UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA EDUCACIÓN, EL ARTE Y LA COMUNICACIÓN

CARRERA DE PSICORREHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL

TÍTULO

LA HIPOTERAPIA EN LA MOTRICIDAD GRUESA DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 7 AÑOS DE EDAD CON PARALISIS CEREBRAL INFANTIL, QUE ASISTEN AL CENTRO DE REHABILITACION "SENDERO DE ALEGRÍA" LOJA, PERIODO MARZO-SEPTIEMBRE 2013

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

AUTORA:
Rosa María Jiménez Jiménez
DIRECTORA:
Dra. Silvia Torres, Mg. Sc.

Loja- Ecuador
2014

CERTIFICACIÓN

DRA. SILVIA TORRES, MG.SC. DOCENTE INVESTIGADOR 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.

C E R T I F I C A:

Haber dirigido, asesorado y monitoreado con pertinencia y rigurosidad científica la ejecución del proyecto de tesis intitulado **"LA HIPOTERAPIA EN LA MOTRICIDAD GRUESA DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 7 AÑOS DE EDAD CON PARALISIS CEREBRAL INFANTIL, QUE ASISTEN AL CENTRO DE REHABILITACIÓN "SENDERO DE ALEGRÍA" LOJA, PERIODO MARZO-SEPTIEMBRE 2013"**, de la autoría de la estudiante Rosa María Jiménez Jiménez.

Por lo que se autoriza su presentación, defensa y demás trámites correspondientes para la obtención del grado de licenciatura.

Loja, Octubre del 2014

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

AUTORÍA

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

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

Autora: Rosa María Jiménez Jiménez.

Firma : .....

Cédula : 1708103377

Fecha : 09 de Octubre del 2014.

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

Yo, Rosa María Jiménez Jiménez, declaro ser autora de la tesis titulada "LA HIPOTERAPIA EN LA MOTRICIDAD GRUESA DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 7 AÑOS DE EDAD CON PARALISIS CEREBRAL INFANTIL, QUE ASISTEN AL CENTRO DE REHABILITACIÓN "SENDERO DE ALEGRÍA"LOJA, PERIODO MARZO-SEPTIEMBRE 2013", como requisito para optar al grado de Licenciada en Psicorrehabilitación y Educación Especial; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

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

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

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

.

Firma :.....

Autora : Rosa María Jiménez Jiménez

Cédula : 1708103377

Dirección: Calle Italia y Av. De los Paltas.

Correo Electrónico : rosemaryjime@hotmail.com

Teléfono : 072-107496

Celular : 0986783771

DATOS COMPLEMENTARIOS

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

Tribunal de Grado : Dr. Oscar Eduardo Cabrera Iñiguez, Mg. Sc. (Presidente)
Dra. Alba Susana Valarezo Cueva, Mg. Sc. (Vocal) y
Dra. Rosita Ibelia Álvarez Tacuri, Mg. Sc. (Vocal)

AGRADECIMIENTO

A Dios por haberme dado la vida, guiado y darme la fuerza, sabiduría; y permitirme llegar a esta instancia de mi vida personal y profesional.

A la Universidad Nacional de Loja por abrirme sus puertas y ser parte de la Carrera de Psicorrehabilitación y Educación Especial, a mis queridos docentes que con dedicación supieron impartirme sus conocimientos y sabias enseñanzas que significaron un ejemplo de superación, estabilidad, ayudándome a la formación en mi vida profesional y a la Dra. Mg. Silvia Torres por haberme ayudado como directora y guía para el desarrollo de la presente Tesis, finalmente al Centro de Rehabilitación ¨Sendero de Alegría¨ por haberme permitido realizar la investigación en los niños con Parálisis Cerebral Infantil.

Rosa Jiménez.

DEDICATORIA

Al finalizar una de las metas planteadas en mi vida, fruto de mi esfuerzo y sacrificio, quiero dedicar el presente trabajo investigativo, a cada una de las personas que son parte de mi vida, a mi familia, en especial a mis Padres **JOSE, EMPERATRIZ,** Esposo **GILBERTH** y a mis hijos **JOHANA, PAÚL y ANTHONY**, por su apoyo incondicional, en todo momento depositando su entera confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo momento en mi inteligencia y capacidad, motivándome para seguir superándome profesionalmente.

A los niños con parálisis cerebral quienes fueron objeto de estudio y a todas aquellas personas que sufren algún tipo de discapacidad para que puedan vivenciar la belleza del mundo ecuestre.

Rosa María Jiménez Jiménez.

ÁMBITO GEOGRÁFICO DE LA INVESTIGACIÓN											
BIBLIOTECA: Área de la Educación, el Arte y la Comunicación											
TIPO DE DOCUMENTO	**AUTORA / NOMBRE DEL DOCUMENTO**	**FUENTE**	**FECHA AÑO**	**ÁMBITO GEOGRÁFICO**						**OTRAS DEGRADACIONES**	**NOTAS OBSERVACIONES**
				NACIONAL	**REGIONAL**	**PROVINCIA**	**CANTÓN**	**PARROQUIA**	**BARRIOS COMUNIDAD**		
TESIS	ROSA MARIA JIMENEZ JIMENEZ "LA HIPOTERAPIA EN LA MOTRICIDAD GRUESA DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 7 AÑOS DE EDAD CON PARALISIS CEREBRAL INFANTIL, QUE ASISTEN AL CENTRO DE REHABILITACIÓN "SENDERO DE ALEGRÍA"LOJA, PERIODO MARZO-SEPTIEMBRE 2013.	UNL	2013	ECUADOR	ZONA 7	LOJA	LOJA	El VALLE	"SENDERO DE ALEGRÍA"	CD	LICENCIATURA EN PSICORREHABILTACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL

MAPA GEOGRÁFICO DE UBICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

PROVINCIA DE LOJA

CROQUIS DEL SITIO DE INTERVENCIÓN

ESQUEMA DE LA TESIS

- PORTADA
- CERTIFICACIÓN
- AUTORÍA
- CARTA DE AUTORIZACIÓN
- AGRADECIMIENTO
- DEDICATORIA
- ÁMBITO GEOGRÁFICO DE LA INVESTIGACIÓN
- CROQUIS DEL SITIO DE INTERVENCIÓN
- ESQUEMA DE LA TESIS

a. TEMA
b. RESUMEN
   SUMMARY.
c. INTRODUCCIÓN
d. REVISIÓN LITERARIA
e. MATERIALES Y MÉTODOS
f. RESULTADOS
g. DISCUSIÓN DE RESULTADOS
h. CONCLUSIONES
i. RECOMENDACIONES
j. BIBLIOGRAFÍA
k. ANEXOS.

a. TITULO:

LA HIPOTERAPIA EN LA MOTRICIDAD GRUESA DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 7 AÑOS DE EDAD CON PARALISIS CEREBRAL INFANTIL, QUE ASISTEN AL CENTRO DE REHABILITACIÓN "SENDERO DE ALEGRÍA" LOJA, PERIODO MARZO-SEPTIEMBRE 2013

b. RESUMEN

Este trabajo hace referencia a la Hipoterapia en la motricidad gruesa de los niños y niñas de 3 a 7 años de edad con Parálisis Cerebral infantil, que asisten al centro de rehabilitación "Sendero de Alegría" Loja, período marzo-septiembre 2013, cuyo objetivo general fue: Conocer la influencia de la Hipoterapia en la Psicomotricidad gruesa de los niños y niñas con Parálisis Cerebral Infantil de tres a siete años de edad, que asisten al Centro de Rehabilitación "Sendero de Alegría". En la presente investigación se utilizaron los siguientes métodos: El método descriptivo se utilizó para la descripción de datos y características de la población establecida. El método deductivo ayudó a establecer y deducir conclusiones finales a partir de los objetivos planteados. En cuanto a las técnicas se utilizó: la encuesta que se aplicó a los profesionales del centro para conocer sobre la psicomotricidad gruesa de los niños y niñas. Entre los Instrumentos de trabajo, se utilizó la Guía de Portage la misma que sirvió para el diagnóstico inicial y evaluación final para determinar los resultados de la aplicación de la Hipoterapia. La muestra se constituyó con 6 niños y niñas con parálisis cerebral infantil de 3 a 7 años de edad y 4 terapistas de Hipoterapia. Luego de haber realizado el trabajo investigativo se pudo llegar a la conclusión de que, la aplicación de la Hipoterapia ha permitido que el 33% de niños y niñas, que se encontraban en un nivel motriz afectado pasen a un nivel poco afectado, mientras que el 67% de los niños y niñas que se encontraban en un nivel de psicomotricidad muy afectado continúen en el mismo nivel, muy afectado. Es por ello importante recomendar al Centro de Rehabilitación "Sendero de Alegría", continuar con la Hipoterapia, por cuanto se logra beneficios en la Psicomotricidad Gruesa de los niños y niñas con Parálisis Cerebral .

SUMMARY.

This work refers to the gross motor Hippotherapy in children aged 3-7 years old with Cerebral Palsy child, attending the rehabilitation center "Path of Joy" Loja, March-September 2013 period, the overall objective was: to determine the influence of hypnotherapy on thick Psychomotor of children with Cerebral Palsy from three to seven years of age, attending the Rehabilitation Center "Path of Joy." The descriptive method was used for data description and characteristics of the population stabilize.

El deductive method and helped establish end conclusions deduced from the stated objectives: In this research, the following methods were used. As for the techniques used: the survey was applied to center professionals to recognize on the gross motor skills of children. Among the instruments of work, Portage Guide the same that was used for the initial diagnosis and final evaluation to determine the results of the application of hippotherapy was used. The sample consisted of six children with cerebral palsy from tree to seven years old and four therapists hippotherapy. After doing the research work could be concluded that the application of Hippotherapy has enabled 33% of children, who were at a drive level affected pass a level slightly affected, while that 67% of children who were in a very affected psychomotor level continue at the same level of severely affected. It is therefore important to recommend to the Rehabilitation Center "Path of Joy", continue implementation of hippotherapy as an institutional policy, because benefits are achieved in Thick Psychomotor children with Cerebral Palsy.

c. INTRODUCCIÓN.

La Hipoterapia, es reconocida a nivel mundial, como un método muy efectivo de rehabilitación física, mental y emocional, utilizando equinos. Montar transmite al paciente un sentido de balance, coordinación, orientación y ritmo. Se ha comprobado científicamente que el caballo transmite 110 movimientos diferentes y 103 vibraciones por minuto, esto significa que no existe músculo ni zona corporal a los que no se transmita un estímulo.

La realización de este trabajo es por la necesidad de demostrar evidencia de la efectividad con la aplicación de la hipoterapia particularmente en niños y niñas con parálisis cerebral, por ser esta patología una de las más debitadas respecto a sus efectos donde se busca movilizar todos los segmentos corporales posibles antes y durante la aplicación de la hipoterapia.

Principalmente se busca movilizar todos los segmentos corporales posibles antes y durante la aplicación de la sesión de hipoterapia, adquiriendo habilidades motoras en función de la coordinación de los movimientos y el equilibrio postural; y, con esta terapia ayudar a los niños y a sus familias a que tengan una mejor calidad de vida.

Por ello que se realizó un estudio minucioso dentro del Programa, para lo cual se aplicó dos evaluaciones una inicial y una final en conjunto con una encuesta dirigida a los profesionales del centro, recopilando así los datos necesarios para poder certificar cual ha sido el progreso del niño desde su inicio en la terapia. Donde se busca ayudar al desarrollo integral sobre todo en la motricidad gruesa de los niños y niñas que asisten a este centro de rehabilitación en la ciudad de Loja.

Actualmente tiene un amplio campo de acción en niños y niñas especiales que al hacer uso de la misma, tiene como objetivo la estimulación motriz, afectiva y cognitiva.

Por ello se ha visto necesario plantearse el tema: La Hipoterapia en la motricidad gruesa de los niños y niñas de 3 a 7 años de edad con Parálisis Cerebral infantil, que

asisten al Centro de Rehabilitación “Sendero de Alegría” Loja, período marzo-septiembre 2013.

Diagnosticar la psicomotricidad gruesa de los niños con Parálisis Cerebral infantil de 3 a 7 años de edad, asisten al centro de Rehabilitación “Sendero de Alegría”.
Elaborar y aplicar un programa de Hipoterapia a niños y niñas con parálisis cerebral infantil de 3 a 7 años de edad, que asisten al centro de rehabilitación “Sendero de Alegría”.
Evaluar los avances obtenidos luego de la aplicación de la Hipoterapia a los niños y niñas con parálisis cerebral infantil de tres a siete años de edad que asisten al centro de rehabilitación “Sedero de Alegría”

En cuanto a la metodología se utilizó el método descriptivo, por medio de este método se pudo recopilar datos fundamentales para la investigación, la edad cronológica, el desfase que presentan cada uno de los niños y niñas que fueron tomados como muestra para el estudio de la presente Investigación, así mismo se organizó un Programa de Hipoterapia. Además se utilizó el método deductivo, por medio de este método se pudo recopilar datos generales, de los cuales se determinó los más importantes para el desarrollo de la investigación, así mismo se llegó a las conclusiones directas luego de la aplicación de la Hipoterapia.

La investigación se desarrolló en base de las técnicas de investigación; la encuesta que se aplicó a los profesionales del Centro Senderos de Alegría, referente a los instrumentos se utilizó la Guía de Portage, el apartado que hace referencia a la Motricidad, la misma que sirvió para el diagnóstico inicial y evaluación final de la Motricidad Gruesa de los niños y niñas de 3 a 7 años con Parálisis Cerebral Infantil.

La población total de usuarios que asisten al centro “Sendero de Alegría”, es de 88 niños y niñas y 7 profesionales. Y la muestra se constituyó con 6 niños y niñas con parálisis cerebral infantil de 3 a 7 años de edad y 4 terapistas de Hipoterapia.

Además se ha estimado importante la revisión bibliográfica sobre Parálisis Cerebral Infantil, Hipoterapia y Psicomotricidad Gruesa, dando a conocer conceptualización substancial de los mismos.

Finalmente se concluye que la aplicación de la Hipoterapia ha permitido que el 33% de niños y niñas objeto de estudio, que se encontraban en un nivel motriz de afectado pasen a un nivel de poco afectado, mientras que el 67% de los niños y niñas que se encontraban en un nivel motriz de psicomotricidad muy afectado continúan en el mismo nivel de muy afectado. Por lo que, es importante recomendar al Centro de Rehabilitación "Sendero de Alegría", continuar con la Hipoterapia, por cuanto se logra beneficios en la Psicomotricidad Gruesa de los niños y niñas con parálisis cerebral.

d. REVISION LITERARIA.

1. PARALISIS CEREBRAL INFANTIL.

1.1. DEFINICIÓN

La Parálisis Cerebral describe un grupo de trastornos permanentes del desarrollo del movimiento y de la postura, que causan limitaciones en la actividad y que son atribuidos a alteraciones no progresivas ocurridas en el desarrollo cerebral del feto o del lactante. Los trastornos motores de la parálisis cerebral están a menudo acompañados por alteraciones de la sensación, percepción, cognición, comunicación y conducta, por epilepsia y por problemas musculo esqueléticos secundarios. **Rosembaum, (2011).**

1.2. CLASIFICACIÓN

La definición de parálisis cerebral propuesta por Rosembaum agrupa distintas presentaciones clínicas y grados de limitación en la actividad, por lo que es conveniente clasificar a las personas con parálisis cerebral mediante clases o grupos.

Los esquemas clasificatorios tradicionales se han centrado principalmente sobre el patrón de distribución de los miembros afectados (por ejemplo, tetraplejia, hemiplejia o diplejía) con una descripción del tipo predominante de tono o anormalidad del movimiento ejemplo: “espástico”; pero se ha demostrado que es preciso tener en cuenta las alteraciones que acompañan a la parálisis cerebral para establecer un esquema de clasificación que contribuya a comprender y manejar mejor esta discapacidad.

1.3. COMPONENTES DE LA NUEVA CLASIFICACIÓN DE LA PARÁLISIS CEREBRAL.

Según la teoría de Rosembaum recomiendan para la clasificación de la parálisis cerebral la utilización de cuatro componentes principales: (1) anormalidades motoras, (2) deficiencias asociadas, (3) anatomía y hallazgos radiológicos y (4) causa y momento.

1.3.1. ANORMALIDADES MOTORAS.

1.3.1.1. Naturaleza y tipología del trastorno motor:

Las personas con parálisis cerebral han sido tradicionalmente agrupadas por el tipo de trastorno motor predominante, utilizando una categoría mixta para aquellos casos en que ningún tipo domina. Esta estrategia es la adoptada por el Sistema de Clasificación descrito en el **(Surveillance of Cerebral Palsy in Europe (2010),** el cual divide la parálisis cerebral en tres grupos según las características neuromotoras predominantes. Todos los subtipos de parálisis cerebral tienen en común un patrón anormal del movimiento y de la postura. La parálisis cerebral espástica se caracteriza por aumento del tono muscular y por la presencia de reflejos patológicos (hiperreflexia u otros signos piramidales, por ejemplo respuesta de Babinski). La parálisis cerebral espástica puede ser Espástica Bilateral (parálisis cerebral-EB) o Espástica Unilateral (parálisis cerebral-EU). La parálisis cerebral discinética se determina por movimientos involuntarios, incontrolados, recurrentes, ocasionalmente estereotipados con predominio de reflejos primitivos y tono muscular variable.

Asimismo, puede ser distónica o coreo-atetósica. Por último, la parálisis cerebral atáxica incluye pérdida de la coordinación muscular ordenada, por lo que los movimientos se llevan a cabo con fuerza, ritmo y presión anormal.

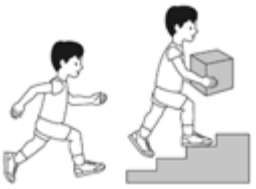
1.3.1.2. Habilidades motoras funcionales.

La Clasificación Internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud (CIF), señala la importancia de la evaluación de las consecuencias funcionales en los diferentes estados de salud. Las consecuencias funcionales de la implicación de las extremidades inferiores y superiores deben ser clasificadas utilizando escalas objetivas funcionales.

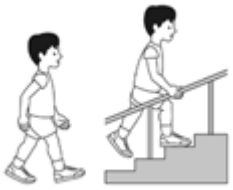
Para la función de la deambulación, el (**Palisano (2010),** Gross Motor Function Clasification System ha sido ampliamente utilizado en niños con parálisis cerebral. El GMFCS permite la clasificación de la movilidad funcional o limitación de la actividad

en cinco niveles de gravedad. A continuación, presentamos la descripción del GMFCS respecto a la edad 6-12 años.

NIVEL I: Caminan en casa, en el colegio y en la comunidad. Pueden subir y bajar bordillos sin ayuda y subir escalaras sin sujetarse. Los niños realizan habilidades motoras gruesas, por ejemplo correr y saltar pero la velocidad, el equilibrio y la coordinación están reducidos.



NIVEL II: Caminan en la mayoría de entornos, pueden presentar dificultades al andar largas distancias y con el equilibrio en terrenos irregulares, inclinados, en áreas llenas de gente o si cargan algún objeto.



NIVEL III: Caminan usando ayudas manuales de asistencia a la movilidad en la mayoría de los lugares interiores. Cuando se sientan necesitan apoyo lumbar para conseguir alineamiento pélvico.

Para ponerse de pie desde un asiento o desde el suelo necesitan asistencia física de una persona o apoyarse en una superficie firme.

NIVEL IV: Usan métodos de movilidad que requieren ayuda física o propulsada en la mayoría de entornos. Necesitan asientos adaptados para el control del tronco y la pelvis y ayuda física para ser movilizados. En casa se mueven en el suelo (rodando, reptando o gateando) caminan pequeñas distancias con ayuda física o utilizan métodos propulsados.

NIVEL V: Los niños son transportados en silla de ruedas en todos los lugares. Están limitados en su habilidad para el control antigravitatorio de la postura del tronco, la cabeza y el control de los movimientos de las piernas y los brazos.

