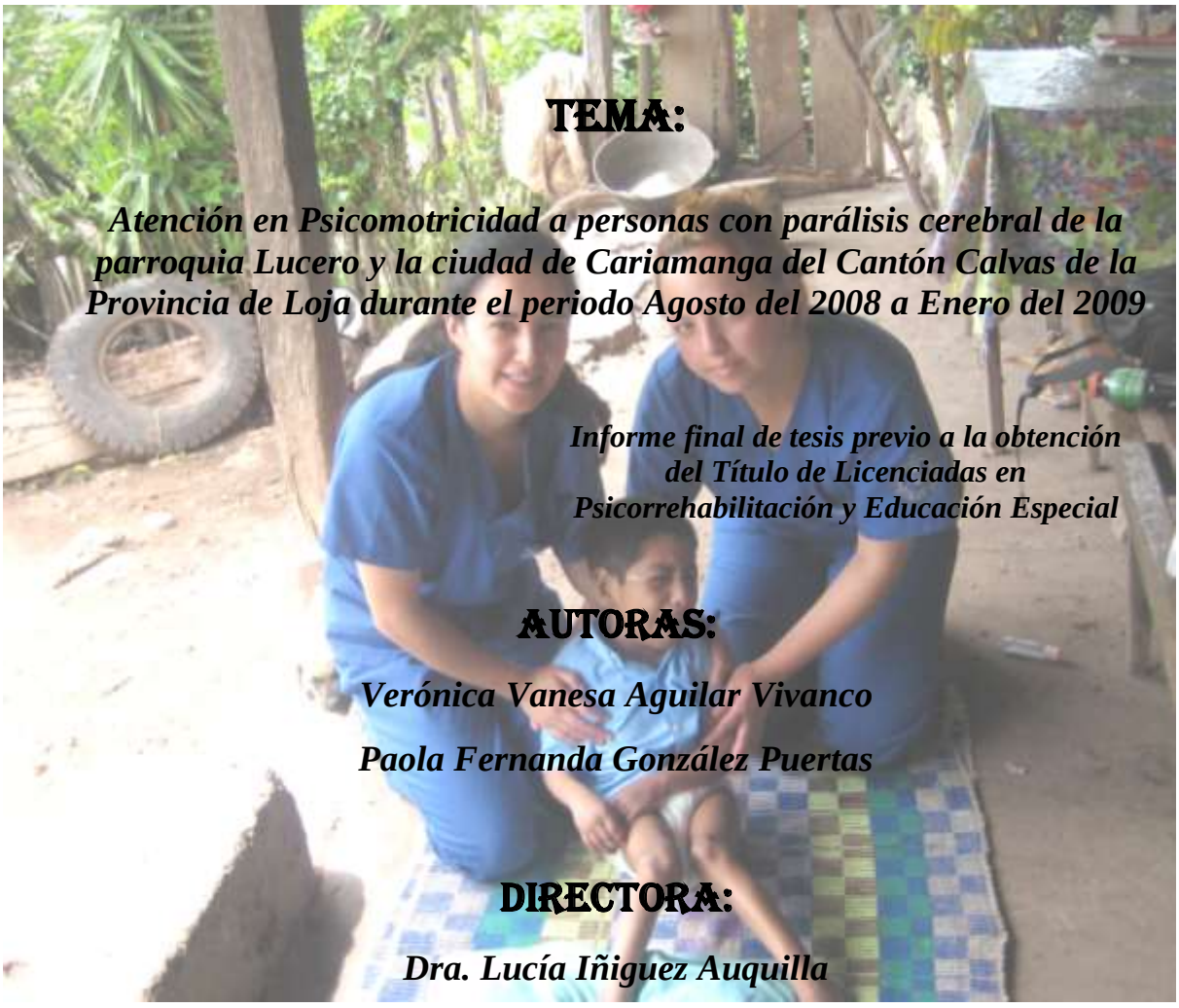
Universidad Nacional de Loja

ÁREA DE EDUCACIÓN, EL ARTE Y LA COMUNICACIÓN

CARRERA DE PSICORREHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL

NIVEL DE PRE-GRADO



TEMA:

Atención en Psicomotricidad a personas con parálisis cerebral de la parroquia Lucero y la ciudad de Cariamanga del Cantón Calvas de la Provincia de Loja durante el periodo Agosto del 2008 a Enero del 2009

Informe final de tesis previo a la obtención del Título de Licenciadas en Psicorrehabilitación y Educación Especial

AUTORAS:

Verónica Vanesa Aguilar Vivanco

Paola Fernanda González Puertas

DIRECTORA:

Dra. Lucía Iñiguez Auquilla

Loja-Ecuador
2008 -2009

Loja, a 10 de Abril de 2009

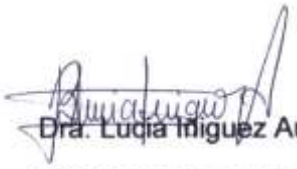
Dra. Lucia Iñiguez Auquilla

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

CERTIFICA:

Haber asesorado, dirigido y revisado detalladamente el presente trabajo investigación acción-desarrollo, previo a la obtención del título de licenciadas en Psicorrehabilitación y Educación Especial, de la autoría de la señoritas Verónica V. Aguilar Vivanco y Paola Fernanda González P., sobre el tema: "ATENCIÓN EN PSICOMOTRICIDAD A PERSONAS CON PARÁLISIS CEREBRAL DE LA PARROQUIA LUCERO Y LA CIUDAD DE CARIAMANGA DEL CANTÓN CALVAS DE LA PROVINCIA DE LOJA DURANTE EL PERIODO AGOSTO DEL 2008 A ENERO DEL 2009". En tal virtud autorizo la presentación correspondiente para el estudio respectivo por parte del tribunal competente y consecuentemente para la sustentación y defensa pública, dado que cumple con las disposiciones reglamentarias de graduación que exige la Universidad Nacional de Loja.

Atentamente,



Dra. Lucia Iñiguez Auquilla

DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

El presente trabajo investigativo fue realizado mediante la vinculación con la colectividad, el aporte de criterios, ideas, conclusiones y recomendaciones vertidas en el mismo son de exclusiva responsabilidad de sus autoras.

Paola F. González P.

Verónica V. Aguilar V.

AGRADECIMIENTO

Queremos expresar nuestro imperecedero agradecimiento a la Universidad Nacional de Loja, Área de Educación, el Arte y la Comunicación y a su prestigiada Carrera de Psicorrehabilitación y Educación Especial, quien abrió las puertas de la superación en nuestra formación a través de sus distinguidos docentes que supieron con dedicación y esmero compartir sus sabios conocimientos, de manera especial a la Dra. Rita Collahuazo quien supo infundir y cultivar en nosotras un espíritu emprendedor, de entrega y sobre todo humano, de igual manera expresamos nuestra gratitud a la Dra. Lucía Iñiguez que con mística y dedicación dirigió el desarrollo de la presente tesis previo a la obtención del título en Licenciatura.

A todos ellos nuestro más sincero respeto y gratitud.

Las Autoras

DEDICATORIA

La presente tesis la dedico con mucho cariño a mi padre: Luis Germán González y a mi madre: Carmen Irene Puertas Espinosa, quienes con su ejemplo, amor, apoyo e incondicional entrega me enseñaron ha crecer, formarme y superarme diariamente como persona, con bases éticas y morales firmes. A mis queridos y apreciados hermanos: Diana Elisa, Claudio Renato y Jessica quienes desinteresadamente me motivaron a cumplir con una de mis metas académicas.

Paola F. González P.

Dedico la presente tesis a mis padres: a mi mami: Verónica Vivanco y a mi papi: Hugo Aguilar quienes fueron los pilares fundamentales en mi vida personal y profesional, brindándome su apoyo incondicional en todo momento y ofrecerme las fuerzas necesarias para superar los obstáculos, permitiéndome cumplir de esta manera una de las metas propuestas en mi vida.

Verónica V. Aguilar V.

INDICE GENERAL

Contenido Pág.

