movimientos involuntarios, consistentes en desplazamientos espontáneos y lentos, en especial de manos y dedos.
- En la **ataxia** la lesión se localiza en el cerebelo. Trastorno de la coordinación y de la estática. Presentan alteración en el movimiento y en la dirección inicial, en la estabilidad del tronco y en el equilibrio. Se aprecia una descoordinación de la marcha, así como incapacidad para caminar en línea recta.

- Cuando se dan las formas anteriores de forma combinada hablamos de parálisis cerebral **mixta**. Es muy frecuente. **Muñoz, (2010)**

1.4.2. Según el grado de afectación (intensidad), decimos que es:

- Leve cuando se dan movimientos algo torpes, pero con capacidad para la marcha y el habla.
- En grado **moderado** se presenta cuando se acrecientan las dificultades en cuanto a la marcha y el habla; la marcha es inestable y hay dificultades para el control manual.
- Es **severa**, en tercer lugar, cuando incapacita para la marcha, el lenguaje se encuentra muy afectado y es necesario recurrir a sistemas alternativos de comunicación. “La comunicación alternativa se refiere a métodos de comunicación usados para reemplazar completamente el habla. **(Pérez Álvarez L, citado 2 Oct 2012)**

1.4.3. En función de los segmentos corporales:

- CEPE, Colección Neurociencia, “**Hemiplejía o Hemiparesia**. Se encuentra afectado uno de los lados del cuerpo.
- **Diplejía o Diparesia**. Se encuentra más afectada la mitad inferior del cuerpo.
- **Monoplejía o monoparesia**. Se encuentra afectado un solo miembro.
- **Triplejía o Triparesia**. Se encuentran afectados tres miembros.
- **Cuadriplejía o Cuadriparesia**. Se encuentran afectados los cuatro miembros.(TOVAR A, 2012)

1.5. Dificultades que se asocian con parálisis cerebral

La discapacidad intelectual.- Aproximadamente el 30 - 50 por ciento de las personas con parálisis cerebral se deteriora intelectualmente. El deterioro mental es más común entre las personas con cuadriplejía espástica que en aquellos con otros tipos de parálisis cerebral. (Pérez Álvarez 2012)

Retraso en el crecimiento y el desarrollo.- Los niños con moderada a severa CP, especialmente aquellos con tetraparesia espástica, a menudo van a la zaga en el

crecimiento y el desarrollo. En los bebés este retraso generalmente toma la forma de muy poco aumento de peso. En los niños pequeños puede aparecer como dificultad anormal, y en los adolescentes puede aparecer como una combinación de dificultad y falta de desarrollo sexual. Los músculos y las extremidades afectadas por CP tienden a ser más pequeños de lo normal, sobre todo en los niños con hemiplejía espástica, cuyos miembros en la parte afectada del cuerpo pueden no crecer tan rápido o tan largos como los del lado normal. Lorente Hurtado. Unidad de Neuropediatría. Servicio de Pediatría. Hospital Sabadell. Barcelona

Deformidades de la columna vertebral y osteoartritis.-Deformidades de la columna vertebral-curvatura (escoliosis), joroba (cifosis), y la silla hacia atrás (lordosis) - se asocian con CP. Deformidades de la columna vertebral pueden hacer sentado, de pie, y la dificultad para caminar y causar dolor de espalda crónico. La presión sobre y desalineación de las articulaciones pueden resultar en osteoporosis (una ruptura de los cartílagos en las articulaciones y ampliación de los huesos). www.slideshare.net/Irene_Pringle/postura-normal-ydeformidadesdelacolumna1

Problemas de visión.-Muchos niños con parálisis cerebral tienen estrabismo, comúnmente llamado "ojos cruzados", que no es tratada puede conducir a una mala visión en un ojo y puede interferir con la capacidad de juzgar la distancia. (GR., citado 23 Oct 2008)

Algunos niños con parálisis cerebral tienen dificultad para entender y organizar la información visual. Otros niños pueden tener defectos de la visión o ceguera que nubla el campo normal de visión en uno o ambos ojos.

La pérdida de audición.- Audición dañada también es más frecuente entre las personas con parálisis cerebral que en la población general. Algunos niños tienen pérdida de audición parcial o completa, sobre todo como resultado de la ictericia o falta de oxígeno en el cerebro en desarrollo. www.businessweek.com www.latimes.com

Habla y trastornos del lenguaje.-Habla y trastornos del lenguaje, como la dificultad para formar palabras y hablar claramente, están presentes en más de un tercio de las personas con parálisis cerebral. Pobre discurso afecta la comunicación y, a menudo se interpreta como un signo de deterioro cognitivo, que puede ser muy frustrante para los niños con parálisis cerebral, especialmente la mayoría que tiene promedio de

inteligencia superior a la media.
www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001430.htm

Babeo.- Algunos individuos con baba CP porque tienen poco control de los músculos de la garganta, la boca y la lengua.

Incontinencia.- Una posible complicación de la CP es la incontinencia, causada por un mal control de los músculos que mantienen la vejiga cerrada. Simms MD, Schum RL 2011

Sensaciones anormales y percepciones.- Algunas personas con parálisis cerebral experimentan dolor o tienen dificultad para sentir sensaciones simples, como el tacto. **(Riesgo Rodríguez SC, 2009)**

Dificultades de aprendizaje.- Niños con parálisis cerebral puede tener dificultades para procesar ciertos tipos de información espacial y auditiva. El daño cerebral puede afectar el desarrollo del lenguaje y el funcionamiento intelectual.

Las contracturas.- Músculos pueden ser dolorosamente fijos en posiciones anormales, llamados contracturas, lo que puede aumentar la espasticidad muscular y deformidades de las articulaciones en personas con parálisis cerebral.
www.slideshare.net/taniaviridiana/la-evolucion-del-campo-de-las-dificultades-de-aprendizaje

La inactividad.- La inactividad de la niñez se magnifica en los niños con parálisis cerebral debido al deterioro de los centros motores del cerebro que producen y controlan el movimiento voluntario. Mientras que los niños con parálisis cerebral pueden tener un aumento del gasto de energía durante las actividades de la vida diaria, alteraciones del movimiento hacen que sea difícil para ellos participar en deportes y otras actividades a un nivel de intensidad suficiente para desarrollar y mantener la fuerza y la aptitud.