1.3.2. TRASTORNO TÓNICO-POSTURAL.

1.3.2.1. Parálisis Cerebral Espástica: "Hipertónica".

Es el tipo más común de Parálisis Cerebral llamada también Parálisis Cerebral Hipertónica porque predomina un exceso de tono muscular.

Espasticidad significa rigidez; las personas que tienen esta clase de PC encuentran dificultad para controlar algunos o todos sus músculos, que tienden a estirarse y debilitarse, y que a menudo son los que sostienen sus brazos, sus piernas o su cabeza.

La parálisis cerebral espástica se produce normalmente cuando las células nerviosas de la capa externa del cerebro o corteza, no funcionan correctamente.

1.3.2.2. Parálisis Cerebral Disquinesia o Atetoide.

En este tipo de Parálisis Cerebral se presentan movimientos involuntarios e incontrolados debidos a un nivel de tono muscular cambiante que puede ser hipotónica, diskinética o bien una distonía. Esta forma de parálisis corresponde al segundo tipo más frecuente de Parálisis Cerebral.

El nombre clínico es Parálisis Cerebral de tipo Diskinético, sin embargo habitualmente se le refiere como Parálisis Cerebral de tipo Atetoide.

El grupo de Parálisis Cerebral de tipo Diskinético presenta alguna o varias de las siguientes alteraciones de movimiento y postura:

- **Atetosis.**

Movimientos involuntarios anormales que son siempre iguales en la misma persona, predominio distal (dedos de manos y pies) y desaparecen durante el sueño. Alternancia continua, lenta y recurrente entre dos posiciones opuestas, tales como pronación y supinación (mano palma arriba y palma abajo).

- **Tremor**

Es un movimiento involuntario, rítmico, oscilante de cualquier parte del cuerpo, causado por contracciones de músculos antagonistas recíprocamente inervados.

- **Distonía.**

Son contracciones musculares involuntarias permanentes de una o más partes del cuerpo, debido a una disfunción del sistema nervioso. Por ejemplo: torsiones o deformaciones de alguna parte del cuerpo.

- **Coreiforme.**

Procede del termino griego baile, son movimientos arrítmicos rápidos, espasmódicos, vigorosos e incesantes. Se caracterizan por su irregularidad y variabilidad, afectan cualquier parte del cuerpo, es especial la musculatura bucal, lingual y mandibular.

En este tipo de Parálisis Cerebral la parte del cerebro dañada son los Ganglios Basales o bien puede ser debido a un daño cerebral difuso. Habitualmente no puede establecerse un subtipo de este tipo de Parálisis Cerebral, a excepción de la afección de los 4 miembros (cuadriplejia) o en un grado extremo, la afección de todo el cuerpo.

La fluctuación constante en el tono muscular en estos casos de afección en los cuatro miembros o del cuerpo entero permite llamar cuadriplejia Hipotónica a este tipo de Parálisis Cerebral. Se ha notado que un gran porcentaje de personas con este tipo de

Parálisis Cerebral con atetosis tiene un coeficiente intelectual por arriba de la normalidad.

Se caracteriza, principalmente, por movimientos lentos, involuntarios (que se agravan con la fatiga y las emociones y se atenúan en reposo, desapareciendo con el sueño) y descoordinados, que dificultan la actividad voluntaria.

Es común que las personas que tengan este tipo de PC tengan unos músculos que cambian rápidamente de flojos a tensos. Sus brazos y sus piernas se mueven de una manera descontrolada, y puede ser difícil entenderles debido a que tienen dificultad para controlar su lengua, su respiración y las cuerdas vocales.

La parálisis cerebral atetoide, es el resultado de que la parte central del cerebro no funciona adecuadamente.

1.3.2.3. Parálisis cerebral atáxica:

Este tipo de parálisis ocurre cuando se daña el Cerebelo, causando pérdida de la coordinación muscular y movimientos erráticos. Afecta el sentido de balance y percepción de profundidad. Los niños con este tipo de Parálisis Cerebral frecuentemente tienen poca coordinación y un característico tipo de marcha mostrando una separación anormalmente grande entre los pies. Muestran un aumento en esta dificultad para caminar cuando se les apresura o bien cuando intentan precisar sus movimientos, por ejemplo al escribir o intentar abotonar una camisa.

Existe por la afectación preferente del cerebelo.

Hace que las personas que la padecen tengan dificultades para controlar el equilibrio, y si aprenden a caminar, lo harán de manera bastante inestable.

Son propensos también a tener movimientos en las manos y un hablar tembloroso.

1.3.2.4. Parálisis cerebral mixta.

Se llama Parálisis Cerebral Mixta cuando el tono muscular está muy disminuido en un grupo muscular y aumentado en otros.

Se caracteriza por presentar dos o más tipos de Parálisis Cerebral están presentes en la misma persona. Por ejemplo Atetoide y Atáxica. El tipo más común de Parálisis Cerebral mixta es la Atetoide-Espástica y el tipo más raro es la Atetoide-Atáxica. Sin embargo, cualquier tipo de combinación puede ocurrir, incluso la asociación de 3 tipos, Espástica-Atetoide-Atáxica.

Afectación de varias estructuras cerebrales. Es frecuente que no se presenten los tipos con sus características puras, sino que existen combinaciones en su forma clínica.

Cuadriplejia:	**Están afectados los cuatro miembros.**
Tetraplejia:	Afectación global incluyendo tronco y las cuatro extremidades, con predominio de afectación en las extremidades superiores.
Triplejia:	Afectación de las extremidades inferiores y una superior.
Diplejia:	Afectación de las cuatro extremidades con predominio en las extremidades inferiores.
Hemiplejia:	Está dañado solo un lado del cuerpo (hemicuerpo) y dentro de este el más afectado es el miembro superior.
Doble hemiplejia:	Cuando existe una afectación de las cuatro extremidades, pero es mucho más evidente en un hemicuerpo, comportándose funcionalmente como una hemiparesia.
Paraplejia:	Son muy poco frecuentes, se afectan solo los miembros inferiores.
Monoplejia:	Se afecta un solo miembro (brazo ó pierna) estos casos son poco comunes.

2014 Instituto Nuevo Amanecer Derechos Reservados.

La complejidad de la parálisis cerebral y sus efectos varía de una persona a otra, por eso suele ser difícil clasificar con precisión el tipo de parálisis cerebral que padece una persona.

La frecuencia de aparición de los diferentes tipos de Parálisis Cerebral son:

Cada uno de los tipos principales descritos inicialmente puede afectar diferentes partes del cuerpo, definiendo Subtipos de Parálisis Cerebral. Por ejemplo: Parálisis

Cerebral Espástica Hemiparésica o bien Hemiparesia Espástica. La Monoplejia y la Triplejia son los más raramente encontrados.

1.4. CLASIFICACIÓN FUNCIONAL.

Desde el punto de vista funcional, también se ha realizado una clasificación arbitraria con la intención de establecer diferencias pronosticas y de tratamiento.

CLASE I: Limitación leve
CLASE II: Limitación leve-moderada
CLASE III: Limitación moderada-grave
CLASE IV: Incapacidad total.
Póo P. (2006).

1.5.CLASIFICACIÓN PEDAGÓGICA.

Desde el punto de vista educativo, se ha establecido una clasificación de acuerdo a su capacidad de aprendizaje:

Educables

1. Con posibilidades de Tratamiento (Entrenables)
2. Sin posibilidad de mejoría (De custodia).

O bien

1. Adquisición de habilidades para asistir a una escuela.
2. Adquisición de habilidades para la vida independiente.
3. De custodia

1.6. DESARROLLO DE LA PSICOMOTRICIDAD GRUESA EN NIÑOS/AS CON PARALISIS CEREBRAL INFANTIL.

1.6.1. SIGNOS ALERTA EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR

Según **(Póo P.)** miembro de la Sociedad Asturiana de Pediatría de Atención Temprana, describe los principales signos de alerta en el desarrollo psicomotor que son aquellas manifestaciones que pueden hacer sospechar que existe una disfunción neurológica y así poder establecer un diagnostico precoz.

Clásicamente se describen por áreas, con el objeto de adaptar la valoración a cada grupo de edades:

Cuando tiene 1 mes de edad

• No levanta momentáneamente la cabeza en decúbito prono.
• No fija la mirada en la cara humana.
• Irritabilidad persistente sin causa clara.
• Trastornos de la succión o rechazo persistente del alimento.

A los 3 meses

• Ausencia de sonrisa social
• No interés por iniciar interacciones
• No fijación de la mirada / no respuesta a estímulos auditivos
• Hipotonía-hipertonía (manos cerradas, pulgar incluido)
• No control cefálico
• Asimetría mantenida

A los 6 meses

• Persistencia de alguno anterior
• Falta de interés por el entorno
• Ausencia de vocalizaciones recíprocas
• Escasa variación expresiva
• Respuestas monótonas o indiscriminadas

• Dificultad de adaptación a los cambios (situaciones, alimentos, personas)
• No coge objetos
• No utiliza una de las manos
• Persistencia de los reflejos arcaicos.

A los 9 meses

• Persistencia de alguno anterior
• No balbuceo
• No experimentación de sonidos
• No conoce a las personas que lo cuidan habitualmente
• No se mantiene sentado
• No voltea
• No retiene dos objetos.

A los 12 meses

• No reclama la atención del adulto
• No extraña
• No imita gestos
• No explora juguetes
• No pronuncia sílabas
• Falta de interés por desplazarse
• No mantiene sedestación estable
• No pinza superior
• Trastornos de alimentación o de sueño.

A los 18 meses

• No marcha autónoma
• No señala con el índice
• No comprende órdenes sencillas
• No presenta jerga con intención comunicativa
• No conoce nombre de objetos familiares
• Conducta estereotipada

• Falta de juego imitativo
• No expresa emociones (alegría, cariño)
• Crisis de cólera y dificultad para calmarse.

A los 2 años (suele coincidir con el inicio de la guardería)

• Realizar juego imitativo
• Construir una torre de 2 cubos
• Imitar un trazo sin dirección determinada
• Señalar partes de su cuerpo
• Reconocer imágenes familiares
• Tener algún lenguaje propositivo
• Tener marcha autónoma
• Comprender y cumplir ordenes
• Masticar alimentos sólidos.

Otros signos de alerta, a cualquier edad.

• Conductas agresivas o de aislamiento
• Conductas auto agresivas
• Baja tolerancia a la frustración
• Miedos exagerados
• Timidez extrema
• Ausencia de juego simbólico o de imitación
• Indiferencia excesiva al entorno
• Rituales y/o estereotipias
• Lenguaje ecolálico o fuera de contexto
• Conducta desorganizada, oposicionista o negativista.

Póo P. (2006.)

2. HIPOTERAPIA.

2.1.Origen de la Hipoterapia.

El origen de la Hipoterapia se remonta a los años 50 en Noruega (para tratar secuelas de poliomielitis), luego comenzó a desarrollarse en 1960 en los países escandinavos y alrededor de 1970 alcanzó su gran auge en Alemania, Austria, Francia, Italia y Suiza. En un comienzo se le empleó para tratar problemas de columna y corregir posturas deficientes, escoliosis o enfermedades degenerativas. Posteriormente se amplió su aplicación a diversas enfermedades neurológicas, como lesiones o alteraciones del sistema nervioso central, ya sean congénitas o adquiridas, tales como parálisis cerebral infantil, esclerosis múltiple, secuelas de traumatismo encéfalo craneal, enfermedades extrapiramidales (Parkinson), y enfermedades vasculares con gran éxito. El tratamiento en prevención de secuelas en pacientes hemipléjicos, tales como contracturas, espasticidad o atrofias musculares ha llamado la atención por los buenos resultados que se obtienen. Su ampliación como terapia para trastornos emocionales y mentales severos, como es el caso del autismo y el Síndrome de Down se ha estado aplicando con mucho éxito estos últimos años.

Está demostrado que este método mejora la autoestima y la estabilidad emocional, disminuye la agresividad y aumenta la capacidad de tolerar frustraciones. Además tiene un efecto importante, en la capacidad de atención, concentración y perseverancia. Todos los informes de los tratamientos con sus grandes éxitos a través de la inclusión de aspectos sensoriales, sicológicos, pedagógicos, mentales y sociales encuentran en la Hipoterapia una posibilidad muy importante para la realización de tratamientos integrales y multidisciplinarios.

En sus años de historia ha creado un nuevo enfoque del tratamiento kinésico y es considerada en el mundo como la disciplina con resultados cada vez más importantes. **MUÑOZ BLANCA (Marzo 2005).**

2.2. Definición de Hipoterapia.

La Hipoterapia o Equinoterapia es una terapia integral empleada por profesionales de la salud física o mental, para promover la rehabilitación de niños, adolescentes y adultos a nivel neuromuscular, psicológico, cognitivo y social por medio del caballo como herramienta terapéutica. También se puede definir como una técnica terapéutica utilizada para la rehabilitación de pacientes con enfermedades neurodegenerativas y traumatológicas, entre otras patologías, a través del paso cadencias del caballo. La palabra Hipoterapia proviene del griego: Hipos (caballo) y sus beneficios terapéuticos datan del año 460 antes de Cristo donde ya el propio Hipócrates, hablaba del saludable trote de los caballos. Más tarde, en el siglo XVII, la medicina utilizaba la equitación como método para combatir la gota. **Adams, D.L. (2007).**

2.3.Movimiento tridimensional y rotativo.

Los movimientos de una persona a caballo al paso, son casi idénticos a los de una persona caminando, ambos siguen el mismo patrón de movimiento en la pelvis humana y el tronco, mientras el jinete está sentado al centro de gravedad del caballo, movimiento que estimulan física y neurológicamente las áreas relacionadas con la marcha, en tiempo real y estimula la integración sensorial. El paso del caballo afecta la pelvis humana y el tronco mientras monta sobre el caballo en movimiento. El movimiento de cadencia del caballo de arriba - abajo debe ser continuo y rítmico. El movimiento lateral debe ser un lado a otro, con la misma amplitud.

La rotación ligera conforme la pata se mueve al ritmo del caminar. La inclinación pélvica será anterior y posterior con una cadencia dependiente de la terapia del jinete.

El caballo debe desplazarse entre 45 y 60 pasos por minuto, generando dos medios ciclos, entrando en resonancia con el ritmo cardiaco, estos movimientos rítmicos transmitir al jinete entre 90 y 120 impulsos dependiendo de la edad del paciente estimulando física y neurológicamente todo el cuerpo humano.

Este proceso de estimulación produce endorfinas y minimiza la generación de respuestas desconocidas, lo que favorece la sinapsis neuronal, permite que el cerebro identifique: músculos, miembros, órganos, etc. De esta manera se envía instrucciones a éstos, favoreciendo el proceso de habilitación neuro - muscular, ya que en la gran mayoría de los casos el sistema nervioso no se ha percatado de la existencia de estos, o en el caso de daño neurológico la estimulación con el caballo propicia y fortalece la plasticidad cerebral. **Barba BE. (2009-2012).**

2.4.Binomio hombre-caballo.

La comunicación que se establece entre el jinete y el caballo está basada en la comunicación primaria que principalmente es afectiva, lo que estimula la autoestima y confianza del paciente, similar a la comunicación materna desde la concepción hasta el primer año de edad.

2.5. Influencia psicológica y Estimulación Neuro - Sensorial.

Puesto que las terapias se efectúan fundamentalmente en áreas abiertas y rodeadas de vegetación y existe convivencia familiar y con otros pacientes la terapia representa para el paciente unos momentos de entretenimiento y deporte permitiendo que éste no se sienta realizando una terapia y se obtenga toda su disposición para el aprendizaje, estimulando el cerebro mediante los 5 sentidos, la información propioceptiva y el equilibrio dinámico y estático, incrementamos las sinapsis neuronales de las diversas áreas cerebrales favoreciendo los procesos mentales complejos organizados en sistemas de zonas que trabajan concertadamente.

2.6. Estimulación de las moléculas de señalización.

La equitación como deporte estimula las moléculas de señalización, estas derivadas de los aminoácidos que actúan como neuro-transmisores y neuro-moduladores en la sinapsis de las neuronas, en forma muy particular con la catecolamina, serotonina, dopamina, endorfina, noradrenalina y adrenalina, mielinizando las diversas áreas cerebrales, promoviendo la generación de procesos mentales, en especial de facultades

mentales superiores, como la fijación de la atención, los mecanismos conscientes, las habilidades cognitivas finas, las que tienen que ver con la relación social y las que controlan la voluntad.

2.7. Terapias alternas a caballo.

Durante el desempeño de la actividad ecuestre y aprovechando su disposición para el aprendizaje, se efectúan actividades recreativas, culturales y ejercicios fisiológicos, kinesiológicos, psicológicos y neurológicos tendientes a mejorar su coordinación, respiración, desarrollo de los sentidos y habilidades del paciente. **Uribe (2012).**

2.8. Metodología de la rehabilitación integral de la Hipo terapia.

2.8.1. Primera fase: Contacto.

El paciente establece contacto con el caballo, llama o burro, los terapistas y los voluntarios, conociendo también el entorno.

2.8.2. Segunda fase: Equinoterapia.

El paciente monta a caballo o esta acostado en diferentes posiciones o está sentado junto con un voluntario sobre el caballo.

2.8.3. Tercera fase: Aplicación de otras terapias y/o ejercicio.

Terapias convencionales (fisioterapia, terapia de lenguaje, entre otras), terapias alternativas (teatro terapia, músico terapia, barro terapia, arte terapia, terapias de energía, entre otras) y ejercicios, después de la Hipoterapia.

2.9. Beneficios de la Hipoterapia.

- Es un método que hace posible el fortalecimiento de los músculos restaurando la movilidad perdida.
- Mejora el equilibrio y la coordinación.
- Ayuda a resolver problemas emocionales en las personas. Les ayuda en el manejo adecuado de impulsos agresivos, aumenta su autoconfianza, autoestima, la capacidad de adaptación, cooperación y el sentido de responsabilidad; fortalece la atención y concentración mental, así como la capacidad de comunicación.
- Los cambios se notan en muy poco tiempo.
- El hecho de tener el dominio sobre el caballo los hace sentir más decididos, además de disfrutar.
- Produce cambios tanto en personas con discapacidad como en personas que no tienen ninguna afección.
- La terapia se realiza en un lugar abierto, natural; donde se pueden percibir un abanico de sensaciones sonoras, táctiles y visuales, muy favorecedoras para quien toma la terapia. **(Montessori) (2011).**

2.10. Hipoterapia en la Parálisis Cerebral.

El campo principal del uso de este tratamiento es en la Parálisis Cerebral. Esta produce una alteración sensorial motora, como también una carencia en la experiencia de la movilidad normal.

La meta del tratamiento es la normalización de los elementos patológicos motores como: Tonicidad muscular, limitaciones articulares, alteración de la coordinación motora y el equilibrio.

La técnica se basa en la inhibición, facilitación y estimulación, completando tratamientos de tipo Bobath o Petoh.

Este tratamiento estimula a través de los sistemas propioceptivos en especial músculos, sensibilidad articular y sensibilidad laberinto y órganos sensoriales externos (tacto, oído, olfato), compensando así las deficiencias que el niño tiene.

El síndrome de parálisis cerebral se define como un conjunto de signos y síntomas determinados por una lesión cerebral de carácter no progresivo que se produce en un cerebro inmaduro, ya sea en un período prenatal, perinatal o postnatal, antes de los 5 años de edad. **MUÑOZ BLANCA (2005)**

La Hipoterapia entrega al niño, según su edad y condiciones, la posibilidad de desarrollar la secuencia de maduración neurológica, favoreciendo las reacciones neuromotrices básicas y estimulación no sólo en los ámbitos motor y sensorial sino también en el área emocional y social.

Estos individuos aumentaran su tono muscular y la espasticidad sacará muchas ventajas con la Hipoterapia, al elegirle la kinesióloga, el caballo con el ancho adecuado y suavidad de movimiento para hacer su tratamiento este puede resultar sumamente ventajoso.

Al relajarse el paciente recibe un agradable estirar de piernas envolviéndolas alrededor caballo, un suave paso le permitirá experimentar un movimiento de balanceo, que deber aprender a acostumbrarse y mantener una buena postura y equilibrio, combinando tareas motrices que ayudarán a que sus músculos se fortalezcan, con tareas que también ayuden a mejorar su concentración.