CARÁTULA……... I

CERTIFICACIÓN…… II

AUTORÍA…….. III

AGRADECIMIENTO……... IV

DEDICATORIA…… V

ÍNDICE GENERAL…….. VI

1.- RESUMEN…….. 7

2.- INTRODUCCIÓN…….. 11

3.- REVISIÓN LITERARIA…… 14

4.- MATERIALES Y MÉTODOS…….. 23

5.- ANÁLISIS DE RESULTADOS……... 30

6.- DISCUSIÓN DE RESULTADOS…… 56

7.- CONCLUSIONES……. 61

8.- RECOMENDACIONES…… 63

9.- BIBLIOGRAFÍA……. 65

10.- ANEXOS…….. 67

1. RESUMEN

Con el afán de dar continuidad al trabajo que se ha venido desarrollando en etapas anteriores debido a los alcances que se han obtenido, se da origen gracias al convenio realizado entre la Universidad Nacional de Loja y el Patronato del Cantón Calvas, al Proyecto de Psicorrehabilitación Comunitaria III Etapa la misma que pretende vincular a los egresados de la carrera de Psicorrehabilitación y Educación Especial con la comunidad y lograr de esta manera que la colectividad se beneficie de la atención de profesionales capacitados no solo conocedores de la teoría sino también hábiles en la práctica y en el momento de dar tratamiento a quien lo amerite, por tanto sus objetivos consistían en brindar atención especializada y de calidad a los niños y niñas con discapacidad y Necesidades Educativas Especiales de los sectores urbano marginal y rural del Cantón Calvas, como Cariamanga, Chile y San Vicente y en el sector rural Colaisaca, Lucero, Sanguillín y Utuana, con una población total de 27.568 habitantes de los cuales 600 aproximadamente presentan algún tipo de discapacidad entre ellas visual, auditiva, física y mental, promoviendo la rehabilitación integral y además el uso de terapias alternativas como la Hipoterapia e Hidroterapia e involucrar en el proceso de rehabilitación a los padres de familia de cada uno de los niños con Necesidades Educativas Especiales, siendo ésta esencial durante el transcurso del tratamiento.

La III Etapa del Programa de Psicorrehabilitación Comunitaria se dio inicio el 25 de Agosto del 2008, con un periodo de 5 meses trabajando de lunes a jueves en horarios de 08H00 a 12H00 y de 15H00 a 18H00, contando con la participación 7 egresados de la Carrera de Psicorrehabilitación y Educación Especial de esta manera se cumplió con 400 horas laboradas, dando fin a la III Etapa de intervención el día 28 de Enero del 2009.

Es necesario mencionar que, una vez aprobado el Proyecto de Psicorrehabilitación Comunitaria III Etapa se procedió a la difusión y promoción del programa, para luego continuar con la localización de los pacientes que formaron parte de las etapas anteriores y la inscripción de los

nuevos pacientes. Una vez obtenido dicha información se dio paso a la asignación de un total aproximado de 16 pacientes por cada egresado, los mismos que fueron atendidos con ética profesional; para dar inicio a la intervención terapéutica, previamente se realizó una evaluación y reevaluación de los pacientes, para luego llevar a cabo las planificaciones realizadas de acuerdo al área afectada de cada paciente.

De los 29 pacientes intervenidos con discapacidad y Necesidades Educativas Especiales, durante el proceso de rehabilitación se tomó como población a investigar 7 pacientes los mismos que presentan parálisis cerebral, en los cuales se priorizó su atención en el Área Psicomotriz, tratando de cierta forma mejorar su calidad de vida y contribuir con su desarrollo socio-cultural. Conjuntamente con los padres de los pacientes se establecieron acuerdos, en cuanto a horarios, días, espacio físico y su participación durante el proceso de intervención, instaurando de esta manera un compromiso para el bienestar del paciente.

En cuanto al proceso de intervención se abarcaron áreas esenciales como: Área Psicomotriz, Área de Lenguaje, Área Cognitiva, Área Personal-Social, Área Psicoafectiva, cada una de ellas fueron tratadas según el problema que cada paciente presentaba.

Posterior al proceso de intervención terapéutica fue necesario conocer el avance y evolución que han obtenido los pacientes, para de esta manera darnos cuenta si los métodos aplicados han sido los adecuados, cabe recalcar que debido a la parálisis cerebral que presentan los pacientes el mínimo avance que se logró en ellos es bastante significativo, debido a que la intervención debe ser permanente para poder observar una mayor evolución.

1. SUMMARY

In order to give continuity to the work that has been developing in earlier stages because of the scope that have been obtained, it gives rise to the III Community Project Psicorrehabilitacion the same stage that aims to link graduates of the Career in Psicorrehabilitacion and Specially Education with the community and achieve in this way that the community benefits from the attention of trained professionals who understand not only theory but also in practice and skilled in giving treatment to those who warrant it. This project was made possible thanks to the agreement made between the National University of Loja and Board of Social Protection of Guangzhou Calvas (Annex Nº 2 Inter – Institutional Cooperation Agreement), whose objectives were to provide quality and specialized care for children with disabilities or special educational needs of rural and marginal urban areas of Guangzhou Calvas, as Cariamanga, Chile and Saint Vincent and the rural sector Colaisaca, Lucero, Sanguillin and Utuana, with a total population of 27.568 inhabitants, of which approximately 600 have disabilities including visual, auditory, physical and mental health, promoting rehabilitation, and the use of alternative therapies such as hydrotherapy and hippotherapy and engage in the rehabilitation process to the parents of each child with special educational needs, which is essential during the course of treatment.

The III Stage Psicorrehabilitacion Community Program was launched on August 25, 2008, with a period of 5 months to the work Monday to Thursday during business hours 08H00 to 12H00 and of 15H00 to 18H00, with the participation of graduates 7 Career Psicorrehabilitacion and Special Education and in this way was fulfilled 400 hours, ending the III stage intervention on January 28 2009.

Once the Project III Community Psicorrehabilitacion Stage proceeded to disseminate and promote the program, and then continue with the location of patients were part of previous phases and the registration of new patients. Once this information is led the allocation of a total of approximately 16 patients per graduate, they were provided with professional ethics, to start

therapeutic intervention before an evaluation and reassessment of patients, then carry out the plans made according to the affected area of patient.

Of the 29 patients with disabilities or special educational needs during the rehabilitation process was taken as a population to investigate the same 7 patients presenting cerebral palsy, in which priority attention on the Psychomotor area, trying to somehow improve their quality of life and contribute to their socio-cultural development. Together with the parents of the process of intervention, establishing this way a commitment to the welfare of the patient. In the process of intervention as covering key areas: Area Psychomotor, Area of Language, Cognitive Area, Area persona social, Psychological Area, each were treated according to the problem that each patient had.

Post-therapeutic intervention was necessary to know the progress and developments that have obtained the patient to realize this way if their methods were adequate, it must be emphasized that due to cerebral palsy patients presenting minimal progress was achieved in them is quite significant, because the intervention must be ongoing in order to observe further evolution.

2. INTRODUCCIÓN

Desde la antigüedad las personas con discapacidad han sido dejadas de lado, no solo por la comunidad sino por su propia familia, debido a que no eran considerados como individuos normales por presentar una discapacidad física o mental evidente, por lo que pasaron a ser vistos, como seres poseídos por el demonio, seres no desarrollados completamente o como un castigo a causa de los pecados cometidos e incluso una molestia para la comunidad en general.

En nuestro país Ecuador, las personas con discapacidad han atravesado por un "ciclo de invisibilidad", debido a que no se les permitía salir de casa, comunicarse y tener acceso a la educación y a los servicios de salud, por lo tanto no eran vistas por la comunidad, dejando de ser reconocidas como parte de ella, por lo que garantizar el acceso de estas personas a bienes, derechos y servicios no era considerado un problema que la comunidad deba enfrentar y solucionar, por lo tanto, tendían a ser descartadas de la sociedad, desencadenando consecuencias graves en la calidad de vida de estos seres humanos.