Adultos inactivos con discapacidad presentan una mayor gravedad de la enfermedad y la reducción de la salud general y el bienestar. **(Stroke, 2010)**

2. PSICOMOTRICIDAD

2.1. Concepto

La psicomotricidad es una disciplina que, basándose en una concepción integral del sujeto, se ocupa de la interacción que se establece entre el conocimiento, la emoción, el movimiento y de su importancia para el desarrollo de la persona, de su corporeidad, así como de su capacidad para expresarse y relacionarse en el mundo que lo envuelve. Su campo de estudio se basa en el cuerpo como construcción, y no en el organismo en relación a la especie. **(Jacques Richard, 2004)**

El término «psicomotricidad» implica un aspecto psíquico y motor. A través del movimiento, el niño adquiere competencias motrices y físicas, además de un gran conocimiento del mundo que lo rodea. A partir de estas, incorpora competencias comunicativas personales y sociales. (www.psicomotricidad.cl/2010/03/)

Muniáin (2012): es una disciplina educativa, reeducativa y terapéutica que actúa sobre su totalidad por medio del cuerpo y del movimiento.

De Lièvre y Staes (2012): es un planteamiento global de la persona. Es la función del ser humano que sintetiza psiquismo y motricidad, para adaptarse de manera flexible y armoniosa al medio que le rodea.

2.2. Importancia y beneficios de la psicomotricidad

Según **Gutiérrez (2009)** la psicomotricidad es fundamental en el desarrollo de los aspectos que influyen en la personalidad del niño como son el cognitivo, el afectivo, el social y el motor. Además va ayudar a conseguir aprendizajes como lectoescritura, nociones topológicas o grafomotricidad entre otros. Mediante ésta herramienta el niño va a conocer su cuerpo y a través de su cuerpo conocerá el mundo que le rodea. De ahí la importancia de realizar juegos, canciones y cuentos en edades tempranas.

Según Silvia Gíao. El niño aprende a conocer su propio cuerpo y sus posibilidades de acción. Pone en juego todas sus habilidades motrices. Le anima a explorar y descubrir el entorno que le rodea de manera autónoma.

Según Andy CZ. Es importante la psicomotricidad porque a través de las experiencias corporales, el niño adquirirá el conocimiento de sí mismo, el conocimiento del mundo de los objetos y la capacidad para desenvolverse en el medio. Por la acción pasará al pensamiento. Por los movimientos que realice y sus desplazamientos aprenderá a situarse en el espacio y percibirá la noción del tiempo.

Además la psicomotricidad ayuda:

A nivel motor, le permitirá al niño dominar su movimiento corporal.

A nivel cognitivo, permite la mejora de la memoria, la atención y concentración y la creatividad del niño.

A nivel social y afectivo, permitirá a los niños conocer y afrontar sus miedos y con los demás". **(Pérez, 2011)**

2.3. Clasificación de psicomotricidad

2.3.1. Motricidad gruesa

La motricidad gruesa es aquella relativa a todas las acciones que implican grandes grupos musculares, en general, se refiere a movimientos de partes grandes del cuerpo del niño o de todo el cuerpo.

Así pues, la motricidad gruesa incluye movimientos musculares de: piernas, brazos, cabeza, abdomen y espalda. Permitiendo de este modo: subir la cabeza, gatear, incorporarse, voltear, andar, mantener el equilibrio, etc. **(Legarda María del Carmen, Ordoñez, 2009)**

2.3.2. Motricidad fina.

La motricidad fina comprende todas aquellas actividades que necesitan precisión, destreza y un elevado nivel de coordinación, además de un dominio muscular y una coordinación en los movimientos, se precisa una coordinación entre el ojo y la mano, dirigiendo la mano correctamente hacia el objeto que se desee coger, o para escribir, coser, etc. **(Legarda María del Carmen, Ordoñez, 2009)**

Conocer las posibilidades de movimiento, tanto motricidad gruesa como motricidad fina, y situar el cuerpo dentro del espacio y el tiempo es muy importante para un buen desarrollo psicomotor.

2.3.3. Habilidades motrices finas

Bottini (2009) “expresa que los ejercicios para desarrollar la motricidad fina y las actividades de la vida diaria se debe desarrollar técnicas de las cuales las clasifica en: gráficas y no graficas : las técnicas graficas las define como ejercicio para desarrollar la motricidad fina necesaria para el aprendizaje y las no graficas se caracteriza como aquellos ejercicios destinados a mejorar la precisión coordinación la rapidez y control de movimientos de la mano como técnicas no graficas tenemos:

Ensartar, encajar, abotonar, trenzar recortar, pegar, rasgar, cerrar y moldear”

- **Ensartado.-SegúnR. Lecover (2010)** esta técnica consiste de que el niño debe utilizar los dedos para tomar y agarrar los objetos que se le muestren el cual debe pasar por un hilo cuerda o alambre o un eje que se disponga para tal fin .para esta actividad se puede utilizar arandelas, aros, figuras geométricas etc.
- **Encajar.-** Para realizar esta ejercitación se debe utilizar tableros diferentes modelos formas geométricas objetos diversos. La técnica consiste en demostrar al niño el tablero que va a utilizar, luego sacar las figuras que están insertas en el mismo colocarlas alado y pedir que disponga cada una de esas figuras en el espacio del tablero al que se ajustan. (MARTIN & RODRIGUEZ, 2010)
- **Abotonado.-**Para realizar la acción de abotonar deben seguirse los siguientes pasos que se consideren básicos; mantener el ojal abierto, colocar el botón en el ojal, tomar el botón para hacerlo pasar por el ojal, alar del borde del ojal la pieza de vestir para que termine de pasar el botón.
- **Trenzar.-** Esta técnica consiste en Entretejer tres o más ramales, cruzándolos alternativamente para formar un solo cuerpo alargado, El niño podrá tejer los cordones de su zapato, hacer lazo, etc. (M., 2010)
- **Recortado.-** Para realizar esta actividad se debe utilizar una tijera punta roma, hoja de papel, retazo de tela, etc. Al comenzar a ejecutar este ejercicio, se debe incitar al niño para que corte libre mente a fin de observar como realiza, si manifiesta cierta habilidad se le pide que recorte haciendo patrones. (A.E.M.E.I., 2011)
- **Pegar.-** Esta técnica consiste en adherir unir o juntar una con otra utilizando para ello algún pegamento. Se debe utilizar para realizar esta actividad, láminas de