Esos pacientes con poca tonicidad muscular deben ser cambiados de posición mientras montan a caballo. Moviendo el caballo en círculo y arcos ayudan al paciente a contraer y relajar diferentes grupos de músculos soportantes; al hacer esfuerzos para mantener el equilibrio, es mejor usar la línea recta porque solo le pide al paciente contraer y sostener algún músculo o grupo pequeño de ellos cada vez, para mantener la buena postura.

El caballo naturalmente motiva al paciente de cualquier edad, a explorar y tocarlo. Nuevamente el sistema múltiple sensorial debe organizarse, entender y responder. El calor del animal es también una gran ventaja para el paciente, estimulando el calor curativo; algo frío o metálico, como las maquinas no lo pueden conseguir.

Moviéndose en el espacio independiente solamente con la ayuda del caballo y del terapeuta, también proporciona al paciente nuevas percepciones tanto visuales como auditivas. Realizando prácticas organizadas y buscando respuestas apropiadas, este estímulo también ayuda al paciente a estar más preparado para participar en su actividad diaria. **MUÑOZ BLANCA (Marzo 2005).**

3. PSICOMOTRICIDAD GRUESA.

3.1.DEFINICIÓN.

Primeramente la **motricidad** es la capacidad del hombre y los animales de generar movimientos por sí mismos. La adecuada motricidad implica generar movimiento de manera sincronizada y coordinada entre todas las estructuras que intervienen en el movimiento (Sistema nervioso, órganos de los sentidos, sistema musculo esquelético).

La **psicomotricidad** envuelve la interacción de lo motriz con lo cognitivo, sensitivo y emocional, por ello permite al niño descubrir y expresarse a través de su cuerpo.

Asimismo la **motricidad gruesa** involucra movimientos amplios, relacionados con los cambios de posición del cuerpo y controlar el equilibrio. Mientras la **motricidad fina** supone movimientos más precisos (especialmente los de las manos.) La motricidad gruesa precede a la fina, de allí la importancia de trabajar los músculos grandes antes que los más pequeños.

El término psicomotricidad se divide en dos partes: el motriz y el psiquismo, que constituye en el proceso de desarrollo integral de la persona. La palabra **motriz** se refiere al movimiento, mientras el psiquismo determina la actividad psíquica en dos fases: el socio afectivo y el cognitivo. En otras palabras, en la acción del niño se articula toda su afectividad, todos sus deseos, pero también todas sus posibilidades de comunicación y conceptuación. **Zausmer (2002).**

3.2.Desarrollo de la motricidad gruesa.

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

PRIMERA FASE: Del nacimiento hasta los primeros 6 meses.	SEGUNDA FASE: De los 6 meses a los 4 años	TERCERA FASE: De los 4 años hasta los 7 años
Se caracteriza por una dependencia completa de la actividad refleja, especialmente de la succión. Alrededor de los tres meses, el reflejo de succión desaparece debido a los estímulos externos, que incitan el ejercicio y provocan una posibilidad más amplia de acciones y el inicio de los movimientos voluntarios.	Se caracteriza por la organización de las nuevas posibilidades del movimiento. Se observa una movilidad más grande que se integra con la elaboración del espacio y del tiempo. Esta organización sigue estrechamente ligada con la del tono y la maduración	La tercera fase corresponde a la automatización de estas posibilidades motrices que, forman la base necesaria para las futuras adquisiciones.

3.3. DESARROLLO PSICOMOTOR DEL NIÑO.

Según (**Schwartz y Miller)** determinaron que el desarrollo psicomotor del niño se manifestaba en diferentes formas según la edad del paciente así:

Nacimiento.- Prácticamente el niño duerme todo el día. Responde con llanto a sus necesidades básicas de alimentación, dolor y cambio de temperatura.

0 a 3 meses de edad: En esta etapa, el niño está realizando sus movimientos por reflejo. Entre estos reflejos esta: el tomar el dedo de una persona, se lleva las manos a la boca, movimiento de succión, fija sus dos ojos a un objetivo, mueve energéticamente sus brazos. Además reacciona a los sonidos y comienza su comunicación por medio del llanto.

3 a 5 meses de edad: Esta es una etapa de descubrimiento de sus manos. El niño(a) comienza a conocer partes de su cuerpo por medio del tacto, en especial sus manos, por lo que hay mucho movimiento de ellas; comienza a utilizar sus manos para explorar objetos. Existe búsqueda visual de fuentes sonoras y logra seguir con los ojos los sonidos. Alcanza de igual manera sostener su cuerpo sentado, siempre y cuando se le ayude sosteniendo sus manos o su tronco.

6 a 8 meses de edad: En esta etapa, termina el descubrimiento de su cuerpo. Comienza a utilizar sus rodillas y piernas para el gateo. Además alcanza mayor tiempo sentado con apoyo y logra movilizar su cuerpo para adelante y para atrás sin perder equilibrio. La boca se convierte una forma de descubrimiento, por lo que todo objeto que agarran, se lo meten a la boca.

9 a 12 meses de edad: Aquí el niño comienza muchos procesos importantes. Intenta reconocer su propia imagen, puede quedarse horas viéndose a los espejos. Además inicia un proceso de independencia, es decir, comienza su proceso de caminar. El equilibrio se convierte en tema fundamental en esta etapa. Para esta edad, ya debe decir al menos 3 palabras claras e intentando varias. Existe mucha manipulación de objetos, ya que está aprendiendo conceptos nuevos.

12 a 18 meses de edad: El niño(a) responde a su nombre sin dificultad alguna. Además ya hay un proceso de subir y bajar escaleras, al igual que agacharse y subirse en sillas, sillones o mesas bajas. Se quita los zapatos y medias por sí solo, construye torres con bloques y además pronuncia claramente entre 6 u 8 palabras.

18 a 24 meses de edad: En esta etapa el niño(a) tiene independencia de su madre, ya logra correr, saltar y tiene control de sus pies para la mayoría de actividades de motora gruesa. Logra echar agua en un vaso y tomar de él sin dificultad, así como puede alimentarse por sí solo. Inicia un proceso sumamente importante, que es el control de esfínteres y ya cuenta con 12 palabras claras en su vocabulario.

Al cumplir un año de edad se puede mantener de pie durante ratitos pequeños y camina con ayuda.

Cuando tiene un año y medio ha conseguido andar y puede subir escalones con ayuda. Toca todo, se agacha y es capaz de levantarse y sentarse sólo en una silla.

De 2 a 3 años de edad: Comienza su periodo de juego imaginario, por lo que el movimiento de manos es casi perfecto. Intenta el proceso de frases simples, por lo que

su vocabulario comienza a expenderse con velocidad. Tiene un equilibrio casi perfecto, por lo que logra caminar en diferentes superficies.

Cuando tiene 2 años aparece la carrera y puede saltar con los dos pies juntos. Se puede poner en cuclillas, sube y baja las escaleras apoyándose en la pared.

A los 3 años controla bien su cuerpo y se consolidan las habilidades motoras adquiridas. Es decir En este año la carrera se perfecciona, sube y baja escaleras sin ayuda, puede ponerse de puntillas y andar sobre ellas.

De 3 años a 4 años de edad: Aquí inicia un proceso de dibujo intencionado; el niño(a) comienza a realizar garabatos. Comienza el proceso de compartir y socialización. Logra realizar el movimiento de pinza correctamente al igual que su mano dominante puede distinguirse claramente.

De 4 años a 5 años de edad: Finalmente comienza el proceso de motora fina a relucir. El niño(a) puede utilizar las tijeras, realiza trazos adecuados horizontales, verticales y puede dibujar círculos. Primera vez que logra entender la figura humana, ya que tiene más trazos adecuados. Hay un periodo de concentración y autocontrol más amplio, por lo que el niño(a) logra estar sentado y puede poner atención por largos periodos de tiempo.

A los 4 años corre de puntillas, puede saltar sobre un pie. Se mueve sin parar y salta y corre por todas partes.

A los 5 años el sentido del equilibrio y del ritmo está muy perfeccionado.

6 años de edad. A los 6 años la maduración está prácticamente completada, por lo que a partir de ahora y hasta los 12 años es el momento idóneo para realizar actividades que favorezcan el equilibrio y la coordinación de movimientos. **Schwartz, Miller (2008).**

3.4. Elementos de la Psicomotricidad gruesa.

En la motricidad gruesa intervienen los siguientes elementos:

a) Percepción.
b) Esquema corporal.
c) Espacio- Tiempo.
d) Ritmo.
e) Lateralidad.
f) Respiración
g) Equilibrio
h) Coordinación

3.4.1. Percepción.

La percepción obedece a los estímulos cerebrales logrados a través de los 5 sentidos, vista, olfato, tacto, auditivo y gusto, los cuales dan una realidad física del entorno. Es la capacidad de recibir por medio de todos los sentidos, las imágenes, impresiones o sensaciones para conocer algo. Puede ser: auditiva, visual y kinestésica.

3.4.2. Esquema Corporal.

El Esquema Corporal es el conocimiento y la relación mental que la persona tiene de su propio cuerpo.

El control de la postura y el equilibrio son requisitos imprescindibles para la liberación de los brazos y manos sin la cual no se puede realizar la manipulación que fundamenta los aprendizajes.

3.4.3. Espacio-Tiempo.

Es la capacidad de ubicar las partes del cuerpo en relación con los objetos y los objetos en relación al cuerpo, en un espacio y un tiempo. Además es el manejo segmentario de las partes del cuerpo. Es la conciencia del movimiento por unos espacios de tiempo. Las nociones de orientación temporal y espacial se elaboran a través de

movimientos que implican cierto orden temporal, se pueden desarrollar nociones temporales como: rápido, lento; orientación temporal como: antes-después y la estructuración temporal que se relaciona mucho con el espacio, es decir la conciencia de los movimientos

3.4.4. Ritmo.

Es el manejo del pulso y el acento que se hace en la ejecución de las actividades motrices. Es la capacidad que tiene el organismo de alterar fluidamente las tensiones y distensiones de los músculos por la capacidad de la conciencia.

3.4.5. Lateralidad.

La lateralidad es el predominio funcional de un lado del cuerpo, determinado por la supremacía de un hemisferio cerebral. Mediante esta área, el niño estará desarrollando las nociones de derecha e izquierda tomando como referencia su propio cuerpo.

3.4.6. Respiración.

La respiración normal se encuentra regulada por el auto reflejo pulmonar y por los centros respiratorios bulbares, que adaptan de una manera automática la respiración a las necesidades de cada momento.

3.4.7. Equilibrio

El Equilibrio es considerado como la capacidad de mantener la estabilidad mientras se realizan diversas actividades motrices. Esta área se desarrolla a través de una ordenada relación entre el esquema corporal y el mundo exterior.

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

3.4.8. Coordinación.

Es la armonía de todas las acciones musculares. Esto implica que el niño tome conciencia de su cuerpo tanto en forma global como segmentaria; así tendrá mayor autonomía y mejor control de sus movimientos tanto grueso como fino.

(Benjumea) (2009).

e. MATERIALES Y MÉTODOS.

En la presente investigación se utilizaron los siguientes métodos y técnicas como:

MÉTODO CIENTÍFICO.- Por medio de este método se pudo constituir la guía general en torno a desarrollarse el presente trabajo investigativo, se partió del planteamiento de un objetivo general y tres específicos, los mismos que se constituyeron en una base teórica pertinente y de esta manera se realizó la respectiva investigación.

MÉTODO ANALÍTICO SINTÉTICO.- Por medio de este método se pudo realizar un estudio sistemático y ordenado de la información recopilada en la investigación.

MÉTODO ESTADÍSTICO.- Por medio de este método se pudo hacer un trabajo estadístico en un periodo de seis meses en el Centro de Rehabilitación Sendero de Alegría de la Ciudad de Loja, por lo que se pudo constatar que los niños y niñas de 3 a 7 años de edad, en un 67% presentan un nivel motriz muy afectado.

MÉTODO DESCRIPTIVO.- Por medio de este método se pudo recopilar datos fundamentales para la investigación, la edad cronológica, el desfase que presentan cada uno de los niños y niñas como objeto de estudio de la presente Investigación, así mismo se organizó un Programa de la Hipoterapia.

MÉTODO DEDUCTIVO.- Por medio de este método se pudo recopilar datos generales, de los cuales se determinó los más importantes para el desarrollo de la investigación, así mismo se llegó a las conclusiones directas luego de la aplicación de la Hipoterapia.

TÉCNICAS

En lo referente a las técnicas de investigación, se utilizó:

ENCUESTA: Se aplicó a los profesionales del centro para conocer sobre la motricidad gruesa de los niños y niñas con parálisis cerebral.

INSTRUMENTOS: se utilizó la Guía de Portage, el apartado que hace referencia a la Motricidad, la misma que sirvió para el diagnóstico inicial y evaluación final de la Motricidad Gruesa de los niños y niñas de 3 a 7 años con Parálisis Cerebral Infantil.

POBLACIÓN Y MUESTRA.

La población total de usuarios que asisten al centro "Sendero de Alegría", es de 88 niños y niñas y 7 profesionales. Y la muestra se constituyó con 6 niños y niñas con parálisis cerebral infantil de 3 a 7 años de edad y 4 terapistas de Hipoterapia.

MUESTRA	**FRECUENCIA**
NIÑOS NIÑAS CON PCI	6
TERAPISTAS	4
TOTAL	10

g. RESULTADOS DE LA APLICACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA GUÍA DE PORTAGE

OBJETIVO ESPECIFICO # 1.

Diagnosticar la psicomotricidad gruesa de los niños con Parálisis Cerebral infantil de 3 a 7 años de edad, que asisten al centro de Rehabilitación "Sendero de Alegría"

Para cumplir con el primer objetivo específico se aplicó la Guía de Portage.

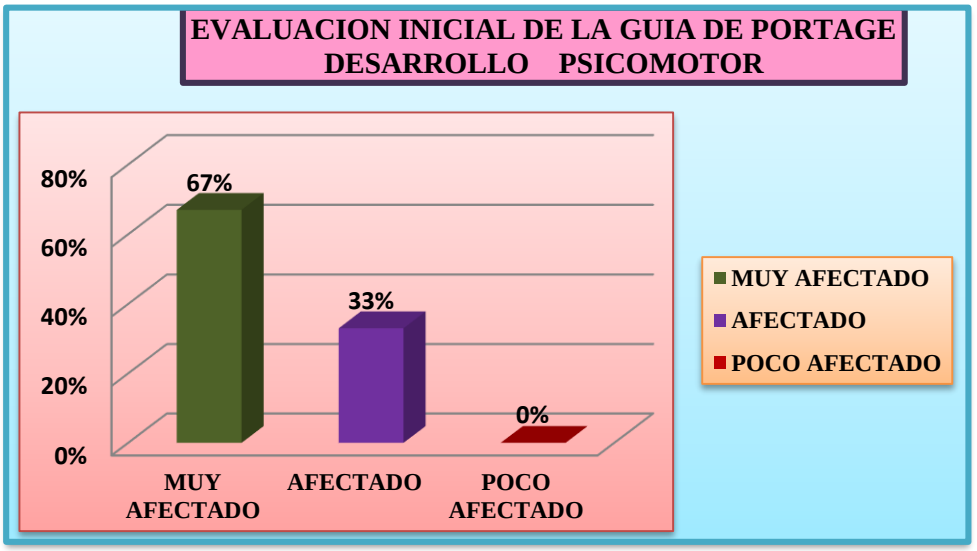
CUADRO Nro. 1: DESARROLLO PSICOMOTOR

AREA MOTORA

CASOS	EDAD CRONOLOGICA	DESARROLLO PSICOMOTOR ALCANZADO	DESFACE	DESARROLLO MOTOR					
				MUY AFECTADO		**AFECTADO**		**POCO AFECTADO**	
CASO 1	**5 AÑOS**	**8 meses**	**4 años**	**X**	**16.75%**		**0%**		**0%**
CASO 2	**6 AÑOS**	**1 año**	**5 años**	**X**	**16.75%**		**0%**		**0%**
CASO 3	**3 AÑOS**	**1a 3m**	**1a 9m**		**0%**	**X**	**16.5%**		**0%**
CASO 4	**7 AÑOS**	**10 m**	**5 años**	**X**	**16.75%**		**0%**		**0%**
CASO 5	**7 AÑOS**	**5 años**	**2 años**		**0%**	**X**	**16.5%**		**0%**
CASO 6	**7 AÑOS**	**1 año**	**6 años**	**X**	**16.75%**		**0%**		**0%**
TOTAL	**6**			**4**	**67%**	**2**	**33%**	**0**	**0%**

FUENTE : Datos obtenidos de la aplicación y evaluación de la Guía de Portage.
ELABORACION: Rosa María Jiménez Jiménez.

GRÁFICO Nro. 1



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

Podemos observar que en la evaluación inicial que se aplicó a los niños y niñas con Paralisis Cerebral Infantil el 67 % se encuentra en una categoria muy afectado y el 33% en una categoria de afectado, encuanto al desarrollo Psicomotriz.

CASO 1.- En la evaluación inicial que se le realizó a la niña con Parálisis Cerebral infantil, cuya edad cronológica es de 5 años, se evidencia que su motricidad gruesa se halla en una categoría de muy afectado lo que significa que el desarrollo motriz es de 8 meses, cabe mencionar que presentaba dificultad para sentarse por la hipertonía que presenta, se evidencia un retraso psicomotor de más de cuatro años.

CASO 2.- En la evaluación inicial que se le realizó a la niña con Parálisis Cerebral infantil, cuya edad cronológica es de 6 años, se evidencia que su motricidad gruesa se halla en una categoría de muy afectado lo que significa que el desarrollo motriz es de 1 año, por lo que presenta dificultad para pararse por la espasticidad y la falta de equilibrio que presenta, se evidencia un retraso psicomotor de más de cinco años.

CASO 3.- En la evaluación inicial que se le realizó al niño con Parálisis Cerebral infantil, cuya edad cronológica es de 3 años, se evidencia que su motricidad gruesa se halla en una categoría afectado lo que significa que el desarrollo motriz alcanzado es de 1 año y 3 meses, cabe mencionar que presentaba dificultad para caminar por la falta de equilibrio que presenta se evidencia un retraso psicomotor de un año nueve meses.

CASO 4.- En la evaluación inicial que se le realizó a la niña con Parálisis Cerebral infantil, cuya edad cronológica es de 7 años, se evidencia que su motricidad gruesa se halla en una categoría muy afectado lo que significa que el desarrollo motriz alcanzado es de 10 meses, cabe mencionar que presentaba dificultad para pararse por la diplejía que presenta**.** Se evidencia un retraso psicomotor de seis años dos meses.

CASO 5.- En la evaluación inicial que se le realizó al niño con Parálisis Cerebral infantil, cuya edad cronológica es de 7 años, se evidencia que su motricidad gruesa se halla en una categoría afectado lo que significa que, el desarrollo motriz alcanzado es de

5 años, cabe mencionar que presenta dificultad para caminar bien por que tiende a meter las puntas de los pies hacia adentro es decir por el pie equino baro que presenta. Se evidencia un retraso psicomotor de dos años.

CASO 6.- En la evaluación inicial que se le realizó al niño con Parálisis Cerebral infantil, cuya edad cronológica es de 7 años, se evidencia que su motricidad gruesa se halla en una categoría muy afectado lo que significa que el desarrollo motriz alcanzado es de un año, cabe mencionar que tiene dificultad para pararse por la espasticidad y la falta de equilibrio que presenta. Se evidencia un retraso psicomotor de seis años.

RESULTADOS DE LA ENCUESTA PARA LOS PROFESIONALES QUE LABORAN EN EL CENTRO DE REHABILITACION "SENDERO DE ALEGRIA" DE LA CIUDAD DE LOJA.

¿Con una x señale el nivel de psicomotricidad gruesa en la que se encuentran los niños/as con parálisis infantil?