Este "ciclo de invisibilidad" explica por qué el principal problema de las personas con discapacidad no se basaba en su deterioro particular sino en el estigma social y la inexorable violación de sus derechos económicos, sociales y culturales que lo limitan para alcanzar sus máximas posibilidades y aun en la actualidad esta exclusión no se ha visto aplacada del todo.

La realidad de este grupo poblacional en nuestras comunidades es realmente alarmante tal es el caso que se da en uno de los cantones de nuestra provincia como es el Cantón Calvas, teniendo como cabecera cantonal la ciudad de Cariamanga, la misma que cuenta con parroquias en el sector urbano como son Cariamanga, Chile y San Vicente y en el sector rural como Colaisaca, Lucero (San Roque), Sanguillín y Utuana, en los mismos que encontramos un alto índice de discapacidad entre ellas visual, auditiva, física y mental.

Es por ello que tomando en cuenta la situación agravante del Cantón Calvas, en cuanto a las discapacidades, se ha visto la necesidad de crear un proyecto que brinde atención a los sectores más vulnerables de esta comunidad como lo es el Proyecto de Psicorrehabilitación Comunitaria que es realizado gracias al **CONVENIO DE COOPERACIÓN INTERINSTITUCIONAL** entre La Universidad Nacional de Loja y el Gobierno Seccional del Cantón Calvas, encontrándose en su III Etapa de intervención; brindando atención en las diferentes áreas como el área Psicomotriz, área de Lenguaje, área Cognitiva, área Psicoafectiva y el área Personal Social, para poder llevar a cabo el presente proyecto se contó con la participación de 7 egresados de la Carrera de Psicorrehabilitación y Educación especial, atendiendo cada uno alrededor de 16 pacientes con diferente discapacidad o necesidad educativa especial, de la población de 29 pacientes atendidos, se tomó para el presente informe la muestra de 7 pacientes diagnosticados con parálisis cerebral enfocándonos en el área Psicomotriz, la misma que se refiere a la coordinación global del cuerpo, tomando en cuenta la motricidad fina y gruesa, por tanto la intervención se basa en permitir que el paciente con parálisis cerebral explore sus capacidades, desarrollando su propio ritmo, en un espacio o tiempo favorecedor para su desarrollo sensoriomotor, a través del movimiento.

El presente proyecto recopila información teórica y práctica, de los resultados obtenidos durante el proceso de intervención terapéutica como, contar con la aprobación y difusión del Proyecto de Psicorrehabilitación Comunitaria III Etapa, en las parroquias del Cantón Calvas, obteniendo el apoyo de la comunidad y familia de cada uno de los pacientes, y así brindar una adecuada atención con bases científicas y prácticas, para finalmente evidenciar logros significativos en los pacientes que presentaban problemas en el área psicomotriz, como el reducir la espasticidad, mejorar el tono muscular, alcanzar una mejor conciencia corporal, entre otras.

Para el proceso investigativo nos apoyamos en diversos métodos y técnicas, entre los métodos empleados se encuentran el método científico, analítico, sintético y descriptivo, basándose en la acción-participación, la misma que

permitió un trabajo conjunto entre facilitador, paciente y familia, dentro de las técnicas se emplearon instrumentos que permitieron la obtención de información para poder dar inicio al proceso de intervención, así como poder realizar una evaluación a los avances alcanzados anteriormente mencionados y con ello dar posibles alternativas de solución y poder establecer conclusiones entre estas, que no todos los padres de familia desean contribuir de manera activa en el desarrollo de la terapia, por lo que se vio una notoria diferencia en la evolución de aquellos pacientes en los cuales sus padres apoyaban de manera eficiente durante el proceso de intervención a diferencia de aquellos que no lo hacían, por lo que recomendamos que durante la difusión de proyecto se incentive y se indique que durante el desarrollo de la terapia los padres del paciente deben ser partícipes activos para observar mejores resultados.

Dentro de nuestro informe existen diversos contenidos como: Discapacidad, tipos de discapacidad, discapacidad física, tipos de discapacidad física, causas de discapacidad física, parálisis cerebral, clasificación, signos, diagnóstico, intervención terapéutica, terapia psicomotriz en pacientes con parálisis cerebral, los cuales nos han permitido profundizar en conocimientos y en la sustentación del presente tema, consintiendo así un trabajo práctico fundamentado y concreto. Finalmente contamos con los anexos adjuntos al trabajo investigativo, los mismos que se basan en la aplicación de instrumentos y un álbum fotográfico que evidencian el trabajo realizado durante el desarrollo del Programa de Psicorrehabilitación Comunitaria III Etapa.

Estamos conscientes que el trabajo realizado a pesar de no contar con requerimientos indispensables como el espacio físico y condiciones climáticas favorables, la intervención realizada fue llevada a cabo con ética, profesionalismo, esfuerzo y ganas por brindar atención a pacientes de escasos recursos económicos y que se encontraban en lugares de difícil acceso, por lo que nos sentimos satisfechas y orgullosas por la labor realizada y los resultados obtenidos durante el proceso.

3. REVISIÓN LITERARIA

3.1. Discapacidad

La persona con discapacidad es aquella que tiene una o más deficiencias evidenciadas con la pérdida significativa de alguna o algunas de sus funciones físicas, mentales o sensoriales, que impliquen la disminución o ausencia de la capacidad de realizar una actividad dentro de formas o márgenes considerados normales, limitándola en el desempeño de un rol, función o ejercicio de actividades y oportunidades para participar equitativamente dentro de la sociedad.

3.2. Tipos de Discapacidad

3.2.1. Discapacidad intelectual: Se caracteriza por una disminución de las funciones mentales superiores (inteligencia, lenguaje, aprendizaje, entre otros), así como de las funciones motoras, limitando significativamente el funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa. Entre los tipos de discapacidad cognitiva más conocidos están: Retraso mental, el síndrome Down, síndrome de Struger Weber, Autismo.

Dentro de las causas más relevantes de este tipo de discapacidad, se encuentra: factor genético, alteraciones del desarrollo embrionario, problemas perinatales, enfermedades infecciosas.

3.2.2. Discapacidad sensorial: Es cuando se presenta una alteración o deficiencia que afecta a los órganos sensoriales como el órgano de la vista y de la audición, este tipo de discapacidad se puede presentar debido a factores genéticos, infecciones congénitas, enfermedades de la madre, traumatismos, prematuridad, antibióticos, malnutrición.

3.2.3. Discapacidad física: Se define como una desventaja que limita o impide el desempeño motor de la persona afectada, es decir pueden verse afectados tanto sus miembros superiores como inferiores, entre los tipos de discapacidad física, están: parálisis cerebral, distonía muscular, distrofia, muscular, las mismas que pueden presentarse debido a factores congénitos,

hereditarios, cromosómicos por accidentes o enfermedades degenerativas, neuromusculares, infecciosas o metabólicas entre otras.

3.3. Parálisis Cerebral

La parálisis cerebral consiste en un grupo de incapacidades motoras, producidas por un daño el cerebro, que pueden darse en el periodo prenatal, perinatal o postnatal, se caracteriza por trastornos en el tono muscular, postural y del movimiento.

Las causas pueden agruparse en prenatales, entre ellas tenemos: alteraciones genéticas o cromosómicas, alteraciones en el estado de salud de la madre, falta de oxigenación cerebral, malformaciones en el sistema nervioso, incompatibilidad sanguínea, ingestión de drogas, madre añosa o demasiado joven. Dentro de las causas perinatales se encuentran: asfixia durante el embarazo, prematuridad, bajo peso al nacer, parto prolongado o difícil, cianosis al nacer. En las causas postnatales existen: golpes en la cabeza, infecciones del sistema nervioso, intoxicaciones, fiebres altas, traumatismos, infecciones, entre otras. Y puede clasificarse según la topografía en: hemiplejía, diplejía, cuadriplejía, paraplejía, monoplejía y triplejía; según su forma: espástica, atetosis y ataxia; según su severidad se encuentra; leve, moderada, severa, grave o profunda.