cartulina para adherir a ella recortes de figura, tomadas de revistas periódicos libros papel picado (De diferentes tipos, formas, tamaños y colores) aserrín arroz, lentejas pasta, palillos, fósforos etc. la forma más elemental para realizar estas actividades es de ejecutar exclusivamente la acción de pegar, es decir unir un papel con otro. **(González D, 2011)**

- **Rasgar.-** Esta actividad consiste en hacer pedazos sin auxilio de ningún instrumento, cosas de poca consistencia como papel de diferentes calidades, tela tejidos etc.
- **Cerrar.-** La práctica de esta actividad se puede realizar ejecutando tareas como: cerrar frascos, cerrar cierres, cerrar cerraduras de puertas cerrar cajas etc. **(VALLS, 2011)**
- **Moldear.-** Esta forma consiste en dar forma a material como: arena masa para moldear con finalidad de que el niño pueda amásala con ambas manos, para darle la consistencia necesaria que le permita modelar al ir amasándola. El niño debe imprimir, realizar un movimiento flexible y rítmico. Se debe insistir al niño a elaborar formas diferentes, aunque también puede orientarse a las ejecuciones que realiza respetando siempre su creatividad. **(Lecover, 2009)**

3. ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.

3.1. Concepto

Las actividades de la vida diaria (AVD) son las ocupaciones que componen la actividad cotidiana, actividad conformada por las actividades de autocuidado, trabajo y juego/ocio. Las actividades de la vida diaria son diferenciadas según la AOTA, o Asociación Americana de Terapia Ocupacional, en Actividades de la vida diaria básicas y actividades de la vida diaria instrumentales. **(Pedro M. Miralles, 2006)**

William Cruickshank “Las actividades de vida diaria son las destrezas que necesitamos para realizar las tareas cotidianas de cuidado personal, cuidado del hogar, actividades sociales y de comunicación mediante la utilización de técnicas de interacción con el entorno de forma segura, independiente y eficaz para la realización de estas tareas es necesario adquirir actividades básicas relacionadas con la motricidad fina, desarrollo conceptual y perceptivo”. **(William C., 2009)**

3.2. Actividades Necesarias y primordiales de la vida diaria.

Cualquier persona con discapacidad puede llevar a cabo actividades de vida diaria, siempre que se enseñen con la técnica adecuada. Hay que evitar la tendencia de algunas personas adultas (familia, profesionales, amistades...) a sobreproteger al alumno/a, impidiendo el aprendizaje y realización de ciertas actividades. **(Ávila Álvarez A, 2010).**

3.2.1. Higiene y cuidado personal

Una persona con una discapacidad, sobre todo de nacimiento, puede infravalorar la importancia de la apariencia física. El alumno o la alumna deben aprender a valorar la importancia del aseo y cuidado personal en todo momento. En cuanto a higiene y cuidado personal, se enseña a:

La Utilización adecuada del baño, ducha e inodoro. Aprender a dosificar líquidos (gel de baño), utilización de cremas, desodorantes y colonias. Limpieza dental y cuidado del cabello, depilado y afeitado.

Vestido (aprender a combinar la ropa, a ordenarla y limpiarla y saber cuál es la ropa apropiada para cada situación)

Uso e identificación de medicamentos, aprender a aplicarse colirios y gotas para los ojos.

Cualquier persona con parálisis cerebral puede llevar a cabo actividades de vida diaria, siempre que se enseñen con la técnica adecuada. **(Thompson, 2010)**

3.2.2. Vestido

Considera que dentro de las habilidades de Bárbara González vestir están:

- Doblar prendas correctamente.
- Saber utilizar distintos tipos de broches: cremalleras, cordones, automáticos, imperdibles...
- Saber combinar los distintos tipos de prendas y los colores.
- Saber utilizar complementos: corbata, pañuelo, medias, guantes...
- Cuidado de la ropa y el calzado: cepillado, lavado, etc.
- Mantener el orden en armarios y cajones. Uso de perchas

Hay que enseñar al alumnado a utilizar los distintos tipos de broches relacionados con el vestido: cremalleras, cordones, automáticos, etc. **(Van Loon, 2009)**

3.2.3. Alimentación

- Colocación correcta en la mesa, de forma centrada ante el plato.
- Tomar un pedazo de pan.
- Localización del contenido del plato tomando como referencia las horas en el reloj (a las 12 la carne, a las 5 la verdura)
- Utilizar el pan para ayudar a la localización de la comida.
- Servir líquidos y sólidos (agua, leche, azúcar y sal)
- Tomar el vaso con una mano
- Cortar fruta
- Utilización correcta de cubiertos

- Comer sin regar el alimento.
- Utilización correcta de la servilleta.
- Lleva la cuchara a la boca .

Desde la etapa infantil, los alumnos deben aprender la colocación correcta en la mesa y el uso adecuado de los cubiertos. **(Moreiras, 2010)**

3.2.4. Control de Esfínteres

La doctora Calista Roy, “en su teoría describe el control de esfínteres o aprendizaje de “ir al baño” como “el proceso por el cual se enseña a los niños a controlar la vejiga y los intestinos”.