CUADRO Nro. 2

NIVEL DE PSICOMOTRICIDAD GRUESA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Muy afectado	3	75%
Afectado	1	25%
Poco Afectado	0	0%
TOTAL	4	100%

FUENTE: Encuesta aplicada a los profesionales que laboran en el centro de Rehabilitación.
ELABORADO POR: Rosa Maria Jimenez Jimenez.

GRÁFICO Nro. 2

ANÁLISIS: En la presente tabla se puede observar que el 75% de los profesionales encuestados, refiere que los niños y niñas con parálisis cerebral se encuentran en un nivel muy afectado de la psicomotricidad, mientras que en un 25% de los niños y niñas se encuentran en un nivel afectado.

INTERPRETACIÓN: Según Gil y otros mencionan que en la parálisis cerebral la afectación de la Motricidad Gruesa se manifiesta por la presencia de tres síndromes: espástico, atetoide y atáxico.

La espasticidad nos indica la existencia de lesión en el sistema piramidal, este sistema se encarga de los movimientos voluntarios, y su alteración se manifiesta por la pérdida de éstos y aumento del tono muscular, manifestándose este último en el esfuerzo excesivo que debe realizar para ejecutar algún movimiento.

El atetoide o la atetosis se caracterizan por la presencia de movimientos irregulares, lentos y espontáneos. Se localizan sólo en las extremidades o se extienden a todo el cuerpo. Los movimientos son de tipo espasmódico e incontrolado.
La ataxia se define como un trastorno de la coordinación y de la estática. Se observa una importante inestabilidad en el equilibrio, con mal control de la cabeza, del tronco y de la raíz de los miembros. Se mueve lentamente y con cuidado por miedo a la pérdida del equilibrio. Aparecen signos de afectación del cerebelo y de la sensibilidad profunda.

OBJETIVO ESPECIFICO # 2

Elaborar y aplicar un programa de Hipoterapia a niños y niñas con parálisis cerebral infantil de 3 a 7 años de edad, que asisten al centro de rehabilitación “Sendero de Alegría”.

Para cumplir con el segundo objetivo específico se elaboró la Planificación del programa para aplicar la Hipoterapia, a los niños y niñas con parálisis cerebral infantil de 3 a 7 años de edad.

PLANIFICACIÓN DEL PROGRAMA DE HIPOTERAPIA EN LA MOTRICIDAD GRUESA, PARA NIÑOS CON PARÁLISIS CEREBRAL DE TRES A SIETE AÑOS DE EDAD QUE ASISTEN AL CENTRO "SENDERO DE ALEGRÍA" PERIODO MARZO A SEPTIEMBRE 2013.

PLANIFICACIÓN # 1

CASO 1 **EDAD CRONOLÓGICA: 5 Años**

DIAGNÓSTICO	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS
Niña con un desarrollo Psicomotor muy afectado, y el desarrollo Motriz alcanzado es de 8 meses presenta dificultad para sentarse por la espasticidad.	Contribuir al desarrollo psicomotor y lograr que la niña pueda sentarse sin apoyo.	**EJERCICIOS DE AMBIENTACIÓN** Acercamiento y familiarización del paciente con el animal (Toques, acariciar, peinado, alimentación.) Realizar todos los ejercicios con BACK – RIDING. **EJERCICIOS ESPECÍFICOS** Realizar recorrido por la pista. Colocar a la niña en posición de sentado normal al lomo del caballo. Desplazar al caballo despacio por la pista. La niña es ubicada en posición decúbito supino. La niña es ubicada en posición lateral. • Decúbito dorsal • Decúbito ventral • Acariciar al caballo. • Mover las piernas hacia adelante y hacia atrás.	• Caballo • Terapeuta • Paciente • Una manta • Riendas • Sogas • Sonidos ambientales • Música instrumental.

PLANIFICACIÓN # 2

CASO 2 **EDAD CRONOLÓGICA: 6 AÑOS**

DIAGNÓSTICO	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS
Niña con un desarrollo Psicomotor muy afectado. Desarrollo Motriz: es de 1 año. Presenta dificultad para pararse y mantener el equilibrio por la espasticidad.	Contribuir al desarrollo psicomotor y lograr que la niña consiga pararse y mantenerse sin apoyo.	**EJERCICIOS DE AMBIENTACIÓN** Acercamiento y familiarización del paciente con el animal (Toques, acariciar, peinado, alimentación.) Se coloca a la niña de espaldas sentado al lomo del caballo. Se coloca a la niña en posición de cubito prono. Recostar a la niña de espaldas. Colocar a la niña en decúbito supino. Ejercicios Específicos Mediante una canción se gira al caballo en círculo. Realizar ejercicios con los brazos, Brazos arriba y brazos abajo. Recostado de espaldas toca con la mano derecha la pierna izquierda del caballo.	• Caballo • Terapeuta • Paciente • Una manta • Riendas • Sogas • Sonidos ambientales • Música instrumental. • Canciones • Cuentos

PLANIFICACIÓN # 3

CASO 3 **EDAD CRONOLÓGICA: 3 AÑOS**

DIAGNÓSTICO	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS
El niño presenta un desarrollo Psicomotor: Afectado y un Desarrollo Motriz: de un año 3 meses .El niño tiene dificultad para caminar por la falta de equilibrio que presenta.	Contribuir al desarrollo psicomotor y lograr que el niño consiga pararse y mantenerse sin apoyo.	**EJERCICIOS DE AMBIENTACIÓN** Acercamiento y familiarización del paciente con el animal (Toques, acariciar, peinado, alimentación.) Se realizara la monta con desplazamiento al paso Adoptando diferentes posturas con ayuda del terapeuta. Sentado en posición jinete. Acostado horizontal boca arriba y boca abajo. **EJERCICIOS ESPECÍFICOS** • Tocando al caballo • Acariciando al caballo. • Subir y bajar los hombros lateralmente. • Inclinar la cabeza hacia adelante y hacia atrás • Extender los brazos hacia adelante y hacia atrás.	• Caballo • Terapeuta • paciente • Una manta • Riendas • Sogas • Sonidos ambientales • Música instrumental. • Canciones • Cuentos

PLANIFICACIÓN # 4

CASO 4 **EDAD CRONOLÓGICA: 7 AÑOS**

DIAGNÓSTICO	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS
Niña con un desarrollo Psicomotor muy afectado, Y un desarrollo motriz de 10 meses. Presenta dificultad para pararse por la diplejía que presenta.	Contribuir al desarrollo psicomotor y lograr que la niña logre pararse sin dificultad.	**EJERCICIOS DE AMBIENTACIÓN** Acercamiento y familiarización del paciente con el animal (Toques, acariciar, peinado, alimentación.) Sentar a la paciente en postura correcta, de cubito prono. Sentado lateral. Sentado al revés. **EJERCICIOS ESPECÍFICOS** Rotación alternada de los brazos extendidos hacia adelante y hacia atrás. Tocar las puntas de los pies lateralmente. Rotar el tronco hacia la derecha e izquierda tocando la grupa del caballo. Recostar el tronco hacia adelante con los brazos en péndulo sobre el cuello del caballo, ladeando la cabeza de un lado al otro.	• Caballo • Terapeuta • paciente • Una manta • Riendas • Sogas • Sonidos ambientales • Música instrumental.

PLANIFICACIÓN # 5

CASO 5 **EDAD CRONOLÓGICA: 7 AÑOS**

DIAGNÓSTICO	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS
Niño con un desarrollo Psicomotor afectado, y un Desarrollo Motriz de 5 años. Y dificultad para caminar.	Contribuir al desarrollo psicomotor y lograr que el niño logre caminar bien.	**EJERCICIOS DE AMBIENTACIÓN** Acercamiento y familiarización del paciente con el animal (toques , caricias, peinado, alimentación Sentar al niño en sentado normal Sentar al niño de cubito prono. Sentado lateral. Acostado horizontal boca arriba y boca abajo. **EJERCICIOS ESPECÍFICOS** En posición de back – riding realizar disociación de cintura, en decúbito supino de forma trasversal a la grupa del callo desplazarse lentamente Mover las piernas hacia adelante y atrás.	• Caballo • Terapeuta • Paciente • Una manta • Riendas • Sogas • Sonidos ambientales • Música instrumental.

PLANIFICACIÓN # 6

CASO 6 **EDAD CRONOLÓGICA: 7 AÑOS**

DIAGNÓSTICO	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS
Niño con un desarrollo Psicomotor muy afectado y un Desarrollo Motriz: de un año el niño presenta dificultad para pararse por la espasticidad y la falta de equilibrio que presenta.	Contribuir al desarrollo psicomotor del niño para disminuir la espasticidad recuperar el equilibrio con el propósito de que el paciente logre pararse sin dificultad.	**EJERCICIOS DE AMBIENTACIÓN** Acercamiento y familiarización del paciente con el animal (toques, caricias, peinado, alimentación Sentar al niño en posición jinete. Sentar al niño de cubito prono. Sentado al revés Sentado lateral. **EJERCICIOS ESPECÍFICOS** Extender los brazos hacia adelante. Extender los brazos hacia arriba. Subir y bajar los hombros alternadamente. Girar los miembros superiores alternadamente.	• Caballo • Terapeuta • paciente • Una manta • Riendas • Sogas • Sonidos ambientales • Música instrumental.

OBJETIVO ESPECÍFICO # 3

Evaluar los avances obtenidos luego de la aplicación de la Hipoterapia a los niños y niñas con parálisis cerebral infantil de tres a siete años de edad que asisten al centro de rehabilitación "Sedero de Alegría"

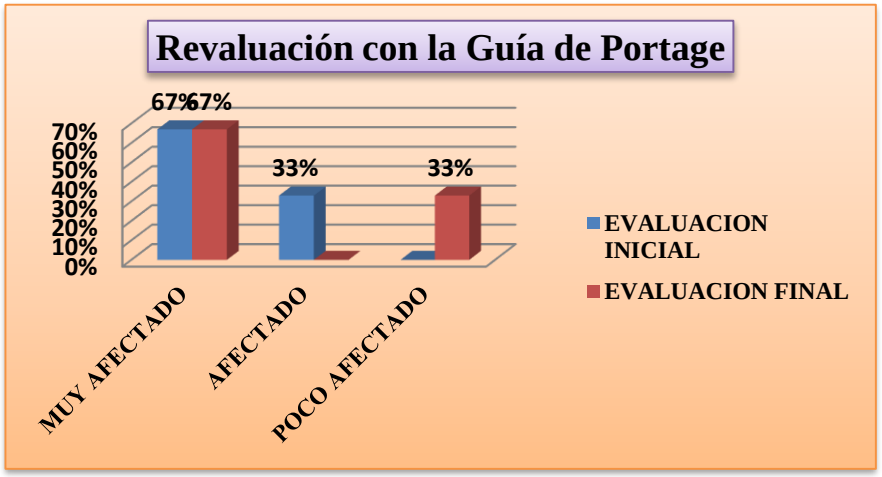
Para cumplir con el tercer objetivo específico se reevaluó con la guía de Portage, a los niños y niñas con parálisis cerebral infantil de 3 a 7 años de edad.

CUADRO NRO. 3: REEVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTRIZ

CASOS	EDAD CRONOLÓGICA	DESARROLLO MOTOR EVALUACIÓN INICIAL						DESARROLLO MOTOR EVALUACIÓN FINAL					
		MUY AFECTADO		**AFECTADO**		**POCO AFECTADO**		**MUY AFECTADO**		**AFECTADO**		**POCO AFECTADO**	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
CASO 1	5 AÑOS	X	16,6					X	16.6				
CASO 2	6 AÑOS	X	16.6					X	16.6				
CASO 3	**3 AÑOS**			**X**	**16.6**							**X**	**16.6**
CASO 4	7 AÑOS	X	16.6					X	16.6				
CASO 5	**7 AÑOS**			**X**	**16.6**							**X**	**16.6**
CASO 6	7 AÑOS	X	16.6					X	16.6				
TOTAL		4	67%	2	33%	0	0%	4	67%	0	0%	2	33 %

FUENTE : Datos obtenidos de la aplicación y Reevaluación de la Guía de Portage
ELABORACION: Rosa María Jiménez Jiménez.

GRÁFICO Nro. 3



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En la Evaluación Inicial de la guía de Portage se pudo observar que 4 casos se encontraban en un nivel de muy afectado que corresponden al 67%, mientras que 2 casos correspondientes al 33% se encontraban en afectados, luego de haber aplicado la Hipoterapia como terapia integral en los niños con Parálisis Cerebral Infantil, y de haber aprovechado los movimientos tridimensionales y calor del caballo, estimulando los músculos y articulaciones, y los niveles cognitivos, comunicativos y de personalidad, hemos obtenido los siguientes resultados en la Evaluación Final con la Guía de Portage: los 4 casos aún se encuentran en un nivel de muy afectado correspondiente al 67% , los 2 casos pertenecientes al 33% que se encontraban en afectados pasaron a ubicarse en poco afectados.

CASO 1.- En la evaluación final de Hipoterapia que se aplicó a la niña con Parálisis Cerebral infantil, cuya edad cronológica es de 5 años, el desarrollo psicomotor aún está muy afectado y el desarrollo motriz alcanzado es de 8 meses, cabe mencionar que presentaba dificultad para sentarse por la rigidez que presenta. Por lo que no mejoro luego de la aplicación de Hipoterapia.

CASO 2.- En la evaluación final de Hipoterapia que se aplicó a la niña con Parálisis Cerebral infantil, cuya edad cronológica es de 6 años, el desarrollo psicomotor aún es muy afectado y el desarrollo motriz alcanzado es de 1 año, por lo que presenta dificultades para pararse por la rigidez y la falta de equilibrio que presenta. Por lo que no mejoro luego de la aplicación de Hipoterapia.

CASO 3.- En la evaluación final que se aplicó al niño con Parálisis Cerebral infantil, cuya edad cronológica es de 3 años, el desarrollo psicomotor es poco alcanzado luego de la aplicación de la Hipoterapia, es decir de afectado paso a poco afectado y el desarrollo motriz alcanzado es de 1 año, cabe mencionar que su rehabilitación con la Hipoterapia el niño puede caminar con menos dificultad.

CASO 4.- En la evaluación final que se le aplico a la niña con Parálisis Cerebral infantil, cuya edad cronológica es de 7 años, el desarrollo psicomotor aún es muy afectado y el desarrollo motriz alcanzado es de 10 meses, cabe mencionar que presenta dificultad para pararse por la diplejía que presenta. Por lo que no mejoro luego de la aplicación de Hipoterapia.

CASO 5.- En la evaluación final que se le aplico al niño con Parálisis Cerebral infantil, cuya edad cronológica es de 7 años, el desarrollo psicomotor es poco alcanzado luego de la aplicación de la Hipoterapia, es decir que de afectado paso a poco afectado y el desarrollo motriz alcanzado es de 4 años; cabe mencionar que a pesar de su rehabilitación con la Hipoterapia el niño aun presenta dificultad para caminar, por el pie equino varo.

CASO 6.- En la evaluación final que se le aplico al niño con Parálisis Cerebral infantil, cuya edad cronológica es de 7 años, el desarrollo psicomotor es muy afectado y el desarrollo motriz alcanzado es de un año, cabe mencionar que tiene dificultad para pararse por la espasticidad y la falta de equilibrio que presenta. Por lo que no mejoro luego de la aplicación de Hipoterapia.

ENCUESTA PARA LOS PROFESIONALES QUE LABORAN EN EL CENTRO DE REHABILITACIÓN "SENDERO DE ALEGRÍA" DE LA CIUDAD DE LOJA.

¿Con la aplicación de la Hipoterapia que aspectos han mejorado en los niño/as con Parálisis Cerebral Infantil?

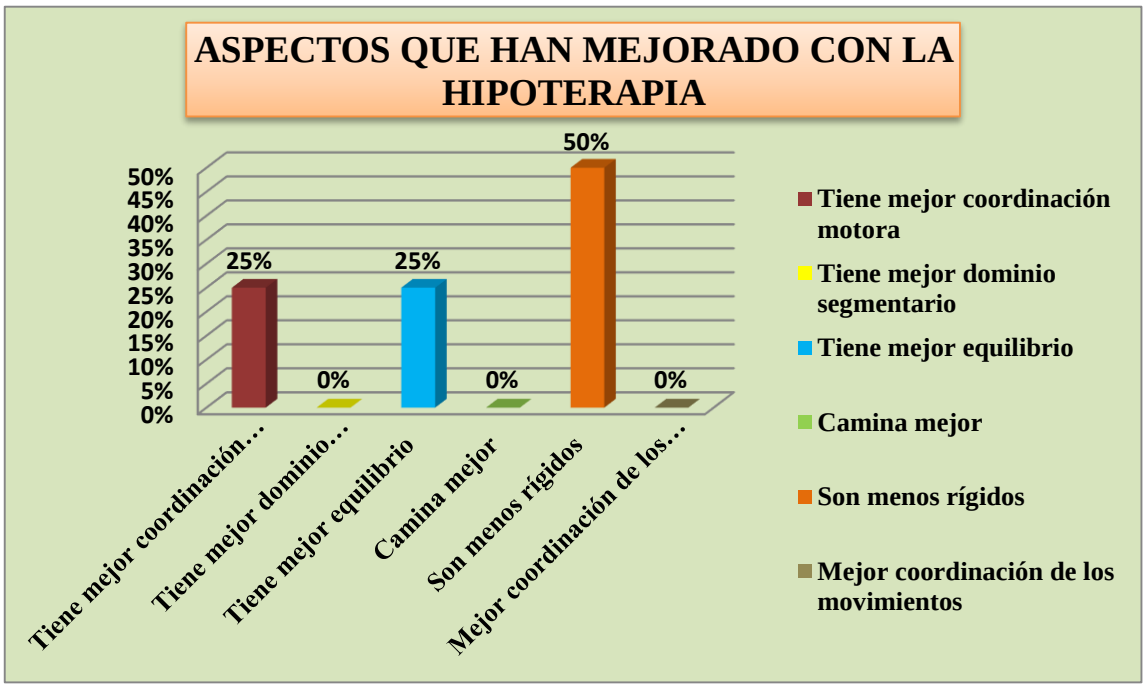
CUADRO Nro. 4

RESULTADOS DE LA ENCUESTA APLICADA A LOS PROFESIONALES DEL CENTRO "SENDERO DE ALEGRÍA"

ASPECTOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Mejor coordinación motora	1	25%
Mejor dominio segmentario	0	0%
Mejor equilibrio	1	25%
Camina mejor	0	0%
Disminución de la rigidez	2	50%
Mejor coordinación de los movimientos	0	0%
TOTAL	4	100%

FUENTE: Encuesta aplicada a los profesionales que laboran en el centro de Rehabilitación.
ELABORADO POR: Rosa Maria Jimenez Jimenez

GRÁFICO Nro. 4



ANÁLISIS: En la presente tabla el 50% de los profesionales encuestados, refiere que los niños y niñas con parálisis cerebral son menos rígidos, el 25% manifiestan que tienen mejor coordinación motora y otro 25% refieren que tienen mejor equilibrio.

INTERPRETACIÓN: Según Ronald Wilkins, director de la Fundación Chilena de Hipoterapia, La Hipoterapia entrega al paciente, según su edad y condiciones, la posibilidad de desarrollar la secuencia de maduración neurológica, favoreciendo las reacciones neuromotrices básicas y la estimulación no sólo en los ámbitos motor y sensorial sino también en el área emocional y social. En general, los beneficios son: la estabilidad del tronco y la cabeza, la disminución de la ansiedad y los temores personales, el fomento de la confianza y la concentración, el control del equilibrio y la coordinación psicomotriz, el incremento de la interacción social y la amistad, el aumento de la capacidad de adaptación, el enriquecimiento del vocabulario, desarrollo de la memoria, el respeto y el amor hacia los animales y el fortalecimiento de la musculatura.

h. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

OBJETIVO ESPECÍFICO # 1

Diagnosticar la psicomotricidad gruesa de los niños y niñas con Parálisis Cerebral infantil de 3 a 7 años de edad, asisten al centro de Rehabilitación "Sendero de Alegría" Para cumplir con el primer objetivo específico se aplicó la Guía de Portage.