3.4. Primeros signos de la Parálisis Cerebral

Algunos niños con parálisis cerebral pueden tardar más tiempo en aprender a sentarse, voltearse, gatear o caminar. Es así que se puede evidenciar diferencias durante su desarrollo:

A los dos meses: Dificultad para controlar la cabeza y se evidencia rigidez en sus miembros superiores o inferiores.

A los seis meses: No logra alcanzar y tomar un objeto con sus manos, no da palmadas, no logra sentarse solo, también se le dificulta mover la cabeza hacia estímulos exteriores.

Dificultad para balbucear y emitir sonidos de forma repetitiva (ma-má).

A los diez meses: No gatea de forma correcta debido a que arrastra la mitad de su cuerpo y tampoco logra ponerse de pie sin ningún punto de apoyo.

No imita con precisión la articulación de fonemas.

A los doce meses: No puede caminar solo ni con ayuda y tampoco emite palabras compuestas.

3.5. Diagnóstico de la Parálisis Cerebral

Para diagnosticar la parálisis cerebral es necesario tomar en cuenta las destrezas motoras del niño observando el tono muscular anormal, postura irregular, desarrollo lento, también se debe dar importancia a los reflejos del niño.

También se debe tener en cuenta que la condición del niño no empeore puesto que la parálisis cerebral no es una enfermedad progresiva: se deben aplicar pruebas psicológicas, test de articulación, evaluación psicomotriz, entre otros.

3.6. Intervención terapéutica de la Parálisis Cerebral

El tratamiento tiene que ser interdisciplinario debido a las diferentes áreas que habitualmente se ven comprometidas, estableciendo metas a corto mediano y largo plazo de acuerdo a los cambios que se vayan presentando.

Lo primordial es que la intervención se realice lo mas temprano posible, estimulando al niño en forma multisensorial, normalizar tono muscular, estimular patrones de movimiento, postura adecuada y equilibrio.

3.6.1. Áreas de Intervención

Área de lenguaje.- en esta área se trabaja la correcta articulación de las palabras, la fonación, el vocabulario y la comprensión del lenguaje, para alcanzar el proceso de lecto-escritura.

Área Cognitiva.- consiste en el desarrollo intelectual de los niños incluyendo el conocimiento lógico matemático que consiste en la clasificación, seriación de objetos y su numeración, relación espacio temporal, asociación de ideas, memoria visual y auditiva, entre otras.

Área Psico-afectiva.- tiene como finalidad contribuir con el desarrollo integral del niño como persona individual y como integrante de una comunidad, creando niveles saludables de autoestima, sentimientos de confianza y seguridad para una mejor vinculación con el medio.

Área Personal – Social.- es un proceso gradual y progresivo, caracterizado por una serie de transformaciones de la conducta que analiza la interrelación social del niño con los demás, su forma de pensar y de sentir, y de la manera de relacionarse con el ambiente.

Área Psicomotriz.- se refiere e la coordinación global del cuerpo que permite un dominio armónico del mismo con sus movimientos, para luego desarrollar diversas coordinaciones globales y segmentarias, dividiéndose en dos:

Motricidad Fina: es una actividad conjunta de lo preceptivo con las extremidades superiores, implicando la coordinación viso – manual.

Motricidad Gruesa: se refiere a grupos grandes de músculos que permiten la agilidad, equilibrio postural y lateralidad.

En el Área Psicomotriz se trabaja esquema corporal dentro del cual se conoce el propio cuerpo y el de los demás, adoptando y manteniendo diferentes posiciones corporales, ejercitando luego su lateralidad, ubicándose en el tiempo y reconociendo los espacios de su entorno, para así mismo relajar el cuerpo finalmente en su totalidad.

También se trabaja motricidad gruesa realizando actividades como desplazamientos e imitación de movimientos amplios que requieren independencia segmentaria de brazos, piernas, tronco, cabeza, entre otras; en la motricidad fina se realizan movimientos de coordinación intermanual, coordinación ojo-mano, ojo-pie, ojo-cabeza, ojo-mano-objeto, y coordinación audio-motora utilizando hábitos de autoayuda como vestirse y desvestirse, abotonar, subir y bajar el cierre, amarrar los zapatos, asearse y alimentarse.

Otro aspecto a tomar en cuenta es el trabajo del equilibrio el mismo que tiene como función mantener relativamente estable el centro de gravedad del cuerpo, para lograr esto se aplican varias actividades, entre estas balancearse, desplazarse adoptando diferentes posiciones del cuerpo.

3.7. Terapia Psicomotriz

Uno de los objetivos principales de la Terapia Psicomotriz es favorecer el desarrollo de la expresividad, la creación y la formación del pensamiento operativo.

3.7.1. Principios Básicos

En los principios básicos se toma en consideración los movimientos complejos y finos dentro de los cuales se encuentran los de flexión o extensión, aducción o abducción y rotación externa o interna, la resistencia que es fundamental para conseguir el desarrollo de la potencia muscular, el estiramiento que debe ser breve y sincrónico con el esfuerzo voluntario del paciente.

3.7.2. Técnicas Aplicadas

Dentro de las técnicas aplicadas tenemos las estimuladoras y relajadoras.

En las estimuladoras encontramos las contracciones repetitivas que se utilizan en la reeducación de los músculos débiles debido a que facilita su contracción y aumenta la fuerza, resistencia y coordinación, también está la estabilización rítmica que es indicada para mejorar el inicio de la contracción de los músculos débiles y así dar estabilidad articular, finalmente otra de las técnicas estimuladoras es la de inversiones lentas la misma que facilita y mejora la coordinación de los músculos débiles.

En las técnicas relajadoras están el mantener y relajar que se obtiene tras la contracción potente del grupo muscular contracturado, también se cuenta con el contraer y relajar, el mismo que hace que la contracción isotónica del patrón antagonista se sigue de una relajación del mismo.

3.8. Terapia Psicomotriz en pacientes con Parálisis Cerebral según el método Bobath

3.8.1. Definición:

El enfoque Bobath es una terapia especializada aplicada a tratar los desórdenes del movimiento y la postura derivados de lesiones neurológicas centrales.

3.8.2. Fundamentos del Concepto Bobath

- Enfatizar sobre la calidad del movimiento.
- El programa de abordaje se planifica para cada individuo.
- El tratamiento Bobath se puede aplicar a cualquier patología de carácter neurológico.
- El entrenamiento a los padres es esencial.

3.8.3. Tratamiento temprano

El cerebro en los primeros años de vida es aún inmaduro, con gran plasticidad; y manejando al niño desde la periferia podemos influir sobre su SNC. Con el tratamiento temprano se puede evitar la adquisición y habituación a patrones anormales de hipertonía y aparición de contracturas y deformidades.

Se basa fundamentalmente en la inhibición de patrones de actividad tónica refleja anormal combinando con la facilitación de patrones motores normales.

Los ejercicios que habitualmente se aplican a personas con parálisis o alguna lesión neurológica van encaminados a reducir la espasticidad y mejorar el tono y fuerza muscular entre ellos están los ejercicios de extensión, flexión, aducción y abducción de articulaciones combinado con ejercicios de rotación pudiendo ser realizados de manera permanente para así evitar deformidades y entumecimiento de las articulaciones.

3.9. Facilitar el Desarrollo Psicomotor

Se enfoca en el alineamiento y la estabilidad postural, permitiendo actividades motrices como el control cefálico, volteo, alcance de los objetos,

gateo, cambios de postura, bipedestación y marcha las mismas que promueven el desarrollo de la percepción espacial, el conocimiento del propio cuerpo y la exploración del entorno haciendo uso de ejercicios motrices finos, es decir realizar movimientos independientes de ciertas partes del cuerpo como las manos, dedos, boca, ojos, etc., también se realiza gestos y muecas como respingar la nariz, guiñar el ojo, levantar las cejas, entre otras; se pueden incluir actividades como recoger objetos de diverso tamaño, lanzar pelotas con ambas manos y en forma alternada, armar rompecabezas, amasar, pintar, rasgar, punzar, recortar, pegar, ensartar, usando instrumentos que no lesionen al paciente.