William Cruickshank “Si bien la mayoría de los niños alcanzan este logro entre los 2 y los 4 años de edad, cada niño se desarrolla a su propio ritmo. Algunos niños enfrentan desafíos físicos, de desarrollo o de conducta adicionales. Esto puede hacer que les lleve más tiempo aprender. Los padres, al igual que otros cuidadores y familiares, pueden ayudar a que el niño aprenda a controlar los esfínteres.

3.2.5. Habilidades sociales

- Reconocimiento y manejo de dinero: monedas y billetes
- Orden: mantener el orden en armarios y cajones, etiquetar la ropa, las cintas grabadas, los libros...
- Utilización del teléfono y el teléfono móvil
- Manejo de aparatos eléctricos y tecnológicos (grabadora, ordenador, tv, etc.)
- Utilización de llaves y cerraduras.
- Saludar: estrechar la mano, besar.
- Gestos: asentir y negar, decir adiós y aprender a dirigir la mirada al interlocutor, aplaudir...
- Aceptar cuando te indican que llevas una mancha, evitar acciones socialmente inadecuadas (hurgarse la nariz, posturas inusuales)
- Ser educado y amable: ofrecer un asiento, paso de puertas
- Pedir aclaraciones cuando la información ofrecida es imprecisa: «aquí», «allí», cuando avisan de peligros.

- Saber explicar la patología visual cuando preguntan y contestar correctamente ante comentarios inadecuados.
- Saber desenvolverse en las compras, en las taquillas, en establecimientos públicos, en espectáculos, en los transportes.
- Saber pedir ayuda si se necesita.

3.2.6. Aspectos a tener en cuenta en las AVD:

A la hora de llevar a cabo las ABVD es importante tener en cuenta algunos aspectos que facilitaran la ejecución de las mismas:

- Mantener un entorno estable, seguro, sencillo, facilitador y adaptado.
- Mantener una estructuración de las ABVD creando rutinas.
- Adelantarse a las necesidades del discapacitado, pero sin sobreprotegerlo, siempre estimulando su autonomía.
- Mantener y estimular sus capacidades conservadas.
- Fomentar que participe en la medida de lo posible de la vida cotidiana en el domicilio.
- Simplificar al máximo las tareas de autocuidado, todas se descomponen en otras más fáciles que pueden realizar sin ayuda, (por ejemplo puede que una persona no sea capaz de afeitarse, pero sí que puede participar poniéndose la espuma,...).
- Eliminar estímulos que puedan interferir en la ejecución de las actividades (televisión,...)

3.3. Actividades de la vida diaria y la motricidad

Las actividades para la vida diaria y la discapacidad motriz, consiste en la enseñanza de diferentes métodos que lo ayudarán en su independencia y desenvolvimiento personal y social como por ejemplo, aseo y arreglo personal, higiene y ordenamiento del hogar y reglas de comportamiento y adaptación. En el caso de esta discapacidad su enseñanza se divide en: **Atención y cuidado personal:** higiene personal, desvestirse/vestirse, arreglo etc.

Medio familiar: higiene y arreglo de la casa, cocina básica, costura básica. **Melchor Ana y otros, (2011)**

f. METODOLOGÍA

El presente trabajo investigativo, básicamente constituirá una actividad de análisis teórico, práctico, en el mismo que se utilizaron los métodos, técnicas e instrumentos que a continuación se detallan los cuales ayudaron a conseguir los objetivos propuestos.

Los métodos a utilizarse serán:

MÉTODO CIENTÍFICO

Que conducirá a la identificación y delimitación precisa del problema; la formulación de objetivos, la recolección de información para la construcción del marco teórico y estructuración de datos; llegar a extraer conclusiones y planteamiento de alternativas de posibles soluciones al problema a tratarse con fundamentos científicos.

MÉTODO ANALÍTICO – SINTÉTICO

Será utilizado al momento de recolectar, analizar y seleccionar la información precisa para la construcción del marco teórico, en la edificación de la problemática y también en el procesamiento de los resultados obtenidos como producto de la investigación.

MÉTODO INDUCTIVO Y DEDUCTIVO

Se aplicaran al momento mismo de redactar la problemática, en el planteamiento de los objetivos, y en la extracción de las conclusiones y recomendaciones.

MÉTODO ESTADÍSTICO

Que permitirá, procesar, organizar y graficar los resultados cuantitativos obtenidos de la aplicación de los instrumentos. A través de tablas y gráficos estadísticos.

INSTRUMENTOS

Dentro de los instrumentos que se utilizaran tenemos:

➤ Plantilla de motricidad fina del autor Alasid (Juicio de Expertos)

Se aplicara para Identificar en que actividades que requieren de movimientos finos, presentan dificultades. Será aplicado a los niños y jóvenes con parálisis cerebral para

cumplir el primer objetivo específico.

➤ **Test para medir las actividades de la vida diaria del autor Barthel**

El mismo que me permitirá determinar con exactitud en qué áreas de la actividades de la vida diaria hay mayor dependencia al momento de realizarlas. Se aplicara a los niños y jóvenes con parálisis cerebral con el propósito de cumplir el segundo objetivo específico.

Encuesta se la aplicara a los tres terapeutas de los niños y jóvenes con parálisis cerebral la misma que está constituida con preguntas significativas que van a permitir conocer como la motricidad fina se relaciona con las actividades de la vida diaria en el centro educativo CADE

POBLACIÓN Y MUESTRA

La población es de 80 personas del Centro “C.A.D.E” en la muestra se tomaron 8 niños y jóvenes entre 8-13 años, el centro cuenta con 12 terapeutas en la cual se seleccionaron 3 terapeutas, siendo un aporte muy importante para el criterio de selección la Parálisis Cerebral.