Discusión: Se diagnosticó la psicomotricidad gruesa de los niños y niñas con parálisis cerebral infantil mediante la aplicación de la evaluación inicial y se calificó con la guía de Portage, de la que se pudo determinar que el 67% se encuentran en un nivel muy afectado, lo que significa que presentaban dificultades en cuento al desarrollo psicomotor: mientras que el 33% se encuentran en un nivel afectado, con características como: muy rígidos, espásticos e hipertónicos, con diferentes dificultades como: dificultad para el control de la cabeza, para gatear, para pararse, para sentarse, para coger objetos, para caminar bien, para controlar los músculos del cuerpo; para poder jugar de la manera que lo hace la mayoría de los niños, para la alimentación y para el aprendizaje.

OBJETIVO ESPECÍFICO # 2

Elaborar y aplicar un programa de Hipoterapia a niños y niñas con parálisis cerebral infantil de 3 a 7 años de edad, que asisten al centro de rehabilitación "Sendero de Alegría".

Para cumplir con el segundo objetivo específico se elaboró la Planificación para aplicar la Hipoterapia, a los niños y niñas con parálisis cerebral infantil de 3 a 7 años de edad.

Se elaboró una Planificación Estructurada y organizada del Programa de Hipoterapia en la motricidad gruesa, para niños con parálisis cerebral de tres a siete años de edad, se tomó en cuenta la edad cronológica de cada caso, diagnostico, objetivo, actividades y recursos. Además en el diagnostico se tomó en cuenta el desarrollo psicomotor, en los

cuales 4 niños el desarrollo psicomotores son muy afectado y solo 2 son afectados, este programa se aplicó según la dificultad y la necesidad que presentaba cada niño, así mismo basándose en el objetivo planteado para cada uno de los casos. En cuanto a las actividades en la aplicación de ejercicios específicos para cada uno de los casos, para ello fue fundamental la intervención como todo el equipo terapéutico.

Es muy importante conocer el diagnostico de los casos con el objetivo de contribuir al desarrollo psicomotor y conseguir que cada uno de niños puedan superar en algo la dificultad que presentan aplicando los ejercicios de ambientación y específicos para cada caso y según la necesidad.

OBJETIVO ESPECÍFICO # 3

Evaluar los avances obtenidos luego de la aplicación de la Hipoterapia a los niños y niñas con parálisis cerebral infantil de tres a siete años de edad que asisten al centro de rehabilitación "Sedero de Alegría"

Para cumplir con el tercer objetivo específico se reevaluó con la guía de Portage, a los niños y niñas con parálisis cerebral infantil de 3 a 7 años de edad.

Para evaluar el desarrollo psicomotor de los niños y niñas con parálisis cerebral infantil de 3 a 7 años de edad se aplicó la Evaluación Final tomando en cuenta la Guía de Portage, en base a los niveles de: muy afectado, afectado y poco afectado, cabe mencionar que se realizó un estudio comparativo entre la Evaluación Inicial y la Evaluación Final en donde 4 niños permanecen con un nivel de desarrollo motriz como: muy afectado que representa el 67%, mientras que dos permanecían en un nivel de desarrollo afectado pasaron a un nivel de desarrollo motor poco afectado que representa el 33%.

i. CONCLUSIONES.

1. El 67% de los niños y niñas con parálisis cerebral infantil presentan un nivel de psicomotricidad muy afectado y el 33% un nivel de psicomotricidad afectado, según la guía de Portage, lo que evidencia retraso hasta 4 años en el desarrollo psicomotor.

2. Se elaboró y se aplicó la planificación organizada y personalizada de la Hipoterapia de los niños y niñas con Parálisis Cerebral Infantil de 3 a 7 años de edad.

3. La aplicación de la Hipoterapia ha permitido que el 33% de niños y niñas, que se encontraban en un nivel motriz de afectado pasen a un nivel poco afectado, mientras que el 67% de los niños y niñas que se encontraban en un nivel motriz muy afectado continúan en el mismo nivel muy afectado.

j. RECOMENDACIONES.

- Se recomienda al Centro de Rehabilitación “Sendero de Alegría”, continuar con la utilización de la Hipoterapia como una política Institucional, por cuanto se logra beneficios en la Psicomotricidad Gruesa de los niños y niñas.

- Se recomienda al Centro de Rehabilitación “Sendero de Alegría”, y sus profesionales, elaborar programas de Hipoterapia individuales acordes a las necesidades de los niños y niñas con Parálisis Cerebral Infantil.

- Se recomienda a las autoridades del Centro realizar talleres para los padres con temáticas de motivación y beneficios de la Hipoterapia, para que de esta manera mejore la asistencia y dedicación a las terapias para conseguir un mejor desarrollo de la Psicomotricidad Gruesa.

k. BIBLIOGRAFÍA.

- Adams, D.L. DL. Animal-assisted enhancement of speech therapy: A case study. Anthrozoos. (2007), pags. 53-56.
- Angarita, G., Santos, A., Sánchez, M. (2004). Efectos de la hipoterapia y la monta terapéutica sobre el tono, el equilibrio y la flexibilidad en niños con insuficiencia motora de origen cerebral "IMOC" en Asdesilla-Sabaneta.
- Barba BE, The positive influence of animals: Animal-assisted therapy in acute care. Clin Nurse Spec, (2009-2012).
- Bax MCO, Goldstein M, Rosenbaum P, Leviton A, Paneth N. Proposed definition and classification of cerebral palsy, april 2005. pags. 571-576.
- Benjumea Pérez, Bax MCO, Goldstein M, Rosenbaum P, Leviton A, Paneth N. Proposed definition and classification of cerebral palsy, april 2005.
- Berruezo P. Pedro, "El cuerpo, el desarrollo y la Psicomotricidad", Psicomotricidad; revista de estudio y experiencia, No. 49, vol. 1, pág. 15-26, 2006.
- Cerebral Palsy, "Information`s guide for parents", Australia, first edition 1989 and second edition 2007.
- Craig J. Grace, "Desarrollo Psicológico", México, Prentice – Hall Hispanoamérica S.A., séptima edición, capítulo 5, pág. 156, año 2007.
- Fazzi E, Maraucci I, Torrielli S, Motta F, Lanzi G. Factors predicting the efficacy of botulinum toxin-A treatment of the lower limb in children with cerebral palsy. J Child Neurol 2005.
- García Navarro, M.E., Maragoto Rizo C., Marín Hernández T., Sarduy Sánchez I., y Tacoronte Morales M. (2003). Afectación del desarrollo psicomotor y respuesta al tratamiento en la parálisis cerebral espástica [versión electrónica]. Rev MexNeuroci 2003; pags. 421-426.
- Haskin MR, Erdman WJ 2nd, Bream J, MacAvoy CG. :"Therapeutic horseback riding for the handicapped". (2007-2008), pags. 147-158.
- Lázaro L. Alfonso, "El Equilibrio humano: un fenómeno complejo", Desmensehliche Gleichgewicht: EinKomplexes Phänoman. Motorick, vol. 2, pág. 80-86, 2010.
- Linder-Lucht M, Kirschner J, Herrmann J. Why do children with cerebral palsy discontinue therapy with botulinum toxin A. Dev Med Child Neurol 2006.
- Madrigal, A. (s.f.). La Parálisis Cerebral. Observatorio de la discapacidad Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).

- Montessori María, Federación Provincial de Asociaciones de Minusválidos Físicos y Orgánicos de Córdoba, (2011).
- Molina G. Santiago, “Enciclopedia Temática de Educación Especial”, Madrid, CEPE S.A., Tomo 1, Tomo 2, Tomo 3, 2006.
- Morris C. Definition and classification of cerebral palsy: a historical prspective. Dev Med Child Neurol 2007.
- Muñoz Blanca (Marzo 2005) Presidenta de la Asociación Mexicana de Equitación Terapéutica.
- Palisano, Rosembaum, Walter, Russell, Wood y Galuppi (2010), Gross Motor Function
- PerezAlvarez Luis, Dr. Juan Rodríguez Meso, Dra. NiurkaRodriguez Castellano. La equinoterapia en el tratamiento de la discapacidad infantil, Archivo Medico Camaguey 2008.
- Póo P, Campistol. J. Parálisis cerebral infantil. En: Cruz M et al (eds.) Tratado de Pediatría. 9ª edición. Madrid: Ergon, 2006.
- Reference and Training Manual of Surveillance of Cerebral Palsy in Europe (SCPE) (2010)
- Rosembaum, Paneth, Levinton, Goldstein y Bax, (2011).
- Schwartz, Miller, J.H. S., & Miller, J.H. (1988). The new language of toys: Teaching communication skills to children with special needs. Bethesda, MD: WoodbineHouse. (2008).
- SormuneAnnina M., Verkkonen Hanna E., “La Hipoterapia como Estrategia Educativa en el Desarrollo Socio Afectivo de los Alumnos con Retardo Mental”, Quito – Ecuador, 2011.
- Uribe, Restrepo y Berbesi, Revista CES Salud Pública ISSN 2145-9932, Volumen 3, Número 1, Enero-Junio 2012, pág. 4-10.
- Vejarano, G. (2005). Apuntes de Metodología de la Investigación. Quito-Ecuador.
- Wojciech K, Wojciech S, Bozena K etal.Spastic Cerebral Palsy: clinical / MagneticResonance Imaging correlation of 129 Children. J Child Neurol 2007.
- Yelin, B. (1997). Diagnóstico temprano de la parálisis cerebral. Revista de neurología, 1997; pags 725-727.
- Zausmer, Elizabeth, Estimulación del desarrollo de la motricidad gruesa, (2002 Página 111).

WEBGRAFÍA

- http://www.terra.es/personal/psicomot/index.html
- http://wwwglobalranch.com/home/webservice.asp Berruezo P. Pedro, "El cuerpo, el desarrollo y la Psicomotricidad",
- http://caballospastoreo.galeon.com/productos842262.html
- http://centrohipoterapia. galeon.com/whatisit.htm
- http://daniel-higa-alquicira.suite101.net/la-monta-terapeutica-el-poder-curativo-de-los-caballos-a26742
- http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2005/dorr_a/sources/dorr_a.pdf
- http://es.wikipedia.org/wiki/Fisioterapia
- http://www.fisio-sport.com/pags/Quees.htm
- http://es.wikipedia.org/wiki/Desarrollo_de_las_extremidades Equino terapia
- http://es.wikipedia.org/wiki/Concepto_Bobath
- http://www.establoterapeutico.org/system/contenido.php?id_cat=19
- http://www.fundacion-amen.org/material_didactico.php
- http://www.agapetraining.com/PDFs/REVISTA4-7/Nm0036-06.pdf
- http://www.aspace.org/NR/rdonlyres/00002bf7/pvgvmntzlvgnvdjcyvflgswdbzikucoc/LaParálisisCerebral.pdf
- http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacionequino/rehabilitacion_ecuestre_e_hiperactividad.pdf
- http://www.hipoterapia.cl/hipo/2.html
- http://es.wikipedia.org/wiki/Parálisis_cerebral
- http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitaciontemprana/diagnostico_temprano_de_la_pc.pdf.
- http://www.medynet.com/elmedico/publicaciones/ctrosalud2002/3/143-149.pdf
- http://www.emedicine.com/neuro/topic533.htm.
- http://www.cadenagramonte.cubaweb.cu/proyecto_esperanza/articulos/equinoterapia_en_discapacidad.htm
- http://www.lasalle.edu.pe/dlsalle/images/PDF/2012/bolet%EDnmotgruesa.pdf
- http://www.slideshare.net/lorenaguanochanga/motricidad-gruesa-27756507

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

Área de la educación El arte y la Comunicación

CARRERA DE PSICOREHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL

TEMA:

"LA HIPOTERAPIA EN LA MOTRICIDAD GRUESA DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 7 AÑOS DE EDAD CON PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL, QUE ASISTEN AL CENTRO DE REHABILITACIÓN "SENDERO DE ALEGRÍA"LOJA, PERIODO MARZO-SEPTIEMBRE 2013"

PROYECTO DE TESIS PREVIO A OPTAR POR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOREHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL.

AUTORA:

Rosa María Jiménez Jiménez .

LOJA – ECUADOR

2013

a. TEMA:

"**LA HIPOTERAPIA EN LA MOTRICIDAD GRUESA DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 7 AÑOS DE EDAD CON PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL, QUE ASISTEN AL CENTRO DE REHABILITACIÓN "SENDERO DE ALEGRÍA" PERIODO MARZO-SEPTIEMBRE 2013"**

b. PROBLEMÁTICA

La Hipoterapia es una actividad terapéutica, rehabilitadora, reconocida en todo el mundo; consiste en aprovechar los movimientos tridimensionales del caballo para estimular los músculos y articulaciones. Además, el contacto con el caballo, aporta facetas terapéuticas a niveles cognitivos, comunicativos y de personalidad.

Esta terapia se emplea de forma sistemática desde los años 50 - 60, aunque sus ventajas se conocen desde tiempos muy antiguos. Es un tratamiento que usa el movimiento multidimensional del caballo para tratar diferentes tipos de afecciones. Como el entrenamiento especial físico, que se puede usar terapéuticamente como tratamiento médico, para pacientes con diferentes tipos de disfunciones.

En los distintos centros que existen en el mundo dedicados a la Hipoterapia o equitación terapéutica, se emplean diferentes procedimientos en la aplicación y formas de enfocar esta forma de rehabilitación. Desde la Hipoterapia clásica en Europa, que refleja el modelo alemán, muy extendido desde 1.960, donde es fundamentalmente el movimiento del caballo y la respuesta del paciente, lo que constituye el tratamiento; son muchos los centros de Equitación Terapéutica que hay en países como Francia, Inglaterra, Chile, Polonia y España. En Venezuela esta técnica la está llevando a cabo el Centro de Hipoterapia Fundación María Riveros el cual funciona en la ciudad de Valencia desde junio de 1998, siendo el segundo centro de su tipo en Sudamérica, colocando al país y la región dentro de la vanguardia latinoamericana en la aplicación de nuevas técnicas de rehabilitación; lo importante de esta terapia, es que el paciente, actúa pasivamente en respuesta al movimiento del caballo que le influencia; el terapeuta debe analizar la respuesta del paciente y ajustar la manera en la que debe moverse el caballo. Sin embargo, otros efectos tienen lugar en la respiración, conocimiento y habla. Por ejemplo, si el tratamiento pretende como meta, fortalecer los músculos del tronco y afecta positivamente la postura del paciente, la respiración y el habla mejoran debido al aumento de la fuerza en el tronco. Estos cambios ocurren sin

haberlos buscado, esto es la belleza del caballo. En EEUU y otros países americanos, se añaden elementos lúdicos y se organizan pequeñas exhibiciones de habilidades adquiridas en los tratamientos.

En el Ecuador el Gobierno Autónomo Descentralizado "GAD" Municipal del Cantón Durán, empezó el programa de Hipoterapia desde el año 2004 con la Administración de la Señora Mariana Mendieta de Narváez y el apoyo de la Asociación de Ganaderos del Guayas, la actual administración precedida por el Econ. Dalton Narváez Mendieta continua el proyecto, el mismo que ha sido expuesto como iniciativa propia, y como ejemplo para otros cantones del Ecuador, capacitando a los funcionarios del Cantón de Santo Domingo de la provincia del Mismo nombre y al Gobierno Provincial del Guayas y puesto en marcha en el extranjero a través de una invitación para capacitar y dictar una conferencia de lo que es la Hipoterapia en los Estados Unidos Mexicano en la ciudad de Teziutlán, Puebla, México; En los años 2000 y 2001 la fundación Orión realizó 12 seminarios talleres en tomo a la problemática de las discapacidades sobre Hipoterapia y rehabilitación integral basada en la Hipoterapia con terapias convencionales y alternativas en siete ciudades del Ecuador.

En la ciudad de Loja, existen algunos centros, que emplean la Hipoterapia como tratamiento alternativo para rehabilitar a personas con discapacidades, como afecciones físicas, psíquicas, enfermedades crónicas y neurodegenerativas, que reduzcan, limiten o impidan la total funcionalidad de la persona; tratamiento que lo realizan con el fin de conseguir un mayor grado de Bienestar psicológico, mejorar las habilidades comunicativas, de relación, la capacidad de atención y de concentración, reducir la ansiedad, el estrés, controlar las emociones, elevar la autoestima, potenciar la confianza en uno mismo, implantar habilidades sociales, romper el aislamiento social, instaurar un nuevo marco de desarrollo personal, reducir la tensión muscular, aumentar la autoconciencia corporal y la relajación. Pero aún no existe una investigación relacionada con el tema propuesto.

En el Centro “Sendero de Alegría”, existen dieciocho usuarios de los cuales seis niños/as padecen de parálisis cerebral infantil entre las edades de tres a siete años de edad, es decir el 40%, de los niños que asisten al centro sufren de parálisis cerebral infantil presentado una autoestima baja, problemas o alteraciones en el lenguaje, audición, de aprendizaje y problemas visuales, la mayoría de los niños presenta problemas motores como: Movimientos involuntarios, lentos, torpes, rigidez , debilidad todo esto es debido al tipo de parálisis cerebral que presenten estos niños son Hemipléjicos, Dipléjicos, Tetrapléjicos, Atetóxicos, Atáxicos y Mixtos, es por eso que el presente proyecto me he propuesto investigar .

¿DE QUÉ MANERA INFLUYE LA HIPOTERAPIA EN LA PSICOMOTRICIDAD GRUESA DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DE TRES A SIETE AÑOS DE EDAD CON PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL QUE ASISTEN AL CENTRO DE REHABILITACIÓN “SENDERO DE ALEGRÍA” DURANTE EL PERIODO MARZO DEL 2012 A SEPTIEMBRE 2013?

c. JUSTIFICACIÓN.

El presente trabajo posee su justificación académica, dentro del proceso de enseñanza aprendizaje, que exige la Universidad Nacional de Loja. Busca vincular la investigación científica con una realidad social.El presente proyecto representa la oportunidad de poner en práctica los conocimientos y experiencias adquiridas durante nuestra formación pre-profesionales en la carrera de Psicorrehabilitación y Educación Especial; planteando una posible solución, la influencia de la Hipoterapia en la psicomotricidad gruesa de los niños y niñas con parálisis cerebral infantil que asisten al centro "Sendero de Alegría" de la Ciudad de Loja; de tal manera que ayude a un mejor desenvolvimiento en la sociedad y a la vez ayudando a la rehabilitación de estos niños y niñas para que puedan tener una mejor calidad de vida, con sus familias y así poder ser insertados en la sociedad, sin discriminación alguna tomando en cuenta los derechos que tienen las personas con capacidades diferentes.

Se justifica por la necesidad de generar una seguridad en el desarrollo de la psicomotricidad de los niños, niñas que padecen de parálisis cerebral infantil los mismos que necesitan de la atención de las instituciones públicas como privadas, así como de su familia y medio social, por medio de programas permanentes de rehabilitación.

Se justifica además por la necesidad de generar un diseño para elaborar cuidados y tensiones no solo dentro del centro, sino fuera de los mismos en el entorno familiar y social a fin de desarrollar su función psicomotora.

La Psicorrehabilitación no solo debe involucrar al niño o niña, sino a su familia y su entorno social puesto que, cada caso debe ser atendido de forma individual, generando un marco de afectividad emocional que relacione su mundo musical, matemático, espacial, lingüístico, visual, etc., con una inteligencia interpersonal que le permita desplegarse en toda su individualidad, con otras visiones de mundo, con otros niveles de desarrollo y con otras sensibilidades y habilidades.

La finalidad de este proyecto es la divulgación y realización de terapias de rehabilitación e integración de personas, asistidas por caballos, tanto en el tratamiento de discapacidades, como de afecciones físicas, psíquicas, enfermedades crónicas y neurodegenerativas, que reduzcan, limiten o impidan la total funcionalidad de la persona; con el fin de conseguir un mayor grado de Bienestar psicológico, mejorar las habilidades comunicativas, de relación, la capacidad de atención y de concentración, reducir la ansiedad, el estrés, controlar las emociones, elevar la autoestima, potenciar la confianza en uno mismo, implantar habilidades sociales, romper el aislamiento social, instaurar un nuevo marco de desarrollo personal, reducir la tensión muscular, aumentar la autoconciencia corporal y la relajación con el objetivo de conocer cómo influye la Hipoterapia y como ayuda al desarrollo psicomotor de los niños con paralipsis cerebral , así poder ayudar a mejorar de alguna manera la independencia y la calidad de vida de los niños y niñas que asisten diariamente a este centro de rehabilitación.