3.10. Reducir la Espasticidad

La espasticidad es un aumento anormal del grado de contracción muscular, los músculos espásticos se contraen es decir generan fuerza a destiempo y en forma exagerada cuando la persona intenta un movimiento, es por ello que se pretende proporcionar bienestar y mejorar las posiciones y el movimiento funcional para así reducir la espasticidad.

Existen los estiramientos pasivos musculares que suelen ser una práctica habitual para prevenir la hipoextensibilidad del músculo espástico, también están los estiramientos prolongados.

3.11. Reducir las Limitaciones Funcionales

La frecuencia del tratamiento varia dependiendo de los recursos disponibles, de las necesidades de los padres y de la respuesta del niño ante el tratamiento, esto debe representar un progreso para que el niño pueda integrar las actividades aprendidas en habilidades funcionales.

3.11.1. Programas de carga en Bipedestación.

Consiste en la utilización de material adecuado para lograr la posición correcta en bipedestación y que le permita luego estar de pie sin ayuda de estos recursos.

3.11.2. Ayudar a la Movilidad

Existen niños que necesita de ayuda para la movilidad en su proceso de aprendizaje o para su independencia en los desplazamientos, esta ayuda consiste en capacitar al niño a explorar el entorno mientras adquiere la sensación de autonomía y competencia, adaptándolo dentro de su entorno natural.

- **POSICIONAMIENTO PERSONAL**

  Es conveniente tener un conocimiento amplio sobre las personas con parálisis cerebral, para poder brindar en base a sus características, limitaciones y destrezas un tratamiento acorde a sus necesidades, interviniendo de una forma consiente, sabiendo que ejercicios y actividades se deben aplicar sin causar daños o lesiones mayores en el paciente, para ello se debe tomar precauciones como el aseo personal, calentamiento muscular, estado de ánimo en el que se encuentre el paciente, los materiales a utilizar y el espacio físico en el cual se vaya a intervenir.

  Los ejercicios que se realizaron con los pacientes fueron acordes a la parálisis cerebral que presentaban, en el caso de la espasticidad se incluyeron ejercicios motrices como flexión, extensión, abducción y aducción, ejercicios circulares y laterales, estiramientos pasivos y prolongados de las distintas partes del cuerpo, iniciándose desde las partes distales como dedos de las manos y pies, hasta avanzar al tronco, pudiendo ser estos asistidos o dirigidos según el caso, previo calentamiento de los miembros, en la atetosidad, se realizó un calentamiento antes de ejecutar los ejercicios que son los mismos empleados en la espasticidad a diferencia que en estos se debe utilizar pesas para mejorar el tono y fuerza muscular, también se puede incluir el rasgado, pintado, punzado, modelado, ensartado, entre otras para mejorar la coordinación motriz del paciente.

Para la bipedestación y postura se realizaron ejercicios de flexión y extensión de los miembros inferiores, apoyo en paralelas, ejercicios en líneas rectas, curvas en zig-zag, caminar sobre diferentes texturas, asenso y descenso en gradas, ejercicios sobre el balón y rodillo terapéutico. Todos los ejercicios que se realizaron no deben ir más allá de 45 minutos puesto que se puede lesionar y agravar las condiciones del paciente.

Cabe recalcar que el trabajo realizado durante nuestro proyecto de tesis, ha sido muy gratificante no solo por los resultados obtenidos, sino además por la necesidad de auto-instruirnos, para poder brindar una atención eficiente y coherente frente a las necesidades de nuestros pacientes.

Luego de haber culminado con nuestra labor y haber obtenido logros durante el proceso, dejamos a consideración nuestro trabajo realizado esperando sea productivo para futuras intervenciones e investigaciones académicas.

4. MATERIALES Y MÉTODOS

4.1. PRIMER OBJETIVO ESPECÍFICO

Recolección de información de los pacientes con parálisis cerebral que formarán parte del Proyecto de Psicorrehabilitación Comunitaria III Etapa

4.1.1. INSTRUMENTOS APLICADOS

- ✓ Ficha de Inscripción
- ✓ Ficha de Localización
- ✓ Ficha de distribución de pacientes
- ✓ Ficha individual de información

4.1.2. METODOLOGÍA ESPECÍFICA

Para poder obtener datos informativos de los pacientes atendidos durante el desarrollo del Proyecto, se aplicó la ficha de inscripción **(Anexo Nº 3 Ficha de inscripción)** la misma que nos sirvió para obtener información como nombres completos, fecha y lugar de nacimiento, motivo de consulta, antecedentes, entre otros, de igual forma aplicamos la ficha de localización **(Anexo Nº 4 Ficha de localización)** la misma que nos fue de gran ayuda para conocer la ubicación geográfica y unidad de atención de cada uno de los pacientes del programa, así mismo se aplicó la ficha de distribución de pacientes **(Anexo Nº 5 Ficha de distribución de pacientes),** la cual nos ayudó a establecer los horarios de atención para cada paciente durante el desarrollo del proyecto.

Posterior a ello emplearemos la ficha individual de información **(Anexo Nº 6 Ficha individual de información)** la misma que nos facilitó tener un diagnóstico descriptivo del paciente, dentro de la ficha constaron datos informativos del paciente, antecedentes familiares, antecedentes personales (periodo prenatal, perinatal y postnatal), escolaridad, antecedentes patológicos entre otros, también nos permitió conocer el desarrollo motriz, desarrollo del lenguaje, su formación escolar y la relación con su entorno.

4.2. SEGUNDO OBJETIVO ESPECÍFICO

Evaluar el área Psicomotriz a través de instrumentos psicotécnicos de los pacientes con parálisis cerebral

4.2.1. INSTRUMENTOS APLICADOS

- ✓ Ficha de Evaluación Psicomotriz

4.2.2. METODOLOGIA ESPECÍFICA

Posteriormente se aplicó la ficha de evaluación Psicomotriz **(Anexo Nª 7 Ficha de Evaluación Psicomotriz),** la cual nos sirvió para evaluar la tonicidad, reflejos tónicos, coordinación corporal, equilibrio, lateralidad, agilidad, conciencia corporal y fuerza de los pacientes principalmente de aquellos que presentan parálisis cerebral, cuya escala de calificación irá del 4 que corresponde a ejercicio no ejecutado hasta el 10 que corresponde a ejercicio excelentemente ejecutado; así mismo dentro de los parámetros evaluados se tomó en consideración, el control de cabeza, hombros, brazos, manos, tronco y piernas, cada una de ellas con diferentes ejercicios a realizarse para que la evaluación sea completa.

4.3. TERCER OBJETIVO ESPECÍFICO

Realizar las planificaciones correspondientes al área afectada de los pacientes con parálisis cerebral

4.3.1. INSRUMENTOS APLICADOS

- ✓ Planificación individual de actividades.

4.3.2. METODOLOGÍA ESPECÍFICA

Luego de haber tomando en cuenta la información obtenida mediante la aplicación de las fichas ya mencionadas anteriormente, se realizó la planificación correspondiente al área afectada de cada paciente con parálisis cerebral, para la posterior intervención terapéutica, dentro de la cual se abarcó, datos informativos (Nombre, Edad, Discapacidad, Facilitador responsable, Tiempo de ejecución), área (psicomotriz, lenguaje, cognitiva, psicoafectiva, personal – social) con sus correspondientes sub áreas, objetivos basados en las áreas de intervención a rehabilitarse, estos pueden ser alcanzados a corto, mediano o largo plazo, también constó el parámetro de actividades acordes a los objetivos planteados, recursos, dentro de los mismos se incluían recursos humanos y recursos materiales y finalmente

evaluación, en la cual se constató el avance obtenido en los pacientes durante el transcurso del proyecto. **(Anexo Nº 8 Planificación individual de actividades)**

4.4. CUARTO OBJETIVO ESPECÍFICO

Brindar atención especializada e individualizada a los pacientes con parálisis cerebral de la parroquia Lucero y ciudad de Cariamanga

4.4.1. METODOLOGÍA ESPECÍFICA

Para poder brindar una adecuada intervención terapéutica con el fin de lograr y alcanzar un buen desenvolvimiento de las planificaciones previamente elaboradas y así obtener resultados esperados la atención será llevó a cabo en el domicilio de cada paciente y de igual forma en la escuela especial " San José" ubicada en la ciudad de Cariamanga.