POBLACION	MUESTRA
80 niños /niñas y jóvenes	8 niños / jóvenes con Parálisis Cerebral
12 terapeutas	3 Terapeutas
TOTAL	11

g. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	2012	2013						
	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO
1. Selección del Tema								
2. Elaboración del Proyecto.								
3. Presentación y aprobación del proyecto.								
4. Investigación de campo.								
5. Aplicación de instrumentos.								
6. Análisis e interpretación de Resultados.								
7. Conclusiones y Recomendaciones.								
8. Sustentación y defensa de la tesis privada								
9. Sustentación publica y Graduación								

h. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

Descripción	Valor
Material Bibliográfico	90,00
Material de Escritorio	75,00
Reproducción de instrumentos	90,00
Copias Xerox	50,00
Internet	90,00
Impresiones y Anillados	80,00
Digitación del proyecto	60,00
Transporte y Subsistencia	80,00
Trabajo de Campo	60,00
Imprevistos	50,00
TOTAL	\$725,00

El Financiamiento estará a cargo del investigador

RECURSOS

Humanos

- Investigador
- Niños.
- Miembros del CADE

Materiales de oficina

- Papelería.
- Copiadora.
- Computadora.
- Impresora.

Recursos técnicos

- Ludo- terapia
- Dáctilo terapia
- Musicoterapia

i. BIBLIOGRAFÍA

- AHUJA, M. y Cols. (2011) Efectos de un taller de psicomotricidad en el desarrollo personal de niños y niñas. Un estudio preliminar. En: Revista electrónica de psicología Iztacala, 14 (2): 163-178pp.
- ÁVILA Álvarez A, Martínez Piedrola R. Matilla Mora R, Máximo Bocanegra M, MendezMendez B, Talabera Valverde MA. (2010) Marco de trabajo para la práctica de terapia ocupacional.
- BARRIOS Fernández Sabina, Manual de Psicomotricidad. Madrid: Ediciones Pirámide; 2006.
- BLASQUEZ Sánchez Domingo, Blázquez Sánchez, Domingo; Ortega, Emilio(Ortega Gómez) Editorial Cincel, S.A. Madrid 1982 Deportes Estado Conservación: Como nuevo Sobrecubierta: 1ª ed. 240 p.; 17x21 cm Encuadernación Rústica (ISBN: 9788470462887). 2009
- BOTTINI, P. (comp.) (2009): Psicomotricidad: prácticas y conceptos. Madrid/Buenos Aires: Miño y Dávila.
- DE LIÈVRE, B. y STAES, L. (1992): La psicomotricidad al servicio de la infancia. París: Belín.2012
- GALVEZ JM. 2009 Revista jurídica para padres de personas con discapacidad Buenos Aires 25 -32p.
- GIAO Silvia, La importancia de la psicomotricidad, YODONA / BABYBLOG, Google, 2014, Ecuador.
- GUERRA Domínguez E, Martínez Girarte G. Caracterización clínica de los pacientes con parálisis cerebral infantil. Multimed [Internet]. 2008 [citado 22 Nov 2014].
- GONZÁLEZ D, Campos A (2011) Coordinación entre la materia de educación física y las actividades físico-deportivas extraescolares. Contextos educativos,
- GONZÁLEZ Margarita, Trabajamos la psicomotricidad en educación infantil, Etapa Educación Infantil2010
- GUTIÉRREZ A (2009) La importancia de la educación psicomotriz. En: Revista digital innovación y experiencias educativas, (24): 1-9pp.
- LECOVER R., 2010Filosóficas de la motricidad fina
- LEGARDA María del Carmen, Ordóñez, Estimulación Temprana, InteligenciaEmocional y Cognitiva. Pág. 180, 2009

- LEONTIEV, y L.S. Vygotsky. Psicología y Pedagogía. Madrid., 2009
- LIBARDO M (2010) Tendencias d la educación física escolar, análisis desde la confrontación. Lúdica pedagógica, 2 (15): 116-121pp.
- MARTÍN, D- y Rodríguez, S (2010) Psicomotricidad. ¿Qué formación dicen poseer los profesores de Educación Infantil y Educación Especial de la provincia de Huelva? Reipof, 13 (4): 295-305pp.
- MORUNO MirallesPedro ,2006 actividades de la vida diaria
- MURIEL Suarez Sofia, Aguirre LopezMonica, Varela Hidalgo carolina y Cruz NATIONAL INSTITUTE Of NEUROLOGICAL Disorders and Stroke. (2010). Cerebral palsy: Hope throughresearch. Publicación del NIH número 10-159.
- ORDOÑEZ, María del Carmen Egarda y Alfred tinajero Miketta, libro Estimulación Temprana (2010).
- PAZ Páez Claudia Graciela, Sandra Molina Molina y Liliana Tapias Cortés; Orientaciones pedagógicas para la atención y la promoción de la inclusión de niñas y niños menores de seis años con Parálisis cerebral; Colombia 2010.
- PÉREZ, C. (2011) Psicomotricidad. Etapas en la elaboración del esquema corporal en la educación infantil. Pedagogía Magna, 11 (1): 360-365pp.
- PÉREZ Álvarez L, Hernández Vidal A. Parálisis cerebral infantil: características clínicas y factores relacionados con su atención.AMC [Internet]. 2008 [citado 2 Oct 2012]; 12(1).
- PÉREZ Álvarez L, Rodríguez Meso J. Incidencia de la parálisis cerebral infantil en el municipio Camagüey. AMC [Internet]. 2008 [citado 2 Oct 2012];12(3).
- PÉREZ Tomaselli Ricardo, 2005
- RIESGO Rodríguez SC, Robaina Castellanos GR. Estrategia de intervención para la prevención de la parálisis cerebral en niños pretérminos en Matanzas. Revméd electrón [Internet]. 2009.
- ROBAINA Castellanos GR. Parálisis cerebral: nuevos conceptos en una nueva era.Rev. Méd. Electrón [Internet]. 2006 [citado 23 Oct 2012].
- RIESGO Rodríguez S, Robaina Castellanos MS. Definición y clasificación de la parálisis cerebral: ¿Un problema ya resuelto? RevNeurol[Internet]. 2007[citado 22 Nov 2009].