Es por tal motivo que la presente investigación se justifica por las siguientes razones:

En el campo Institucional: Como estudiante de la Universidad Nacional de Loja de la Carrera de Psicorrehabilitación y Educación Especial, una institución llamada a desarrollar la ciencia mediante la investigación socio educativo como actividad inherente a la práctica profesional en el ámbito educativo y por lo mismo guarda una estrecha relación con todos los componentes disciplinaros de la carrera de Psicorrehabilitación.

En el campo Académico: Debo manifestar como estudiante del módulo VIII paralelo “A” de la Carrera de Psicorrehabilitación y Educación Especial se ha creído conveniente la realización de la presente investigación por formar parte de mi formación académica la cual permitirá vincular la teoría con lo práctico lo cual ayudará a mi formación profesional. Es por eso que a través del presente proyecto,

me permitirá llegar a elaborar nuevos conocimientos utilizando un conjunto de pasos organizados y especializados, por ende está orientada a buscar medidas de solución frente a los distintos tipos de problemas que se originan en nuestra sociedad.

En el campo Profesional: Permitirá adquirir nuevos conocimientos y de esta manera abandonar el proceso tradicionalista y se convierta en un espacio académico activo, participativo, práctico, para adquirir conocimientos, destrezas y habilidades para mi práctica profesional.

Este tema es sumamente significativo ya que hay falta de información sobre este fenómeno de suma importancia como es dar la Psicorrehabilitación adecuada a los niños y niñas de tres a siete años con problemas de parálisis cerebral con la finalidad que aprendan a manejar su psicomotricidad y poder identificar cuando ocurra reacciones diferentes en el organismo de los niños y niñas menores de siete años por la enfermedad antes mencionada.

En el campo Social: Ya que permite vincularnos con la sociedad y relacionar el conocimiento teórico-práctico. Permitirá formular y aplicar estrategias alternativas de prevención y ayuda psicopedagógica, de esta manera contribuir con la sociedad.

d. OBJETIVOS.

Objetivo general

- Conocer la influencia de la Hipoterapia en la psicomotricidad gruesa de las niñas y niños con Parálisis cerebral infantil de tres a siete años de edad, que asisten al centro de Rehabilitación "Sendero de Alegría" durante el periodo marzo del 2012 a Septiembre 2013"

Objetivos específicos.

- Diagnosticar la psicomotricidad gruesa de los niños con Parálisis Cerebral infantil de 3 a 7 años de edad, asisten al centro de Rehabilitación "Sendero de Alegría".

- Elaborar y aplicar un programa de Hipoterapia a niños y niñas con parálisis cerebral infantil de 3 a 7 años de edad, que asisten al centro de rehabilitación "Sendero de Alegría".

- Evaluar los avances obtenidos luego de la aplicación de la Hipoterapia a los niños y niñas con parálisis cerebral infantil de tres a siete años de edad que asisten al centro de rehabilitación "Sedero de Alegría"

ESQUEMA DEL MARCO TEÓRICO

EPIGRAFE I

1. HIPOTERAPIA

1.1 Definición de Hipoterapia.

1.2 Fundamentos de la Hipoterapia.

1.2.1 Movimiento tridimensional y rotativo.

1.2.2 Influencia psicológica y Estimulación Neuro - Sensorial.

1.2.3Terapias alternas a caballo.

1.3 Metodología de la rehabilitación integral de la Hipoterapia:

1.4 Primera fase

1.4.1 Contacto

1.5 Segunda fase

1.5.1 Equinoterapia.

1.6Tercera fase

1.6.1 Aplicación de otras terapias y/o ejercicio

1.7 Beneficios de la Hipoterapia

EPIGRAFE II

2. PSICOMOTRICIDAD GRUESA

2.1 Introducción

2.2 Desarrollo psicomotor del niño.

2.2.1 Motricidad Gruesa

2.3 Elementos de la Psicomotricidad gruesa

2.3.1 Esquema corporal.

2.3.2 Lateralidad.

2.3.3 Respiración

2.3.4Equilibrio

2.3.5 Coordinación.

2.3.6 Orientación Temporal o Espacial.

EPIGRAFE III

3. PARÁLISIS CEREBRAL

3.1 Definición.

3.2 Clasificación de la parálisis cerebral infantil.

3.3 Características de la parálisis cerebral infantil.

3.4 Desarrollo de la psicomotricidad gruesa en niños/as de tres a siete años de edad con parálisis cerebral.

EPIGRAFE IV

4.- LA HIPOTERAPIA EN LA PSICOMOTRICIDAD GRUESA DE NIÑOS, NIÑAS CON PARÁLISIS CEREBRAL.

e. MARCO TEÓRICO.

1. HIPOTERAPIA

1.1 Definición de Hipoterapia.

La Hipoterapia o Equinoterapia es una terapia integral empleada por profesionales de la salud física o mental, para promover la rehabilitación de niños, adolescentes y adultos a nivel neuromuscular, psicológico, cognitivo y social por medio del caballo como herramienta terapéutica. También se puede definir como una técnica terapéutica utilizada para la rehabilitación de pacientes con enfermedades neurodegenerativas y traumatológicas, entre otras patologías, a través del paso cadencias del caballo. La palabra Hipoterapia proviene del griego: Hippos (caballo) y sus beneficios terapéuticos datan del año 460 antes de Cristo donde ya el propio Hipócrates, hablaba del saludable trote de los caballos. Más tarde, en el siglo XVII, la medicina utilizaba la equitación como método para combatir la gota. **Adams, D.L.(2007).**

1.2 Fundamentos de la Hipoterapia.

En las últimas dos décadas la comunidad científica y médica en todo el mundo ha dedicado muchas horas a estudiar la equitación terapéutica, sus beneficios, sus fundamentos y los diversos ejercicios de estimulación que logren la máxima rehabilitación del paciente, a continuación se muestran algunos de los factores que fundamentan la equino terapia. **Haskin (2007-2008).**

1.2.1 Movimiento tridimensional y rotativo.

Observamos que los movimientos de una persona a caballo al paso, son casi idénticos a los de una persona caminando, ambos siguen el mismo patrón de movimiento en la pelvis humana y el tronco, mientras el jinete está sentado al centro de gravedad del caballo, movimiento que estimulan física y neurológicamente las áreas relacionadas con la marcha, en tiempo real y estimula

la integración sensorial. El paso del caballo afecta la pelvis humana y el tronco mientras monta sobre el caballo en movimiento. El movimiento de cadencia del caballo de arriba - abajo debe ser continuo y rítmico. El movimiento lateral debe ser lado a lado con la misma amplitud. La rotación ligera conforme la pata se mueve al ritmo del caminar. La inclinación pélvica será anterior y posterior con una cadencia dependiente de la terapia del jinete.

El caballo debe desplazarse entre 45 y 60 pasos por minuto, generando dos medios ciclos, entrando en resonancia con el ritmo cardiaco, estos movimientos rítmicos transmitir al jinete entre 90 y 120 impulsos dependiendo de la edad del paciente estimulando física y neurológicamente todo el cuerpo humano.

Este proceso de estimulación produce endorfinas (droga de la felicidad) y minimiza la generación de arcanos, lo que favorece la sinapsis neuronal, permite que el cerebro identifique: músculos, miembros, órganos, etc. y principie a mandar instrucciones a éstos, favoreciendo el proceso de habilitación neuro - muscular, ya que en la gran mayoría de los casos el sistema nervioso no se ha percatado de la existencia de estos, o en el caso de daño neurológico la estimulación ecuestre propicia y fortalece la plasticidad cerebral. **Barba BE. (2009-2012).**

Binomio hombre-caballo.

La comunicación que se establece entre el jinete y el caballo está basada en la comunicación primaria que principalmente es afectiva, lo que estimula la autoestima y confianza del paciente, similar a la comunicación materna desde la concepción hasta el primer año de edad.

1.2.2 Influencia psicológica y Estimulación Neuro - Sensorial.

Puesto que las terapias se efectúan fundamentalmente en áreas abiertas y rodeadas de vegetación y existe convivencia familiar y con otros pacientes la terapia representa para el paciente unos momentos de entretenimiento y deporte permitiendo que éste no se sienta realizando una terapia y se obtenga toda su disposición para el aprendizaje, estimulando el cerebro mediante los 5 sentidos, la información propioceptiva y el equilibrio dinámico y estático, incrementamos las sinapsis neuronales de las diversas áreas cerebrales favoreciendo los procesos mentales complejos organizados en sistemas de zonas que trabajan concertadamente.

Estimulación de las moléculas de señalización.

La equitación como deporte estimula las moléculas de señalización, estas derivadas de los aminoácidos que actúan como neuro-transmisores y neuro-moduladores en la sinapsis de las neuronas, en forma muy particular con la catecolamina, serotonina, dopamina, endorfina, noradrenalina y adrenalina, mielinizando las diversas áreas cerebrales, promoviendo la generación de procesos mentales, en especial de facultades mentales superiores, como la fijación de la atención, los mecanismos conscientes, las habilidades cognitivas finas, las que tienen que ver con la relación social y las que controlan la voluntad.

Modificación de la conducta de los padres y familiares.

Mediante la equinoterapia los padres y familiares de los pacientes adquieren un sentido de confianza hacia ellos lo que les permite apoyarlos en su auto dependencia y autoestima y con la ayuda de conferencias de psicólogos y profesionistas o triunfadores con capacidades diferentes, aumentar la confianza hacia el jinete para prepararlo para el futuro, invirtiendo en los familiares el proceso de proteccionismo por el de "Tu puedes".

1.2.3 Terapias alternas a caballo.

Durante el desempeño de la actividad ecuestre y aprovechando su disposición para el aprendizaje, se efectúan actividades recreativas, culturales y ejercicios fisiológicos, kinesiológicos, psicológicos y neurológicos tendientes a mejorar su coordinación, respiración, desarrollo de los sentidos y habilidades del paciente.**Uribe (2012).**

1.3 Metodología de la rehabilitación integral de la Hipo terapia:

1.4 Primera fase

1.4.1 Contacto

El paciente establece contacto con el caballo, llama o burro, los terapistas y los voluntarios, conociendo también el entorno.

1.5 Segunda fase

1.5.1Equinoterapia

El paciente monta a caballo o esta acostado en diferentes posiciones o está sentado junto con un voluntario sobre el caballo.

1.6 Tercera fase

1.6.1 Aplicación de otras terapias y/o ejercicio

Terapias convencionales (fisioterapia, terapia de lenguaje, entre otras), terapias alternativas (teatro terapia, músico terapia, barro terapia, arte terapia, terapias de energía, entre otras) y ejercicios, después de la Hipoterapia.

1.7 Beneficios de la Hipoterapia

- Es un método que hace posible el fortalecimiento de los músculos restaurando la movilidad perdida.
- Mejora el equilibrio y la coordinación.
- Ayuda a resolver problemas emocionales en las personas. Les ayuda en el manejo adecuado de impulsos agresivos, aumenta su autoconfianza, autoestima, la capacidad de adaptación, cooperación y el sentido de responsabilidad; fortalece la atención y concentración mental, así como la capacidad de comunicación.
- Los cambios se notan en muy poco tiempo.
- El hecho de tener el dominio sobre el caballo los hace sentir más decididos, además de disfrutar.
- Produce cambios tanto en personas con discapacidad como en personas que no tienen ninguna afección.
- La terapia se realiza en un lugar abierto, natural; donde se pueden percibir un abanico de sensaciones sonoras, táctiles y visuales, muy favorecedoras para quien toma la terapia. **Montessori, (2011).**

2. PSICOMOTRICIDAD GRUESA

2.1 Introducción.

Primeramente la **motricidad** es la capacidad del hombre y los animales de generar movimientos por sí mismos. La adecuada motricidad implica generar movimiento de manera sincronizada y coordinada entre todas las estructuras que intervienen en el movimiento (Sistema nervioso, órganos de los sentidos, sistema musculo esquelético).

La **sicomotricidad** envuelve la interacción de lo motriz con lo cognitivo, sensitivo y emocional, por ello permite al niño descubrir y expresarse a través de su cuerpo.
Asimismo la **motricidad gruesa** involucra movimientos amplios, relacionados con los cambios de posición del cuerpo y controlar el equilibrio. Mientras la **motricidad fina** supone movimientos más precisos (especialmente los de las manos.) La motricidad gruesa precede a la fina, de allí la importancia de trabajar los músculos grandes antes que los más pequeños.

El término psicomotricidad se divide en dos partes: el motriz y el psiquismo, que constituye en el proceso de desarrollo integral de la persona. La palabra **motriz** se refiere al movimiento, mientras el psiquismo determina la actividad psíquica en dos fases: el socio afectivo y el cognitivo. En otras palabras, en la acción del niño se articula toda su afectividad, todos sus deseos, pero también todas sus posibilidades de comunicación y conceptuación.**ZAUSMER, (2002).**

2.2 Concepto de la psicomotricidad gruesa.

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.

La psicomotricidad así definida desempeña un papel fundamental en el desarrollo armónico de la personalidad. De manera general puede ser entendida como una técnica cuya organización de actividades permite a la persona conocer de manera concreta su ser y su entorno inmediato para actuar de manera adaptada.

2.2.1 Motricidad Gruesa

Hace referencia a movimientos amplios. (Coordinación general y visomotora, tono muscular, equilibrio etc.).

2.2.2 Desarrollo de la motricidad gruesa.

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

PRIMERA FASE: **Del nacimiento hasta los primeros 6 meses.**	**SEGUNDA FASE:** **De los 6 meses a los 4 años**	**TERCERA FASE:** **De los 4 años hasta los 7 años**
Se caracteriza por una dependencia completa de la actividad refleja, especialmente de la succión. Alrededor de los tres meses, el reflejo de succión desaparece debido a los estímulos externos, que incitan el ejercicio y provocan una posibilidad más amplia de acciones y el inicio de los movimientos voluntarios.	Se caracteriza por la organización de las nuevas posibilidades del movimiento. Se observa una movilidad más grande que se integra con la elaboración del espacio y del tiempo. Esta organización sigue estrechamente ligada con la del tono y la maduración	La tercera fase corresponde a la automatización de estas posibilidades motrices que, forman la base necesaria para las futuras adquisiciones.

Específicamente se observan las siguientes adquisiciones en el desarrollo motor:

- ✓ Al cumplir un año de edad se puede mantener de pie durante ratitos pequeños y camina con ayuda.
- ✓ Cuando tiene un año y medio ha conseguido andar y puede subir escalones con ayuda. Toca todo, se agacha y es capaz de levantarse y sentarse sólo en una silla.
- ✓ Cuando tiene 2 años aparece la carrera y puede saltar con los dos pies juntos. Se puede poner en cuclillas, sube y baja las escaleras apoyándose en la pared.
- ✓ A los 3 años controla bien su cuerpo y se consolidan las habilidades motoras adquiridas. Es decir En este año la carrera se perfecciona, sube y baja escaleras sin ayuda, puede ponerse de puntillas y andar sobre ellas.
- ✓ A los 4 años corre de puntillas, puede saltar sobre un pie. Se mueve sin parar y salta y corre por todas partes.
- ✓ A los 5 años el sentido del equilibrio y del ritmo están muy perfeccionados.
- ✓ A los 6 años la maduración está prácticamente completada, por lo que a partir de ahora y hasta los 12 años es el momento idóneo para realizar actividades que favorezcan el equilibrio y la coordinación de movimientos. **Schwartz, (2008).**

2.3 Elementos de la Psicomotricidad gruesa

En la motricidad gruesa intervienen los siguientes elementos:

a) Percepción.
b) Esquema corporal.
c) Tiempo.
d) Espacio.
e) Lateralidad.

2.3.1 Esquema Corporal

El Esquema Corporal es el conocimiento y la relación mental que la persona tiene de su propio cuerpo.

El control de la postura, y el equilibrio como forma habitual de mantener ese control son uno de los elementos que configuran el esquema corporal. Ambos se fundamentan en las experiencias sensorias motrices del niño o la niña y constituyen lo que se denomina el sistema postural.

La postura es la posición que adopta nuestro cuerpo para actuar, para comunicarse, para aprender, para esperar, etc. La postura está sostenida por el tono muscular. El equilibrio es el ajuste postural y tónico que garantiza una relación estable del cuerpo, a través de sus ejes, siendo el cerebro el principal coordinador de esta información. La postura se relaciona principalmente con el cuerpo, mientras que el equilibrio se relaciona principalmente con el espacio.

El sistema postural es de formación muy primitiva, ya que la vía vestibular es la primera vía sensorial en formarse, junto con las vías sensitivas. El aparato vestibular (también llamado laberinto) es un órgano no auditivo situado en el oído interno que sirve fundamentalmente para el control de la postura y el equilibrio, pero también para regular el tono muscular, los movimientos oculares y la orientación espacial.

Las emociones son el resultado de la actividad postural. Las emociones vierten sobre la actividad postural una orientación propia extendiéndose a todo la que es tónico; tanto en relación a las variables del tono del aparato muscular, de las actitudes y del equilibrio como a las relaciones orgánicas. De este modo podemos reducir cualquier emoción a la forma en que el tono se genera, se manifiesta, se consume o se conserva.

La postura, pues, tiene un carácter significativo en cuanto que pone en relación a los individuos. Así la mera posición pasa a convertirse en gesto. Las actitudes posturales constituyen la manifestación de la emoción y la afectividad cuyo fundamento se

encuentra en la actividad tónica. Un ejemplo de diálogo tónico es el que se establece entre el recién nacido y su madre como primera conducta comunicativa del bebé que, mediante la actividad postural, expresa sus emociones de manera tónica. Se produce aquí una acomodación entre el cuerpo de la madre y el cuerpo del bebé que pone a ambos en comunicación. Las emociones constituyen el origen del lenguaje, pues, a través de la actividad tónica-postural, se ofrece al recién nacido la primera posibilidad de comunicación con el medio, lo que las convierte en las primeras manifestaciones sociales de relación.

"En efecto, la función de las actitudes es una función de acomodación; y es de esa acomodación de donde procede la representación de las cosas. Nosotros no tomamos conciencia de las cosas o de las situaciones más que por intermedio de nuestra actitud, es decir de nosotros mismos. Y son particularmente las emociones quienes nos vuelven sensibles a nosotros mismos, a la diversidad de nuestras actitudes.

Esta es la razón por la que el control de la postura y la equilibración son requisitos imprescindibles para la liberación de los brazos y manos sin la cual no se puede realizar la manipulación que fundamenta los aprendizajes.

El equilibrio y el control de la postura están en la base de la autonomía motriz. Cualquiera de las habilidades motrices básicas (andar, correr, saltar, coger, lanzar...) necesita, como requisito previo, un adecuado control de la postura y la automatización de las reacciones de equilibración. Igualmente la relación con el espacio circundante, la orientación, necesita tener una clara y equilibrada referencia postural del propio cuerpo.

2.3.2 Lateralidad.

La lateralidad es el predominio funcional de un lado del cuerpo, determinado por la supremacía de un hemisferio cerebral. Mediante esta área, el niño estará desarrollando las nociones de derecha e izquierda tomando como referencia su propio cuerpo.

2.3.3 Respiración.

La respiración normal se encuentra regulada por el auto reflejo pulmonar y por los centros respiratorios bulbares, que adaptan de una manera automática la respiración a las necesidades de cada momento.

Es importante conocer y respetar estos mecanismos fisiológicos, con el fin de no forzar al niño o a la niña en los ejercicios respiratorios y de no provocarle mareos, náuseas o fatiga, como consecuencia de una hipo o hiperventilación prolongadas.