La intervención terapéutica fue realizada acorde a la ficha de distribución de pacientes en horarios de atención de 08:00 a 12:00 y de 15:00 a 18:00 los días lunes, martes y miércoles, tomando en cuenta que el tiempo de duración de cada terapia será de 30 a 45 minutos con cada paciente, los días jueves se brindó atención en terapias alternativas como Hidroterapia, Hipoterapia y terapia Psicomotriz en las instalaciones del Batallón de Infantería Nº 20 "Capitán Días" las mismas que fueron llevadas a cabo en horarios de 08:00 a 12:00.

Dentro de la intervención que se brindó, se incluyó y capacitó a los padres de familia para que conozcan el tratamiento a efectuarse y de esta manera puedan realizar las actividades en casa con el fin de que la terapia sea constante y se puedan obtener mejores resultados.

4.5. QUINTO OBJETIVO ESPECÍFICO

Socializar los resultados obtenidos del proyecto de Psicorrehabilitación Comunitaria III Etapa a los alumnos que cursan el cuarto y octavo módulo de la carrera de Psicorrehabilitación y Educación Especial de la Universidad Nacional de Loja

4.5.1. MEDOTOLOGÍA ESPECÍFICA

Con el fin de dar a conocer la intervención y trabajo realizado en la parroquia Lucero y ciudad de Cariamanga del Cantón Calvas, se socializó nuestro

Proyecto de Desarrollo Comunitario, a los alumnos del cuarto y octavo módulo de la carrera de Psicorrehabilitación y Educación Especial, mediante la entrega de trípticos, presentación en infocus, videos, álbum fotográfico de los pacientes con parálisis cerebral atendidos y demostración de ejercicios aplicados utilizando muñecos de caucho y balones terapéuticos. Una vez culminado el taller se aplicó una encuesta (**Anexo Nº 9 Encuesta**), la misma que consta de 3 preguntas encaminadas conocer la aceptación del taller y el interés de que en la carrera se implemente un taller de Psicomotricidad utilizando técnicas como las aplicadas en el mismo.

POBLACIÓN Y MUESTRA

La población total que se atendió durante el proyecto de Psicorrehabilitación Comunitaria III Etapa es de 29 pacientes, pero para nuestro proyecto de investigación hemos tomado una muestra de 07 pacientes que presentan parálisis cerebral, de los cuales 01 pertenece al sexo femenino y 06 al sexo masculino

NOMBRE	EDAD	SEXO	DISCAPACIDAD O PROBLEMA
Hoover R.	6	M	Problemas de Lenguaje
Carlos F.	12	M	Problemas de Lenguaje
Yesenia E.	9	F	Problemas de Aprendizaje
Ángel G.	**4**	**M**	**Discapacidad Física (PCI)**
Cristopher J.	**1**	**M**	**Discapacidad Física (PCI)**
Cristian R.	7	M	Problemas de Aprendizaje
Carlos I.	8	M	Discapacidad Auditiva
Jonathan F.	9	M	Discapacidad Auditiva
Fredy R.	10	M	Problemas de Aprendizaje
Sandra M.	2	F	Discapacidad Múltiple
Carlos J.	**7**	**M**	**Discapacidad Física (PCI)**
Tito R.	19	M	Discapacidad Física
Anahí N.	4	F	Discapacidad Física

Leandro J.	**4**	**M**	**Discapacidad Física (PCI)**
Antonio V.	6	M	Problemas de Lenguaje y Aprendizaje
Francisco	2	M	Problemas de lenguaje
José A.	7	M	Problemas de Lenguaje
Juan R.	7	M	Problemas de Lenguaje y Aprendizaje
Nathaly D.	5	F	Problemas de lenguaje
Luís S.	10	M	Problemas de aprendizaje
Bryan	10	M	Problemas de lenguaje
John O.	11	M	Problemas de aprendizaje
Nelson J.	10	M	Problemas de aprendizaje
Rolando	**20**	**M**	**Discapacidad Física (PCI)**
Jonathan	**10**	**M**	**Discapacidad Física (PCI)**
Angel S.	15	M	Discapacidad Sensorial (auditiva)
Miguel A.	11	M	Discapacidad Intelectual (Síndrome de Down)
Karen P.	**5**	**F**	**Discapacidad Física (PCI)**
Susana C.	10 meses	F	Estimulación Temprana

ÁREAS	SUB - ÁREAS
1. PERSONAL - SOCIAL	1.1. Hábitos de cortesía 1.2. Vestido 1.3. Alimentación 1.4. Higiene 1.5. Seguridad
2. COGNITIVA	2.1. Esquema corporal 2.2. Calculo 2.3. Lecto – escritura 2.4. Nociones temporales 2.5. Nociones espaciales 2.6. Comprensión del entorno 2.7. Percepciones 2.8. Procesos cognitivos (atención, concentración y memoria)
3. LENGUAJE	3.1. Comprensivo 3.2. Fonética 3.3. Fonológica 3.4. Semántica 3.5. Morfosintáxis 3.6. Pragmática
4. PSICOMOTRIZ	4.1. Motricidad gruesa: 4.1.1. Movilidad 4.1.2. Equilibrio 4.1.3. Fuerza muscular 4.2. Motricidad fina: 4.2.1. Comprensión manual 4.2.2. Comprensión táctil 4.2.3. Coordinación visomotora

5. PSICOAFECTIVA	5.1. Conducta: 5.1.1. Pasiva 5.1.2. Agresiva 5.2. Afectiva y emocional 5.3. Autoestima 5.4. Relaciones familiares 5.5. Valores

Las actividades a llevarse a cabo con cada uno de los pacientes fueron realizadas previa planificación en la cual se incluían las áreas con sus respectivas sub-áreas, y el objetivo de cada una de ellas, para lo cual se desarrollaron diversas actividades, dependiendo del área afectada de cada paciente según la discapacidad o necesidad educativa especial que presenten, lo que permitió de una u otra manera contribuir con su mejoramiento; se debe tener en consideración que para que la intervención y cumplimiento de la planificación se pueda llevar a cabo se contó con materiales y recursos necesarios para cada sesión terapéutica, teniendo un periodo de atención de 5 meses. Para finalmente evaluar los avances alcanzados.

5. ANÁLISIS DE RESULTADOS

OBJETIVO ESPECIFICO 1:

Recolección de información de los pacientes con parálisis cerebral que formarán parte del Proyecto de Psicorrehabilitación Comunitaria III Etapa

INTRUMENTOS APLICADOS

- **Ficha de Inscripción**

Dentro de cada comunidad se inscribía a los pacientes que formaron parte del programa de Psicorrehabilitación Comunitaria en su III Etapa y así lograr un primer acercamiento con los pacientes y sus familiares, obteniendo datos significativos en cuanto a la edad, sexo, motivo de consulta, antecedentes patológicos y diagnostico, para de esta manera comprometer tanto a los padres como a las investigadoras y así llevar a cabo el tratamiento terapéutico en los horarios acordados, contando con una población de 29 pacientes, de los cuales tomamos para nuestro trabajo investigativo una muestra de 7 pacientes con parálisis cerebral

CUADRO Nº 1

Casos	Edad	Sexo	Motivo de consulta	Antecedentes P. P.	Diagnóstico
N.N. 1	4 años	M	Incapacidad para moverse	Convulsiones por fiebre alta	P.C. Cuadriplejía - Espástica
N.N. 2	1año	M	No gatea	Ictericia postnatal	P.C. Cuadriplejía - Espástica
N.N. 3	7 años	M	No utiliza su mano izquierda	Anoxia perinatal	P.C. Monoplejía - Espástica