- SAKZEWSKI L, Ziviani J, Boyd R. Systematic review and meta-analysis of therapeutic management of upper-limb dysfunction in children with congenital hemiplegia. *Pediatrics*. 2009;123:e1111-1122.
- THOMPSON, J.R., Bradley, V.J., Buntinx, W.H.W, Schalock, R.L., Shogren, K.A, Snell, M.E. et al. (2010). Conceptualizando los apoyos y las necesidades de apoyo de personas con discapacidad. *Siglo Cero*, 41 (1), 7-22.
- TOVAR A., Gómez R. Revisión sistemática sobre el tratamiento del miembro superior en la parálisis cerebral hemipléjica. *Fisioterapia*[Internet]. 2012[citado 22 Nov 2012].
- VAN Loon, J. (2009). Un sistema de apoyos centrado en la persona. Mejorando en la calidad de vida por medio de los apoyos. (Doman-Delacato) en pacientes con parálisis cerebral infantil. *Rehabilitación* [Internet]. 2011[citado 22 Nov 2012].
- WILLIAM. .M. Cruickshank Editorial Trillas ,Mexico ,2009.

WEBGRAFIA

- <http://berniceruminado.blogspot.com/2012/07/definicion-de-psicomotricidad.html>
- <http://berniceruminado.blogspot.com/2012/07/definicion-de-psicomotricidad.html>
- <http://www.buenastareas.com/ensayos/Tesis-De-Psicomotricidad/1983654.html>
- <http://www.efdeportes.com/efd165/la-importancia-de-la-psicomotricidad.htm>
- <http://www.juguetes.es/psicomotricidad/>
- <http://www.neurorhb.com/blog-dano-cerebral/actividades-basicas-de-la-vida-diaria/>
- <http://neurocecar2010-1.wikispaces.com/PARALISIS+CEREBRAL>
- <http://psicomotricidad.cl/2010/03/21/algunas-conceptualizaciones-de-la-psicomotricidad/>
- <http://terapeutas.blogspot.com/2011/07/actividades-de-la-vida-diaria.html>
- www.issuu.com/alejandraagudelo/docs/organizaci__n_mundial_de_la_salud

- www.conadis.gob.ec/mapa.php?p=LOJA (Concejo Nacional de Discapacidades)
- www.linguee.es/espanol-ingles/traduccion/convención_onu.html
- www.unl.edu.ec/educativawp/modulo
- [www.guialocal.com.ec /search/centros educativos en loja/loja/119](http://www.guialocal.com.ec/search/centros_educativos_en_loja/loja/119)

Anexo N° 1. Test de Alasid (juicio de expertos) para medir las habilidades motrices finas



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
CARRERA PSICORREHABILITACION Y EDUCACIÓN ESPECIAL
Test de Alasid (juicio de expertos) para medir las habilidades motrices finas

ITEMS	ALTERNATIVAS		
	SI	NO	CON AYUDA
¿Capta instrucciones relacionadas al rasgado?			
¿Rasga papel libremente?			
¿Rasga una figura dada?			
¿Sigue un modelo para el rasgado?			
¿Tuvo iniciativa al tomar la tijera?			
¿Recorta siguiendo instrucciones?			
¿Recorta libremente?			
¿Recorta siguiendo líneas rectas			
¿Ejecuto el perforado luego de la explicación?			
¿Perforo siguiendo un patrón?			
¿Utiliza la pega adecuada mente?			
¿Rellena una superficie pegando trozos de papel?			
¿Le da la forma determinada a la plastilina?			
¿Encaja figuras simples?			
¿Encaja figuras complejas como animales?			
¿Ensarta cuentas de madera?			
¿Desabotona su camisa?			
¿Abre y cierra frascos?			
¿Abre y cierra puertas?			
¿Abre y cierra la llave del agua?			
¿Realiza libre mente el trenzado?			
¿Trenza siguiendo un patrón?			
¿Dobla una hoja por la mitad luego de la explicación?			

La valoración de juicios de expertos de Alasid se la utiliza de la siguiente manera: se debe poner una x en las habilidades que el niño o joven si pueda realizar, no pueda realizar, o necesite ayuda cualquiera de estas tres opciones nos sirven para valorar las habilidades motrices finas.

ITEMS	ALTERNATIVAS		
	SI	NO	CON AYUDA
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			

Anexo N° 2. Test para medir las actividades de la vida diaria



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

Área de la educación el arte y la comunicación

CARRERA PSICORREHABILITACION Y EDUCACIÓN ESPECIAL

Test para medir las actividades de la vida diaria

Índice de Barthel Se la utiliza de la siguiente manera: se debe poner una x en la actividad que el niño le indique 1-independiente si es capaz de realizar, 2-necesita ayuda, 3-dependiente si es que no la realiza.

<p>Comida</p> <p>1-Independiente. Capaz de comer por si solo en un tiempo razonable. La comida Puede ser cocinada y servida por otra persona.</p> <p>2- Necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla, etc, pero es capaz de comer solo</p> <p>3-Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona</p>
<p>Aseo</p> <p>1 -Independiente. Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin necesidad de que otra persona supervise.</p> <p>2-Necesita ayuda. Realiza su limpieza dental , cuidado del cabello, con ayuda de una persona</p> <p>3-Dependiente. No realiza ninguna de las actividades anteriores mencionadas</p>
<p>Vestido</p> <p>1-Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda</p> <p>2-Necesita ayuda. Realiza con ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo Razonable.</p> <p>3-Dependiente. Necesita ayuda para las mismas</p>
<p>Control de esfínteres</p> <p>1-Independiente. Entra y sale solo del baño controla sus esfínteres y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona</p> <p>2-Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda: es capaz de usar el baño. Puede limpiarse solo.</p> <p>3-Dependiente. Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin ayuda mayor.</p>

Anexo N° 3. Entrevista a terapeutas



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

ENTREVISTA A TERAPEUTAS

Sra. profesional del CADE a través de esta encuesta deseo obtener una valiosa información para la realización de mi trabajo de investigación. Esperando que su respuesta sea sincera le doy mis más sinceros agradecimientos.