Dada la influencia de la respiración sobre procesos psicológicos tan importantes como la atención y las emociones, su educación en las edades infantiles es de suma importancia, puesto que, por ejemplo, la adquisición de una respiración nasal adaptada en amplitud y frecuencia a cada tipo de tarea y el control de las emociones a través de la respiración es el resultado de un proceso de aprendizaje que se va consiguiendo paulatinamente y no un proceso meramente automático del que se disponga ya desde el nacimiento.

Para lograr el control respiratorio se deben utilizar diversos ejercicios de inspiración y espiración tanto bucales como nasales, así como la retención de la inspiración y la espiración, en diferentes estados de reposo y de esfuerzo, tendiendo a afianzar la respiración nasal, desarrollar la amplitud y capacidad respiratoria y controlar su frecuencia. Se trata de lograr que el niño o la niña lleguen a un control consciente de su respiración para convertirlo de nuevo en un proceso automático.

2.3.4 Equilibrio

El Equilibrio es considerado como la capacidad de mantener la estabilidad mientras se realizan diversas actividades motrices. Esta área se desarrolla a través de una ordenada relación entre el esquema corporal y el mundo exterior.

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

El sentido del equilibrio o capacidad de dominar y orientar correctamente el cuerpo en el espacio, se consigue a través de una ordenada relación entre el esquema corporal y el mundo exterior. El equilibrio es un estado por el cual una persona, puede mantener una actividad o un gesto, quedar inmóvil o lanzar su cuerpo en el espacio, utilizando la gravedad o resistiéndola.

El equilibrio requiere de la integración de dos estructuras complejas: el propio cuerpo y su relación espacial. Estructura espacial y temporal, que facilita el acceso al mundo de los objetos y las relaciones.

Características orgánicas del equilibrio:

La musculatura y los órganos sensorio motores son los agentes más destacados en el mantenimiento del equilibrio.

El equilibrio estático proyecta el centro de gravedad dentro del área delimitada por los contornos externos de los pies. Ejemplo: pararse en un solo pie sin moverse, pararse en un solo pie y con las manos extendidas a los lados.

El equilibrio dinámico, es el estado mediante el que la persona se mueve y durante este movimiento modifica constantemente su polígono de sustentación. Ejemplo: caminar sobre una tabla delgada con los brazos extendidos, caminar con un libro sobre la cabeza.

El equilibrio recuperado se da cuando la persona está en acción y de pronto se queda estática. Ejemplo va caminando con los brazos estirados a los lados y un objeto

en la cabeza sin dejarlo cae, luego para y se mantiene con los brazos estirados sin dejar caer lo que tiene en la cabeza.

Los trastornos del equilibrio afectan la construcción del esquema corporal, es así como, se presenta dificultad en la estructura espacial y temporal. Además, provoca inseguridad, ansiedad, imprecisión, escasa atención y en algunos casos, inhibición.

En el momento en que el equilibrio se altera, una de las manifestaciones más evidentes que surgen es el vértigo. El vértigo se define como una sensación falsa de giro o desplazamiento de la persona o de los objetos, en otras ocasiones lo que aparece es una sensación de andar sobre una colchoneta o sobre algodones, que es lo que se conoce como mareo.

Para estimular el desarrollo del equilibrio de manera adecuada se debe:

- ✓ Evitar situaciones que generen ansiedad e inseguridad por parte del niño/a.
- ✓ Educar a partir de una progresión lenta.
- ✓ Trabajar el hábito a la altura y la caída.
- ✓ Disminuir la ayuda o la contención paulatinamente.
- ✓ Introducir juegos, movimientos rítmicos que favorezcan el balanceo.
- ✓ Posicionarse, cada vez más rápido, en un primer momento con ayuda y luego sin ayuda.
- ✓ Supresión de los ojos en cortos períodos de tiempo. Realizar juegos con ojos cerrados.

Cuando ya se tiene una estructuración del esquema corporal, es porque se ha logrado la conciencia corporal que es el medio fundamental para cambiar y modificar las respuestas emocionales y motoras. Puesto que el movimiento consciente ayuda a incrementar a su vez la conciencia corporal y la relajación.

2.3.5 Coordinación.

Es la armonía de todas las acciones musculares. Esto implica que el niño tome conciencia de su cuerpo tanto en forma global como segmentaria; así tendrá mayor autonomía y mejor control de sus movimientos tanto grueso como fino.

En la coordinación general es importante tener en cuenta, tanto los movimientos simultáneos de ambas manos y pies, como los alternativos, en que el movimiento de uno de los dos segmentos sigue otro en una forma ordenada; y los movimientos disociados en los que ambos segmentos corporales siguen ritmos y movimientos diferentes.

2.3.6 Orientación Temporal o Espacial.

Las nociones de orientación temporal y espacial se elaboran a través de movimientos que implican cierto orden temporal, se pueden desarrollar nociones temporales como: rápido, lento; orientación temporal como: antes-después y la estructuración temporal que se relaciona mucho con el espacio, es decir la conciencia de los movimientos. **Benjumea, (2009).**

3. PARÁLISIS CEREBRAL

3.1 Definición.

La parálisis cerebral es un trastorno permanente y no progresivo que afecta la psicomotricidad del paciente, de igual manera se entiende que la parálisis cerebral es un trastorno del desarrollo psicomotor, que causa la limitación de la persona, atribuida al desarrollo cerebral. **Bax, (2005).**

La parálisis cerebral puede empezar desde la gestación hasta los cinco años de edad, pasados los cinco años de edad no se considera a estos trastornos parálisis.

La parálisis cerebral es un término que agrupa una serie de condiciones, hay que tener en cuenta que no hay dos personas con parálisis cerebral, con las mismas

características o el mismo diagnóstico. La parálisis cerebral se divide en cuatro tipos, que describen los problemas de movilidad que se presentan, que se reflejan por el área del cerebro dañada, las mismas son:

- Espástica.
- Atetoide.
- Atáxica.
- Mixta.

3.2 Clasificación de la parálisis cerebral infantil.

La Parálisis Cerebral Infantil se puede clasificar en:

Espástica: Consecuencia de una lesión en haz piramidal por lo que aparecen signos tales como: hipertonía, hiperflexión y umbral bajo. Los movimientos son más bruscos, rígidos y lentos, la debilidad de los movimientos voluntarios afectan también los labios y la lengua. La lengua es torpe e hipertónica y puede extenderse más allá de los dientes. El rostro aparece inexpresivo con presencia de sialorrea.

Atetósica: Consecuencia de una lesión localizada en el haz extra piramidal. La atetosis consiste lenta, entre actitudes extremas de hiperextensión y de flexión. Un movimiento involuntario e incesante que se agrava con la fatiga y las emociones, acentúa en reposo y desaparece durante el sueño. Hay contracciones espasmódicas e irregulares del diafragma y de otros músculos que contribuyen a la respiración. Estos le confieren a la voz, un carácter áspero y emitido a sacudidas. El habla de estas personas representa una grabación variable que abarca desde una disartria severa hasta una discreta distorsión articulatoria en los movimientos linguales. Los problemas respiratorios y fonatorios son frecuentes, el tono tiende a ser monótono y existen vocalizaciones de intensidad excesiva.

Atáxicas: Consecuencia de una lesión localizada en el cerebelo. No es posible medir la fuerza y la dirección de los movimientos, estos son torpes, lentos y se

apartan de la dirección inicialmente seguida. La musculatura es flácida y la tensión de los músculos agonistas y antagonistas disminuye.

Diplejía: Afectaciones que predominan más en miembros inferiores que en los superiores.

Es raro encontrar casos puros de cualquiera de los casos anteriores. Lo **más** frecuente es la **combinación** de los mismos.

Formas mixtas de Parálisis Cerebral Infantil:

Hemiplejía: Afectación lateral de medio cuerpo.

Monoplejía: Solo se afecta una extremidad.

Paraplejía: Afectación lateral de medio cuerpo.

Rígidas: Son debido a una gran dureza muscular y no existe reflejo de tracción, si se mueve el miembro, este no vuelve a su posición inicial. Se destaca la hipertonía que en ocasiones es tan intensa que impide todo movimiento.

Temblorosas: Son movimientos breves, rápidos, oscilantes y rítmicos con preferencia en los miembros superiores (tronco, párpados, cabeza y lengua) y menos frecuentes en los miembros inferiores.

Tetraplejía: Afectación de miembros inferiores y superiores por igual.

Triplejía: Afectación de tres miembros, dos de estos más que el otro.

Dentro de los trastornos del tono muscular los más frecuentes son la **Hipertonía o aumento del tono muscular** que se ponen de manifiesto tanto en el estado de reposo como en el de la actividad. Aparecen por lo general, en tres formas: **espástica, la rigidez y la tensión**.

La Espástica: consiste en un aumento del tono muscular, que tiene característica de cualidad y distribución bien definidas. Su cualidad principal es la de ser del tipo elástico, o sea si traccionamos un músculo y lo soltamos, este vuelve a su posición inicial. Al traccionar el músculo se aprecia una normal resistencia a su elongación. Si la tracción es brusca aparece una contracción que de pronto cede, permitiendo proseguir su elongación. La espasticidad afecta generalmente a los músculos cuya acción tiene un determinado signo y no a sus contrarios.

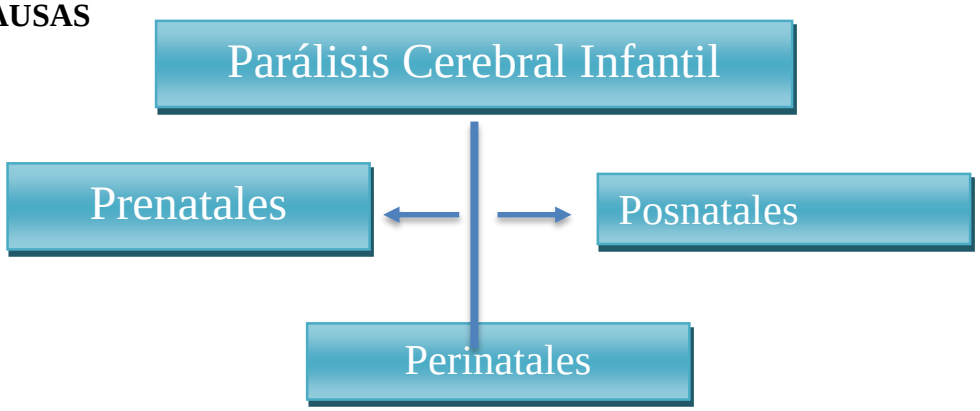
La Rigidez: Es un aumento considerable del tono. Se diferencia de la espasticidad tanto por la distribución de los músculos que afecta como por la calidad de la hipertonía. La rigidez tiene una acción global y la resistencia al estiramiento se presenta en todas partes. En el músculo rígido la resistencia se mantiene igual mientras se va estirando el músculo y no hay tendencia a volver a la posición inicial, por eso se llama a la rigidez: **hipertonía plástica.** La hipertonía degenera generalmente en una hipocinesia (disminución del movimiento), una bradicinecia (lentitud del movimiento) y una hipomimia (disminución o pérdida de la expresividad a través de los gestos).

La Tensión o Endurecimiento Lábil: Se caracteriza por ser una hipertonía variable, que aparece y desaparece incluso dentro de la misma acción exploratoria.**Morris C. (2007).**

3.3 Características de la parálisis cerebral infantil.

- Se manifiesta mediante los trastornos cerebrales encéfalo.
- Se produce en el primer año de vida o en periodo de gestación.
- Se afecta a los músculos bucos fonadores.
- Dificultan el desarrollo de la alimentación y del habla.

CAUSAS



Dentro de las principales características de la lesión cerebral tenemos;

Espásticos.- poseen rigidez del movimiento, o incapacidad para relajar los músculos, por la afección de la corteza cerebral que afecta los nervios motores, los síntomas son; hipertonía, hiperreflexia, hiperflexión, la lesión está localizada en el haz piramidal.

Ateto Sico.- Son movimientos involuntarios que intervienen en los movimientos normales del cuerpo, se producen en la contorción de la cara, la lengua o el cuerpo, presentan lesión de ganglios basales, la lesión está localizada en el haz piramidal.

Atoxico.- Esta condición se presenta en el mal equilibrio corporal, dificultad en la coordinación y el control de las manos y de los ojos, sus causas son desconocidas o raras.

Formas Mixtas.- Es una combinación de atetosis o de ataxia. **Póo P. (2006).**

3.4 Desarrollo de la psicomotricidad gruesa en niños/as de tres a siete años de edad con parálisis cerebral.

Los desarrollos motores y psicomotor se llevan a cabo en etapas sucesivas, cada una de las cuales viene preparada por la anterior, y ha de conducir al niño a una madurez mayor en la siguiente.

A lo largo de las etapas, los movimientos voluntarios e intencionales serán cada vez más adaptados, y la adquisición de automatismos finos y precisos convertirán al niño en un ser maduro y evolucionado.

Al nacer es un ser frágil, y a lo largo de una serie de etapas ha de completarse y adquirir autonomía e independencia de movimientos.

Ya se ha visto como el desarrollo sigue unas leyes de maduración, y requiere unas condiciones neurológicas que harán posibles las sucesivas adquisiciones motrices a lo largo de las etapas.

Se constatará como las posibilidades motrices y posturales varían con la edad y se vuelven más complejas a medida que el niño crece.

Las adquisiciones motoras no han de entenderse como logros independientes unos de los otros, y solamente guiados por un plan pre-inscrito en los genes o en el cerebro; en conjunto el desarrollo motor debe entenderse no como el mero despliegue de un calendarios predeterminado, sino como el producto de la acción conjunta de la programación madurativa con las circunstancias ambientales y las características del propio bebé.

De hecho, existe un margen de variación relativamente amplio en la edad concreta en que cada bebé adquiere cada uno de los hitos del control postural

Por ejemplo, un niño se podrá mantener sentado sin apoyo dentro del margen de edad de 5-9 meses. El 50% de los niños lo consiguen a los 7 meses.

Parte de esas diferencias está relacionada con la cultura, pues algunas culturas estimulan la adquisición temprana a través de la práctica y el entrenamiento repetido, mientras que otras no creen en que tal entrenamiento tenga interés alguno, y aún otras tratan incluso de postergar el momento en que ocurre la independencia motriz, por

ejemplo, para evitar que niños muy pequeños se acerquen al fuego o se alejen solos del cuidado materno.

Desde luego, como la adquisición de ciertas habilidades tiene límites establecidos por el programa madurativo y por la necesidad de adquisiciones previas (para sujetarse de pie, antes hay que ser capaz de sostenerse sentado, de controlar el movimiento de las piernas y de ser capaz de mantener el equilibrio). Por más que se estimule a un bebé en esa dirección no se puede conseguir que camine con soltura a los 7 meses.

Lo cierto es que incluso en el interior de una misma cultura se observan diferencias entre unos bebés y otros.

Tales diferencias se refieren por un lado al calendario concreto de aparición de las habilidades, por otro al hecho de que algunos bebés se saltan algunos de los hitos (por ejemplo, algunos bebés no gatean nunca, usando para desplazarse otros procedimientos, como usar las manos como remos estando sentados).

Las diferencias inter-individuales pueden relacionarse con factores varios, como la herencia concreta que un niño haya recibido, o como la estimulación mayor o menor que encuentre en su ambiente.

No se observan diferencias del control postural en el calendario de su adquisición ligadas al género: niños-niñas tienen ritmos de adquisición bastante semejantes, estando las diferencias entre unos y otras ligadas no al género, sino al conjunto de influencias que se han mencionado.

Tampoco se ha de olvidar que el desarrollo motor supone una evolución paralela y una influencia recíproca entre el desarrollo Neuro-muscular y el desarrollo psicológico.

El Neuro-muscular permite al niño adquirir el tono de los músculos necesario para mantener las posiciones (cabeza recta, sentado y de pie), y el dominio de la motricidad coordinada (marcha, manipulación, etc.)

El desarrollo psicológico supondrá madurez cognitiva y afectiva.

El desarrollo motor depende no sólo de la madurez del cerebro, sino de una alimentación adecuada, de buenas condiciones de vida e higiene, de un buen clima afectivo. **Wojciech (2007).**

4. LA HIPOTERAPIA EN LA PSICOMOTRICIDAD GRUESA DE NIÑOS, NIÑAS CON PARÁLISIS CEREBRAL.

En los estudios e investigaciones que he realizado hasta los momentos actuales sobre la Hipoterapia que reciben los niños y niñas con parálisis cerebral infantil, facilitando la rehabilitación de estos menores con los nuevos dispositivos que se han implementado en el centro "Senderos de Alegría".

Teniendo en cuenta que el dominio de la psicomotricidad gruesa en los niños y niñas menores de siete años se logra mediante un proceso secuencial que depende de vivencias y estímulos del medio externo, los cuales conllevan a la adquisición de una buena coordinación psicomotriz y que a su vez determina la armonía de los movimientos que realiza por medio de saber controlar sus extremidades por el tratamiento que se le brinda diariamente durante un tiempo establecido.

Debo manifestar que en los niños y niñas con parálisis cerebral tiene una secuencia de su condición física y psicológica muy alterada, por lo que no es fácil que el infante genere movimientos adecuados en muy poco tiempo, por lo que se les brinda mayor atención y dándoles la rehabilitación adecuada como llevándolos a pasear en el lomo de un caballo con la compañía de un jinete, se logra una mayor recuperación, por lo que provoca equilibrio y enderezamiento del tronco, estimulando una adecuada coordinación psicomotriz de su cabeza, logrando así la estabilización dinámica del cuerpo que

constituye una recuperación sana y agradable para el niño y niña menor de siete años con parálisis cerebral.

Durante el tratamiento que se les brinda en el Centro Senderos de Alegría es la normalización de los elementos patológicos motores como: Tonicidad muscular, limitaciones articulares, alteración de la coordinación motora y el equilibrio.

Esta técnica se basa en el rescate, facilitación y motivación, aplicando sistemas que nos proporciona información sobre el funcionamiento integral y armónico de los músculos, tendones y articulaciones: participa regulando la dirección y rango de movimiento; en especial músculos, sensibilidad articular y sensibilidad laberinto y órganos sensoriales externos (tacto, oído, olfato), ayudando así las deficiencias que el niño tiene.

La parálisis cerebral es considerada un síndrome que se define como un conjunto de signos y síntomas determinados por una lesión cerebral de carácter no progresivo que se produce en un cerebro inmaduro, ya sea en un período prenatal, perinatal o postnatal, antes de los 7 años de edad en los infantes.

La parálisis cerebral se caracteriza por un trastorno del movimiento y la postura, junto con una alteración motora afectando al niño con discapacidades múltiples producto de la disminución del tono muscular, la falta de fuerza, falta de equilibrio y coordinación entre otras. Paralelamente se pueden presentar otro déficit asociados como retardo mental, alteraciones sensoriales, síndromes convulsivos, trastornos del aprendizaje, que afectan directamente al menor.

Hasta la actualidad no se ha encontrado un tratamiento curativo para estas lesiones cerebrales, es posible aplicar un conjunto de técnicas para corregir y mejorar muchas de las deficiencias que se presentan.

La Hipoterapia entrega al niño, según su edad y su grado de afectación la posibilidad de desarrollar la secuencia de maduración neurológica, favoreciendo las reacciones

neuromotrices básicas y estimulación no sólo en los ámbitos motor y sensorial sino también en el área emocional y social.

Como resultado de los típicos síntomas y complicaciones asociados a la parálisis cerebral, los niños y niñas con este diagnóstico, se desarrolla antes, durante o poco después del nacimiento.

Es una enfermedad no progresiva, incomunicable, y permanente, aunque con la ayuda de la terapia apropiada, así los niños pueden llegar a conducir una productiva y significativa vida independiente.

El cerebro experimentó un déficit debido a una disminución por tiempo prolongado de sangre u oxígeno.

Existen múltiples niveles de síntomas y complicaciones, cada niño y niña tiene sus propios problemas, sin embargo son todos similares en algo, en cuanto a todos se los puede ayudar a su propia rehabilitación con las Evaluaciones y tratamientos que se les da de una manera integral. Si los niños e con poca tonicidad muscular deben ser cambiados de posición mientras montan a caballo. Moviendo el caballo en círculo y arcos ayudan al paciente a contraer y relajar diferentes grupos de músculos, al hacer esfuerzos para mantener el equilibrio, es mejor usar la línea recta porque solo le pide al paciente contraer y sostener algún músculo o grupo pequeño de ellos cada vez, para mantener la buena postura.