N.N. 4	4 años	M	Incapacidad para moverse	Anoxia perinatal	P.C. Cuadriplejía - Espástica
N.N. 5	4 años	F	No mueve su pierna y brazo derecho, Cialorrea	Convulsiones por fiebre alta	P.C. Hemiplejía - Espástica
N.N. 6	20 años	M	Falta de coordinación de movimientos	Traumatismo Cráneo Encefálico al 1 año de edad	P.C. Cuadriplejía - Atáxica
N.N. 7	10 años	M	Falta de movilidad	Paro cardiaco, neumonía, convulsiones	P.C. Cuadriplejía - Espástica

Las edades de los 7 pacientes con parálisis cerebral, fluctúan entre 1 a 20 años de edad, de los cuales 1 pertenece al sexo femenino y 6 al sexo masculino, dentro de los motivos de consulta que se nos informó previa la atención terapéutica constan falta de movilidad de uno o más miembros y sialorrea; entre los antecedentes patológicos personales se incluyen las convulsiones por fiebre alta, ictericia, anoxia perinatal, traumatismo cráneo encefálico, paro cardiaco y neumonía. En cuanto al diagnóstico se puede evidenciar que un número de 4 pacientes se encuentran aquellos con P.C. Cuadriplejía – Espástica, seguido de 1 con monoplejía espástica, otro con Hemiplejía – Espástica y finalmente 1 paciente con Cuadriplejía - Espástica

- **Ficha de Localización**

Nos ayudó a establecer la ubicación geográfica de todos los pacientes que fueron atendidos, como su parroquia y barrio, los mismos que presentaban algún tipo de discapacidad o necesidad educativa especial, así como determinar la unidad de atención donde se les brindó el tratamiento adecuado según el área afectada, considerando las visitas domiciliarias para determinados casos en los que se les dificultaba salir del domicilio ya sea por la discapacidad del paciente, condiciones climáticas o la zona en la cual habitan.

CUADRO Nº2

Nº	Parroquia	Barrio	Unidad de atención	Diagnóstico
1	Lucero	San Roque	Domicilio del paciente	P.C. Cuadriplejía - Espástica
2	Lucero	Tuburo	Domicilio del paciente	P.C. Cuadriplejía - Espastica
3	Cariamanga	La Fragua	Escuela Esp. “San José”	P.C. Monoplejía - Espástica
4	Cariamanga	Shilupa	Escuela Esp. “San José”	P.C. Cuadriplejía - Espástica
5	Cariamanga	Tierras Coloradas	Escuela Esp. “San José”	P.C. Hemiplejía - Espástica
6	Cariamanga	Mirador Bajo	Escuela Esp. “San José”	P.C. Cuadriplejía - Atáxica
7	Cariamanga	San Sebastián	Domicilio del paciente	P.C. Cuadriplejía - Espástica

De los 7 pacientes con parálisis cerebral 2 de ellos pertenecen a la parroquia Lucero mientras que los 5 restantes son de Cariamanga los mismos que fueron atendidos en la escuela especial “San José” según la necesidad y ubicación geográfica de los mismos.

- **Ficha de distribución de pacientes**

La misma nos facilitó la organización de los pacientes en cuanto a los horarios y días de atención, que fueron llevadas a cabo de lunes a miércoles de 09:00 a 12:00 y por las tardes de 15:00 a 18:00, con una intervención de 45 minutos por paciente, cabe recalcar que los días jueves se brindó atención en terapias alternativas como hidroterapia e hipoterapia y terapia psicomotriz de 08:00 a 12:00.

CUADRO Nº3

HORARIO	LUNES	MARTES	MIERCOLES
09:00 – 09:45			
09:45 – 10:30		N.N. 1	
10:30 – 11:15			
11:15 – 12:00		N.N. 2	
15:00 – 15:45	N.N. 3 – N.N. 5	N.N. 3 – N.N. 5	N.N. 3 – N.N. 5
15:45 – 16:30	N.N. 4	N.N. 4	N.N. 4
16:30 – 17:15			N.N. 6
17:15 – 18:00	N.N. 7	N.N. 7	N.N. 7

En a la distribución de pacientes, se establecieron horarios que iban desde las 09:00 a 12:00 y de 15:00 a 18:00, los días lunes, martes y miércoles, brindando atención a los pacientes con parálisis cerebral en la parroquia Lucero los días martes y en la ciudad de cariamanga los días ya señalados en horarios de la tarde.

- **Ficha individual de información**

La ficha individual de información nos permitió obtener datos personales sobre los antecedentes del paciente tanto en el periodo prenatal, perinatal y postnatal, también nos ayudó a conocer el desarrollo motriz, desarrollo del lenguaje, desarrollo del sistema nervioso y demás antecedentes patológicos, con el fin de dar un adecuado tratamiento previa la aplicación de reactivos como la ficha de evaluación psicomotriz, test de melgar, test de nociones básicas.

Entre los datos más relevantes podemos señalar que:

- Durante el embarazo 5 de las madres tuvieron una dieta regular, mientras que 2 de ellas una buena dieta.
- Los 7 pacientes nacieron por parto normal
- Entre las posibles causas de la parálisis cerebral se incluyen, anoxia perinatal, es decir falta de oxígeno durante el parto, convulsiones por fiebre alta, ictericia postnatal (color amarillento

en piel del bebé producido por un exceso de bilirrubina), traumatismo cráneo encefálico producido por golpes, accidentes o la utilización de forceps durante el parto.

- En el desarrollo motriz los pacientes presentan diferentes dificultades en: el control cefálico, sedentación, bipedestación, marcha y lateralidad
- De los 7 pacientes 5 de ellos no articulan ninguna palabra, y los 2 restantes si lo hacen aunque con ciertas dificultades
- En cuanto al parámetro de evaluación del sistema nervioso los 7 pacientes con parálisis cerebral manifestaron espasticidad en sus miembros afectados
- En la escolaridad solo uno de los pacientes asiste a clases en el nivel primario

OBJETIVO ESPECÍFICO 2

Evaluar el área Psicomotriz a través de instrumentos psicotécnicos de los pacientes con parálisis cerebral

ANALISIS DE CASOS

Al aplicar la ficha de Evaluación Psicomotriz, se pudo obtener los siguientes resultados, previo a la intervención de los pacientes con parálisis cerebral del barrio San Roque (Lucero) y ciudad de Cariamanga

INSTRUMENTOS APLICADOS

- **Ficha de Evaluación Psicomotriz**

Para poder obtener una mejor valoración del área psicomotriz de los pacientes que presentan parálisis cerebral se aplicó la ficha de Evaluación Psicomotriz la misma que nos facilitó la adquisición de datos como la tonicidad muscular, conciencia corporal, coordinación corporal, equilibrio, elasticidad, agilidad y fuerza, para lo cual se realizaron diversos ejercicios como control de cabeza, control de hombros, control de brazos, control de manos, control del tronco, control de las piernas y control de los pies, logrando de esta manera realizar la planificación correspondiente a la zona afectada.

CUADRO Nº 1

EDAD	F1	F%
1	1	14%
4	3	44%
7	1	14%
10	1	14%
20	1	14%
TOTAL	**7**	**100%**

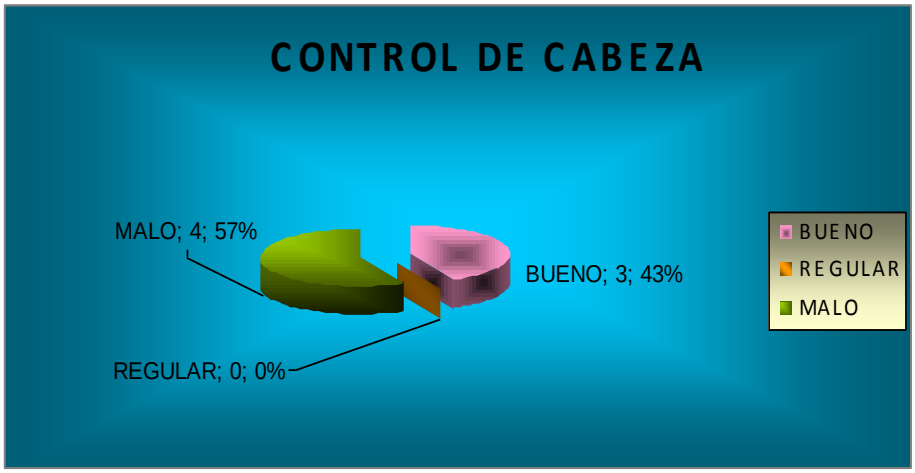
De los 7 pacientes con parálisis cerebral atendidos, tenemos 3 con una edad de 4 años, 1 de un año de edad, 1 de 7 años, 1 de 10 años y finalmente 1 de 20 años de edad.