1.-¿Cree Ud. que los niños/jóvenes con parálisis cerebral tienen dificultades motrices finas?

Si () No ()

2.- Cree usted que el nivel de psicomotricidad fina de los niños y jóvenes con parálisis cerebral es:

- Excelente ()
- Bueno ()
- Regular ()
- Malo ()

3.- ¿Qué dificultades motrices presentan los niños/ jóvenes con parálisis cerebral con los cuales usted trabaja?

- ✓ Abotonar ,Encajar,Ensartar ()
- ✓ Trenzar ,Pegar,Rasgar,Recortar ()
- ✓ Cerrar frascos, cierres, cajas, cerraduras de puertas, Moldear ()

4.- ¿En qué área de las habilidades de la vida diaria los niños/jóvenes tienen mayores dificultades?

- Higiene , vestido y cuidado personal ()
- Alimentación ()
- Control de esfínteres ()

5.- De las actividades de la vida diaria que se enuncian, en cuáles de ellas cree usted que tienen mayor dificultad para realizar los niños/jóvenes con parálisis cerebral?

Señale con una x los ítems de actividades que los niños no pueden realizar:

Higiene y cuidado personal:

- Utilización adecuada del baño ,Limpieza dental ()
- Cuidado el cabello ()
- Limpiarse y cortarse las uñas ()

Vestido:

- Doblar prendas correctamente. ()
- Abrochar – Desabrochar ()
- Amarrar y desamarrar cordones ()

Alimentación:

- Colocación correcta en la mesa, de forma centrada ante el plato. ()
- Tomar el vaso con una mano, cortar fruta. ()
- Comer sin regar el alimento.Lleva la cuchara a la boca ().

Control de esfínteres:

- Controla sus esfínteres ()
- No controla sus esfínteres ()

GRACIAS POR SU COLABORACION

Anexo N° 4. Matriz de consistencia

TEMA	PROBLEMÁTICA	OBJETIVO	MARCO TEORICO	METODOLOGIA
<p>La psicomotricidad fina y su relación con las actividades de la vida diaria en los niños y jóvenes con parálisis cerebral entre las edades comprendidas de 8-13 años que asisten al centro especial (CADE) en la ciudad de Loja periodo diciembre del 2012- febrero del 2013</p>	<p>¿Cómo la psicomotricidad fina se relaciona con las actividades de la vida diaria en los niños con parálisis cerebral entre las edades comprendidas de 8-13 años que asisten al centro especial (CADE)?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL Determinar la relación que existe entre la motricidad fina y el desarrollo de las actividades de la vida diaria en los niños y jóvenes con parálisis cerebral entre las edades comprendidas de 8 – 13 años que asisten al (CADE), en la ciudad de Loja</p> <p>OBJETIVOS ESPECIFICOS Determinar las dificultades motrices finas que presentan los niños y jóvenes con parálisis cerebral entre las edades comprendidas de 8-13 años que asisten al (CADE). Identificar las principales dificultades que presentan los niños y jóvenes con parálisis cerebral en las actividades de la vida diaria entre las edades comprendidas de 8-13 años que asisten al (CADE). Sugerir lineamientos alternativos para mejorar la motricidad fina en los niños y jóvenes con</p>	<p>PARÁLISIS CEREBRAL Definición de parálisis cerebral Características de la parálisis cerebral Causas de la parálisis cerebral Causas Prenatales Causas Perinatales Causas postnatales Clasificación de la parálisis cerebral Según la localización de la lesión cerebral, la parálisis cerebral se clasifica en: Según el grado de afectación (intensidad), decimos que es: En función de los segmentos corporales: Dificultades que se asocian con parálisis cerebral</p> <p>PSICOMOTRICIDAD Concepto Importancia y beneficios de la psicomotricidad Clasificación de psicomotricidad Motricidad gruesa Motricidad fina. Habilidades motrices finas</p> <p>ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA. Concepto Actividades Necesarias y primordiales de la vida diaria.</p>	<p>El presente trabajo investigativo la La psicomotricidad fina y su relación con las actividades de la vida diaria en los niños y jóvenes con parálisis cerebral del centro CADE cuenta con una población de 80 personas en la muestra se tomaron 8 niños y jóvenes entre 8-13 años, el centro cuenta con 12 terapeutas en la cual se seleccionaron 3 terapeutas, siendo un aporte muy importante para el criterio de selección la Parálisis Cerebral. Plantilla de motricidad fina del autor Alasid (Juicio de Expertos) Se aplicara para identificar en que actividades que requieren de movimientos finos, presentan dificultades. Será aplicado a los niños y jóvenes con parálisis cerebral para cumplir el primer objetivo específico. Test para medir las actividades de la vida diaria del autor Barthel</p>