El caballo naturalmente motiva al paciente de cualquier edad, a explorar y tocarlo trasmitiendo el calor. Nuevamente el sistema múltiple sensorial debe organizarse, entender y responder. El calor del animal es también una gran ventaja para el paciente, estimulando el calor curativo; algo frio o metálico, como las maquinas no lo pueden conseguir.

Moviéndose en el espacio independiente solamente con la ayuda del caballo y del terapeuta, también proporciona al paciente nuevas percepciones tanto visuales como auditivas. Realizando prácticas organizadas y buscando respuestas apropiadas, este

estímulo ayuda a los niños y niñas a estar más preparados para participar en sus rehabilitaciones diarias. **Perez (2008).**

f. METODOLOGÍA.

MATERIALES Y METODOS.

En la presente investigación se utilizaron los siguientes métodos y técnicas como:

MÉTODO DESCRIPTIVO.- Por medio de este método se pudo recopilar datos fundamentales para la investigación, la edad cronológica, el desfase que presentan cada uno de los niños y niñas objeto de estudio de la presente Investigación, así mismo se organizó una planificación de la Hipoterapia.

MÉTODO DEDUCTIVO.- Por medio de este método se pudo recopilar datos generales, de los cuales se determinó los más importantes para el desarrollo de la investigación, así mismo se llegó a las conclusiones directas luego de la aplicación de la Hipoterapia.

TÉCNICAS

En lo referente a las técnicas de investigación, se utilizó:

ENCUESTA: Se aplicó a los profesionales del centro para conocer sobre la motricidad gruesa de los niños y niñas.

INSTRUMENTOS: se utilizó la Guía de Portage, el apartado que hace referencia a la Motricidad, la misma que sirvió para el diagnóstico inicial y evaluación final de la Motricidad Gruesa de los niños y niñas de 3 a 7 años con Parálisis Cerebral Infantil.

POBLACIÓN Y MUESTRA.

La población total de usuarios que asisten al centro "Sendero de Alegría", es de 88 niños y niñas y 7 profesionales. Y la muestra se constituyó con 6 niños y niñas con parálisis cerebral infantil de 3 a 7 años de edad y 4 terapistas de Hipoterapia.

MUESTRA	**FRECUENCIA**
NIÑOS NIÑAS CON PCI	6
TERAPISTAS	4
TOTAL	10

g. Cronograma.

N°	ACTIVIDADES	AÑO 2013												AÑO 2014						
		May	Jun	Jul	Agt	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb.	Mar	Abr.	May.	Jun	Jul	Agt	Sep	Oct	Nov
1	Elaboración del Proyecto																			
2	Presentación del Proyecto																			
3	Trabajo de Campo																			
4	Procesamiento de la Información																			
5	Operacionalización de los Objetivos																			
6	Construcción de conclusiones y Alineamientos Alternativos																			
7	Elaboración del Informe Final																			
8	Calificación Privada de la Tesis																			
9	Incorporación de recomendaciones y observaciones al Informe																			
10	Sustentación Pública e incorporaciones																			

h. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

Ingresos

FINANCIAMIENTO	**VALOR TOTAL**
Postulante	$. 2.650,oo
Rosa María Jiménez Jiménez **Total**	$. 2.650,oo

Gastos

GASTOS	**VALOR TOTAL**
Materiales de escritorio	$. 100,oo
Bibliografía especializada	$. 200,oo
Reproducciones de instrumentos	$. 400,oo
Material de apoyo	$. 200,oo
Empastados de tesis	$. 40,oo
Derechos arancelarios	$. 100,oo
Copias cerox	$. 30,oo
Computadora	$. 800,oo
Suministros de oficina	$. 50,oo
Transporte y subsistencia	$. 500,oo
Tinta para impresión	$. 200,oo
Alquiler de data show	$. 30,oo
TOTAL	**$. 2.650,oo**

RECURSOS

Recursos Humanos

- ✓ Rosa María Jiménez Jiménez
- ✓ Asesor del Proyecto
- ✓ Centro de Rehabilitación “Sendero de Alegría”
- ✓ Director, personal docente y administrativo, padres de familia, estudiantes.

Recursos Materiales

- ✓ Materiales de escritorio
- ✓ Bibliografía especializada
- ✓ Reproducciones de Instrumentos
- ✓ Material de apoyo
- ✓ Empastados de Tesis
- ✓ Derechos arancelarios
- ✓ Copias cerox
- ✓ Computadora
- ✓ Suministros de oficina

i. BIBLIOGRAFÍA.

1. Adams DL. Animal-assisted enhancement of speech therapy: A case study. Anthrozoos. 2007;10(1):53-56.
2. Haskin MR, Erdman WJ 2nd, Bream J, MacAvoy CG. :"Therapeutic horseback riding for the handicapped". ArchPhysMedRehabil. 1974 Oct; 55(10):473-4. AitzkoaMartínez de Marigorta Sánchez,(2007-2008), 11, 147-158.
3. Barba BE. The positive influence of animals: Animal-assisted therapy in acute care. Clin Nurse Spec;9(4): 2009-2012.
4. Ana María Uribe Posada1, Tomás Felipe Restrepo Palacio2, Dedsy Yajaira Berbesi, Revista CES Salud Pública ISSN 2145-9932, Volumen 3, Número 1, Enero-Junio 2012, pág. 4-10.
5. María Montessori, Federación Provincial de Asociaciones de Minusválidos Físicos y Orgánicos de Córdoba, (2011) – Córdoba.
6. ZAUSMER Elizabeth, Estimulación del desarrollo de la motricidad gruesa, 2002 10/4/02 12:03 Página 111
7. Schwartz, S., & Miller, J.H. (1988). The new language of toys: Teaching communication skills to children with special needs. Bethesda, MD: Woodbine House.
8. Margarita María Benjumea Pérez, Elementos constitutivos de la Motricidad como dimensión humana, 2009.
9. Bax MCO, Goldstein M, Rosenbaum P, Leviton A, Paneth N. Proposed definition and classification of cerebral palsy, april 2005. Dev Med Child Neurol 2005; 27: 571-576.
10. Morris C. Definition and classification of cerebral palsy: a historical prspective. Dev Med Child Neurol 2007; 49: 3-7.
11. Póo P, Campistol. J. Parálisis cerebral infantil. En: Cruz M et al (eds.) Tratado de Pediatría. 9ª edición. Madrid: Ergon, 2006.
12. Wojciech K, Wojciech S, Bozena K etal.Spastic Cerebral Palsy: clinical / MagneticResonance Imaging correlation of 129 Children. J Child Neurol 2007; 22: 8-14.

13. Dr. Luis PerezAlvarez, Dr. Juan Rodriguez Meso, Dra. NiurkaRodriguez Castellano. La equinoterapia en ele tratamiento de la discapacidad infantil, Archivo Medico Camaguey 2008 (ISSN 1025-0255).

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

Área de la Educación el Arte y la Comunicación

CARRERA DE PSICOREHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL

ENCUESTA PARA LOS PROFESIONALES QUE LABORAN EN EL CENTRO DE REHABILITACION "SENDERO DE ALEGRIA" DE LA CIUDAD DE LOJA.

1. **¿Qué tipo de hipoterapia usted aplica para el desarrollo de la motricidad gruesa de los niños (as) con Parálisis Cerebral Infantil?**

   Hipoterapia Activa ( ) Hipoterapia Pasiva ( )

2. **¿Señale con qué frecuencia recomienda realizar la Hipoterapia?**

   Dos veces por semana ( )

   Tres veces ( )

   Más de tres veces ( )

3. **Con una x señale el nivel de la psicomotricidad gruesa en la que se encuentran los niños con parálisis infantil?**

   Muy Afectado ( )

   Afectado ( )

   Poco Afectado ( )

4. **¿Deben estar capacitados en lo que es la hipoterapia los terapista que realizan la hipoterapia?**

   SI ( ) NO ( )

   PORQUE……

5. **Con la aplicación de la Hipoterapia que aspectos han mejorado en los niño/as con Parálisis Cerebral Infantil.**

   Mejor coordinación Motora ( )

   Mejor dominio segmentario ( )

   Mejor equilibrio ( )

   Camina mejor ( )

   Disminución de la rigidez ( )

   Mejor coordinación de los movimientos ( )

ÁREA MOTORA GUIA DE PORTAGE

Nivel de edad	Fecha	Objetivo	Muy afectado	afectado	Poco afectado
3 a 4	1	Trepa la escalera gateando.			
	2	Se pone de píe cuando está sentado.			
	3	Hace rodar una pelota imitando al adulto.			
	4	Se trepa a una silla de adulto, se voltea y se sienta.			
	5	Coloca cuatro aros en una clavija.			
	6	Saca tarugos de 2.5cm (1") del tablero en el que están colocados.			
	7	Coloca un tarugo de 2.5cm (1") en un tablero perforado.			
	8	Construye una torre de tres bloques.			
	9	Hace rayas con crayones (lápiz, crayones).			
	10	Camina solo.			
	11	Baja las escaleras gateando hacia atrás.			
	12	Se sienta en una silla pequeña.			
	13	Se pone en cuclillas y vuelve a ponerse de píe.			
	14	Empuja y jala juguetes mientras camina.			
	15	Usa un caballito de mecer o una silla mecedora.			
	16	Sube las escaleras con ayuda.			
	17	Dobla la cintura para recoger objetos sin caerse.			
	18	Imita un movimiento circular.			
	19	Ensarta cuatro cuentas grandes en dos minutos.			
	20	Da vuelta a las perillas de la puerta.			
	21	Salta en un sitio con ambos pies.			
	22	Camina hacia atrás.			
	23	Baja las escaleras caminando con ayuda.			
	24	Arroja una pelota a un adulto que está a metro y medio (5”) de distancia sin que el adulto mueva			

		los pies.			
	25	Construye una torre de cinco a seis bloques.			
	26	Vuelve las páginas de un libro una por una.			
	27	Desenvuelve un objeto pequeño.			
4 a 5	28	Dobla un papel por la mitad, imitando al adulto.			
	29	Arma y desarma un objeto de piezas colocadas a presión.			
	30	Destornilla juguetes que encajan unos dentro de otros.			
	31	Patea una pelota grande fija.			
	32	Hace bolas de arcilla o de plastilina.			
	33	Empuña un lápiz entre el pulgar y el índice apoyándolo en el dedo medio.			
	34	Da un volantín hacia delante.			
	35	Clava cinco de cada cinco tarugos.			
	36	Arma rompecabezas de 3 piezas o un tablero de figuras geométricas.			
	37	Corta con tijeras.			
	38	Salta desde una altura de veinte centímetros (8")			
	39	Patea una pelota grande cuando se le rueda hacia él.			
	40	Camina de puntillas.			
	41	Corre 10 pasos coordinando y alternando el movimiento de los brazos y de los pies.			
	42	Pedalea un triciclo una distancia de metro y medio (5")			
	43	Se mece de un columpio cuando se le pone en movimiento.			
	44	Sube a un tobogán (resbaladero) de 1.20 a 1 .80 m (4 .6") y se desliza.			
	45	Da volantines (maromas, vueltas de campana)			

		hacía delante.			
	46	Sube las escaleras alternando los pies.			
	47	Marcha.			
	48	Coge una pelota con las dos manos.			
	49	Traza con plantillas (patrones) siguiendo los contornos.			
	50	Corta a lo largo de una línea recta de 20cm (8") apartándose a lo más de 6mm (1/4) de la línea.			
	51	Se mantiene de un pie sin ayuda de cuatro a ocho segundos.			
	52	Cambia de dirección al correr.			
	53	Camina en una tabla manteniendo el equilibrio.			
	54	Salta hacia delante diez veces sin caerse.			
	55	Salta sobre una cuerda suspendida a 5cm (2") del suelo.			
5 a 7	56	Salta hacia atrás seis veces.			
	57	Hace rebotar y coge una pelota grande.			
	58	Hace formas de plastilina uniendo de dos a tres partes.			
	59	Corta curvas.			
	60	Atornilla objetos con rosca.			
	61	Baja las escaleras alternando los pies.			
	62	Pedalea un triciclo y da vueltas a una esquina.			
	63	Salta con un pie cinco veces consecutivas.			
	64	Recorta un círculo de 5cm (2")			
	65	Dibuja figuras simples que se pueden reconocer como una casa, un hombre.			
	66	Recorta y pega formas simples.			
	67	Escribe en letra imprenta mayúscula grande, aislada en cualquier parte del papel.			
	68	Camina sobre una tabla y mantiene el equilibrio			

		hacia delante, hacia atrás y de lado.			
	69	Brinca.			
	70	Se mece en un columpio iniciando y manteniendo el movimiento.			
	71	Dobla los dedos y se toca uno por uno con el pulgar,			
	72	Puede copiar letras minúsculas.			
	73	Trepa escaleras de mano o la escalera de un tobogán de 3m (10") de altura.			
	74	Golpea un clavo con un martillo.			
	75	Hace rebotar una pelota, la controla.			
	76	Colorea sin salirse de las líneas el 95% de las veces.			
	77	Recorta figuras en revistas sin desviarse más de 6mm (1/4") del borde.			
	78	Usa un sacapuntas.			
	79	Copia dibujos complejos.			
	80	Arranca figuras simples de un papel.			
	81	Dobla un papel cuadrado 2 veces, diagonalmente, imitando al adulto.			
	82	Coge con una mano una pelota suave o una bolsa de semilla que se le tira.			
	83	Puede saltar la cuerda por sí solo.			
	84	Golpear una pelota con un bate o palo.			
	85	Recoge un objeto del suelo mientras corre.			

CUADRO DE CALIFICACIÓN.

Indicadores	Frecuencia	%
Muy Afectado		
Afectado		
Poco afectado		
Total		

Para obtener un perfil de desarrollo general de los niños evaluados, puntué cada conducta o habilidad según la siguiente escala de valoración:

0. Cuando el alumno no alcanza ni siquiera parcialmente el desarrollo de la habilidad descrita.
1. Cuando consideramos que posee en algún grado aunque sea escaso, o a 1 manifiesta esporádicamente, rasgos de las habilidades. Está MUY AFECTADO.
2. Cuando las habilidades aparecen en el alumno en un grado significativo, aunque no completo. Esta AFECTADO.
3. Cuando el alumno alcanza y/o supera lo previsto. Esta POCO AFECTADO.

Se pretende que los valores 1 y 2 reflejen el avance del niño; para fines didácticos estos rangos servirán de base para la planeación del maestro, así como para la elaboración de programas de estimulación psicológica. En estas dos tareas no se toman en cuenta el 0 por no estar en la zona de desarrollo próximo del niño, ni el 3 por ser habilidades ya logradas, sin embargo estas últimas si pueden utilizarse como vehículo para el logro de otras menos desarrolladas.

También se presenta una columna para escribir comentarios relativos a situaciones cualitativas relevantes que complementan la evaluación emitida en los aspectos que se considere necesario.

La prueba debe iniciarse en el rango de edad correspondiente a la edad cronológica del niño evaluado. Solo en el caso de que el no obtenga de 8 a 10

ceros consecutivos en cada área de desarrollo, será necesario comenzar la aplicación de la prueba evaluando los indicadores que corresponden a 1 o incluso 2 años menos que la edad cronológica del niño evaluando.

X. MATRIZ DE CONSISTENCIA LÓGICA

TEMA	OBJETIVOS	ESQUEMA TEORICO	METODOLOGÍA	HERRAMIENTAS
"LA HIPOTERAPIA EN LA MOTRICIDAD GRUESA DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 9 AÑOS DE EDAD CON PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL, QUE ASISTEN AL CENTRO DE REHABILITACIÓN "SENDERO DE ALEGRÍA" DURANTE EL PERIODO SEPTIEMBRE DEL 2012 A JULIO 2013"	ESPECIFICOS: Conocer la influencia de la Hipoterapia en la psicomotricidad gruesa de los niñas y niños con Parálisis cerebral hemipléjicos, de 1 a 9 años de edad con que asisten al centro de rehabilitación "Sendero de Alegría" durante el periodo septiembre del 2012 a julio 2013" ESPECIFICOS: Diagnóstico de la psicomotricidad gruesa de las niñas	**EPIGRAFE I** **1. HIPOTERAPIA** **1.1 Definición de Hipoterapia.** **1.2 Fundamentos de la Hipoterapia.** **1.2.1 Movimiento tridimensional y rotativo**. **1.2.2 Influencia psicológica y Estimulación Neuro - Sensorial.** **1.2.3Terapias alternas a caballo.** **1.3 Metodología de la rehabilitación integral de la Hipoterapia:** **1.4 Primera fase** **1.4.1 Contacto** **1.5 Segunda fase** **1.5.1 Equinoterapia.** **1.6Tercera fase** **1.6.1 Aplicación de otras terapias y/o**	Para la realización del presente trabajo de investigación, se utilizará el método científico como conjunto de métodos generales y particulares, que me permitirán desarrollar la siguiente problemática partiendo de técnicas e instrumentos científicos dentro de un orden cronológico. Dentro de la misma he utilizado los siguientes métodos y técnicas como: Método	• Observación directa. • Encuesta a padres de familia. • Encuesta a profesionales que trabajan en el Centro. • Test de Portage.

	y niños con Parálisis cerebral hemipléjicos, de 1 a 9 años de edad, que asisten al centro de rehabilitación "Sendero de Alegría". Aplicar la Hipoterapia a niños y niñas con parálisis cerebral hemipléjicos, de 1 a 9 años de edad, que asisten al centro de rehabilitación "Sendero de Alegría". de rehabilitación "Sendero de Alegría" Determinar la influencia de la aplicación de la Hipoterapia en la	**Ejercicio** **1.7 Beneficios de la Hipoterapia** **EPIGRAFE II** **2. PSICOMOTRICIDAD GRUESA** **2.1 Concepto** **2.2 Concepto de la psicomotricidad gruesa.** **2.2.1 Motricida d Gruesa** **2.3 Elementos la Psicomotricidad gruesa** **2.3.1 Esquema corporal.** **2.3.2 Lateralidad.** **2.3.3 Respiración** **2.3.4Equilibrio** **2.3.5 Coordinación.** **2.3.6 Orientación Temporal o Espacial.**		

	psicomotricidad gruesa de los niños y niñas con parálisis cerebral hemipléjicos que asisten al centro de rehabilitación "Sendero de Alegría"	**EPIGRAFE III** **3. PARÁLISIS CEREBRAL** **3.1 Definición.** **3.2 Clasificación de la parálisis cerebral infantil.** **3.3 Características de la parálisis cerebral infantil hasta los siete años de edad** **3.4 La Desarrollo de la psicomotricidad gruesa en niños con parálisis cerebral infantil años de edad.** **EPIGRAFE IV.** **4.- LA HIPOTERAPIA EN LA PSICOMOTRICIDAD GRUESA DE NIÑOS, NIÑAS CON PARÁLISIS CEREBRAL.**		

FOTOS

INDICE

CONTENIDOS	PAG.
- PORTADA	i
- CERTIFICACIÓN	ii
- AUTORÍA	iii
- CARTA DE AUTORIZACIÓN	iv
- AGRADECIMIENTO	v
- DEDICATORIA	vi
- ÁMBITO GEOGRÁFICO DE LA INVESTIGACIÓN	vii
- CROQUIS DEL SITIO DE INTERVENCIÓN	viii
- ESQUEMA DE LA TESIS	ix
a. TEMA	1
b. **RESUMEN**	2
SUMMARY	3
c. INTRODUCCIÓN	4
d. REVISIÓN LITERARIA	7
e. MATERIALES Y MÉTODOS	32
f. RESULTADOS	34
g. DISCUSIÓN	51
h. CONCLUSIONES	53
i. **RECOMENDACIONES**	54
j. BIBLIOGRAFÍA	55
k. ANEXOS	58
	97