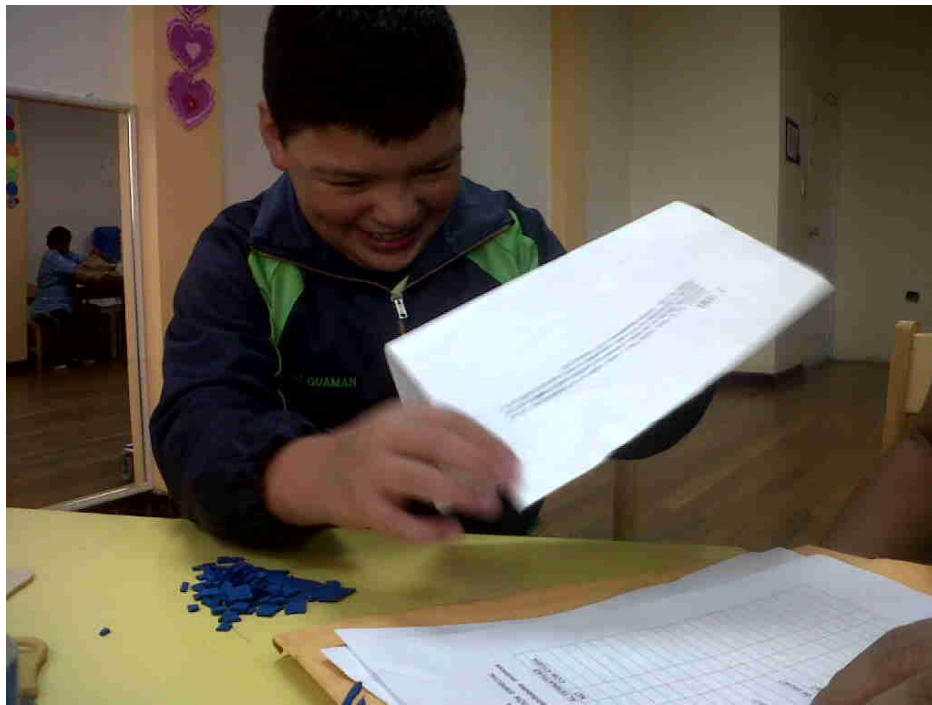
		<p>parálisis cerebral que asisten al centro especial (CADE) para que puedan realizar las actividades de la vida diaria.</p>	<p>Higiene y cuidado personal Vestido Alimentación Control de Esfínteres Aspectos a tener en cuenta en las AVD: Actividades de la vida diaria y la motricidad</p>	<p>El mismo que me permitirá determinar con exactitud en qué áreas de la actividades de la vida diaria hay mayor dependencia al momento de realizarlas. Se aplicara a los niños y jóvenes con parálisis cerebral con el propósito de cumplir el segundo objetivo específico. Encuesta se la aplicara a los tres terapeutas de los niños y jóvenes con parálisis cerebral la misma que está constituida con preguntas significativas que van a permitir conocer como la motricidad fina se relaciona con las actividades de la vida diaria en el centro educativo CADE</p>
--	--	---	--	--

Anexo Nº 5. Fotografías.

Aplicando el test juicio de expertos para medir las habilidades motrices
finas







Aplicando el Test para medir las actividades de la vida diaria del autor Barthel







**Encuesta aplicada a los terapeutas del centro de atención especial
(CADE)**





ÍNDICE GENERAL

Contenido

PORTADA.....	i
CERTIFICACIÓN	¡Error! Marcador no definido.
AUTORÍA.....	¡Error! Marcador no definido.
CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS.	¡Error! Marcador no definido.
AGRADECIMIENTO	ii
DEDICATORIA	vi
MATRÍZ DE ÁMBITO GEOGRÁFICO	vii
MAPA GEOGRÁFICO	viii
CROQUIS.....	viii
ESQUEMA DE TESIS	ix
a. TÍTULO	1
b. RESUMEN.....	2
SUMMARY	3
c. INTRODUCCIÓN.....	4
d. REVISIÓN LITERARIA	7
PARÁLISIS CEREBRAL.....	7
Definición de parálisis cerebral.	7
Causas de la parálisis cerebral.	10
Causas Prenatales.....	10
Causas Perinatales.....	10
Causas postnatales.	11
Clasificación de la parálisis cerebral.	11
Según la localización de la lesión cerebral, la parálisis cerebral se clasifica en:	12
Según el grado de afectación (intensidad), decimos que es:	13
En función de los segmentos corporales:.....	13
Dificultades que se asocian con parálisis cerebral.....	14

PSICOMOTRICIDAD	17
Concepto.....	17
Importancia y beneficios de la psicomotricidad.	17
Clasificación de psicomotricidad.....	18
Motricidad gruesa.....	18
Motricidad fina	19
Habilidades motrices finas.....	19
ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.....	22
Concepto	22
Actividades Necesarias y primordiales de la vida diaria	22
Higiene y cuidado personal	23
Vestido.....	23
Alimentación	24
Control de Esfínteres.....	25
Habilidades sociales.....	25
Aspectos a tener en cuenta en las AVD:	26
Actividades de la vida diaria y la motricidad.....	27
Afectación de la enfermedad neuromuscular en la realización de las AVD y la motricidad	27
Aspectos a tomar en cuenta para mejorar las AVD y la motricidad	27
e. MATERIALES Y MÉTODOS.....	29
f. RESULTADOS.....	31
g. DISCUSIÓN.....	45
h. CONCLUSIONES.....	48
i. RECOMENDACIONES.....	49
LINEAMIENTOS ALTERNATIVOS	50
j. BIBLIOGRAFÍA	67
k. ANEXOS	lxix
ÍNDICE GENERAL.....	115
ÍNDICE DE TABLAS.....	118

ÍNDICE DE CUADROS	118
ÍNDICE DE FIGURAS.....	118
ÍNDICE DE ANEXOS.....	119

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1. Cuadro comparativo de características de parálisis cerebral	8
Tabla N° 2. Actividades lúdicas. Aprendiendo jugando.	53
Tabla N° 3. Moviendo mis manitos.....	54
Tabla N° 4. Aprendiendo actividades de la vida cotidiana	55

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro N° 1 Poseen dificultades motrices finas	31
Cuadro N° 2. Nivel de psicomotricidad fina	33
Cuadro N° 3. Dificultades motrices	35
Cuadro N° 4. Habilidades motrices finas	37
Cuadro N° 5. Habilidades de la vida diaria	39
Cuadro N° 6. Actividades con mayor dificultad para los niños y jóvenes con parálisis cerebral	41
Cuadro N° 7 Cuadro resumen de dificultades en las actividades de la vida diaria	43

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N° 1. Regiones del cerebro.....	9
Figura N° 2. Regiones afectadas por la parálisis cerebral.....	9

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo N° 1. Test de Alasid (juicio de expertos) para medir las habilidades motrices finas.....	101
Anexo N° 2. Test para medir las actividades de la vida diaria	103
Anexo N° 3. Entrevista a terapeutas	104
Anexo N° 4. Matriz de consistencia	106
Anexo N° 5. Fotografías.	108