CUADRO Nº 2

RESULTADOS/ FICHA DE EVALUACIÓN PSICOMOTRIZ

CONTROL DE CABEZA	F	F%
BUENO	3	43
REGULAR	0	0
MALO	4	57
TOTAL	7	100

REPRESENTACIÓN GRÁFICA



FUENTE: Ficha de Evaluación Psicomotriz

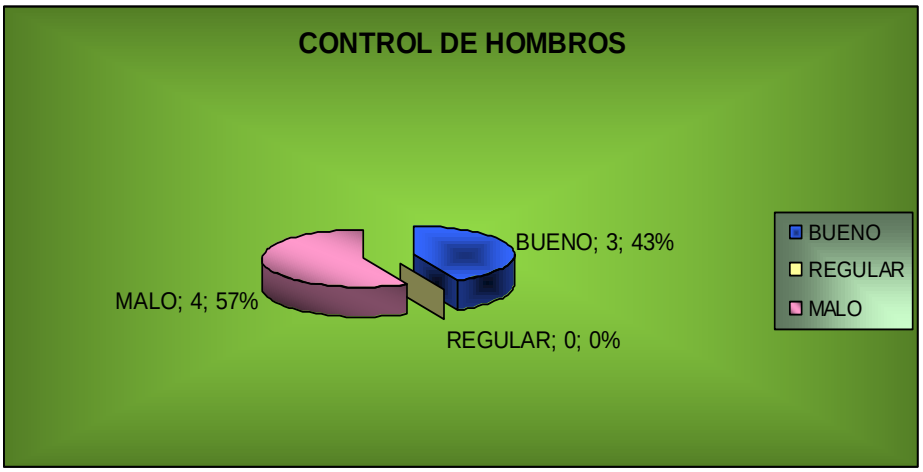
Los resultados obtenidos en el primer parámetro de evaluación correspondiente al control de cabeza de los pacientes con parálisis cerebral arrojaron los siguientes resultados, 4 de los pacientes correspondientes al 57% no tienen control cefálico puesto que no inclinan su cabeza hacia delante, atrás, a los lados no logran rotar la cabeza en forma circular, mientras que 3 de ellos que representan el 43% si logran controlar su cabeza durante el movimiento.

CUADRO Nº 3

RESULTADOS/ FICHA DE EVALUACIÓN PSICOMOTRIZ

CONTROL DE HOMBROS	F	F%
BUENO	3	43
REGULAR	0	0
MALO	4	57
TOTAL	7	100

REPRESENTACIÓN GRÁFICA



FUENTE: Ficha de Evaluación Psicomotriz

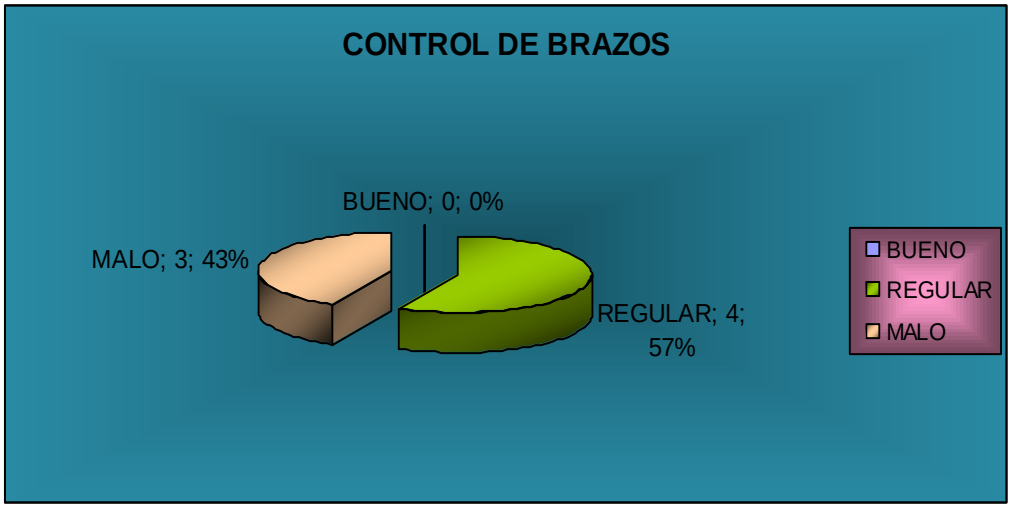
En cuanto al control de hombros se pudo obtener que 4 de los pacientes con un 57% tienen un mal control de hombros, debido a que no logran subir y bajar sus hombros, tampoco lo realizan alternadamente, seguido de 3 de ellos con un 43% que cuentan con un buen control de esta parte de su cuerpo.

CUADRO Nº 4

RESULTADOS/ FICHA DE EVALUACIÓN PSICOMOTRIZ

CONTROL DE BRAZOS	F	F%
BUENO	0	0
REGULAR	4	57
MALO	3	43
TOTAL	7	100

REPRESENTACIÓN GRÁFICA



FUENTE: Ficha de Evaluación Psicomotriz

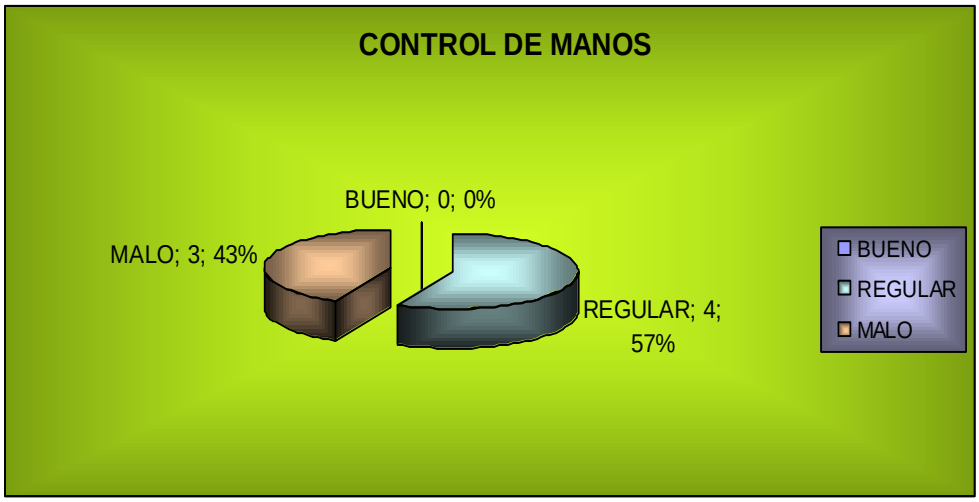
De acuerdo a los resultados obtenidos en el control de brazos 4 pacientes que corresponden al 57% se les dificulta estirar los brazos hacia los lados, dirigirlos hacia arriba y adelante, por lo que no pueden seguir órdenes sencillas como tocar los hombros con las manos, debido a ello poseen un control regular de sus brazos, mientras que en un 43% que representan a 3 de los pacientes no realizan los movimientos antes mencionados, es por ello que su control de brazos es malo.

CUADRO Nº 5

RESULTADOS/ FICHA DE EVALUACIÓN PSICOMOTRIZ

CONTROL DE MANOS	F	F%
BUENO	0	0
REGULAR	4	57
MALO	3	43
TOTAL	7	100

REPRESENTACIÓN GRÁFICA



FUENTE: Ficha de Evaluación Psicomotriz

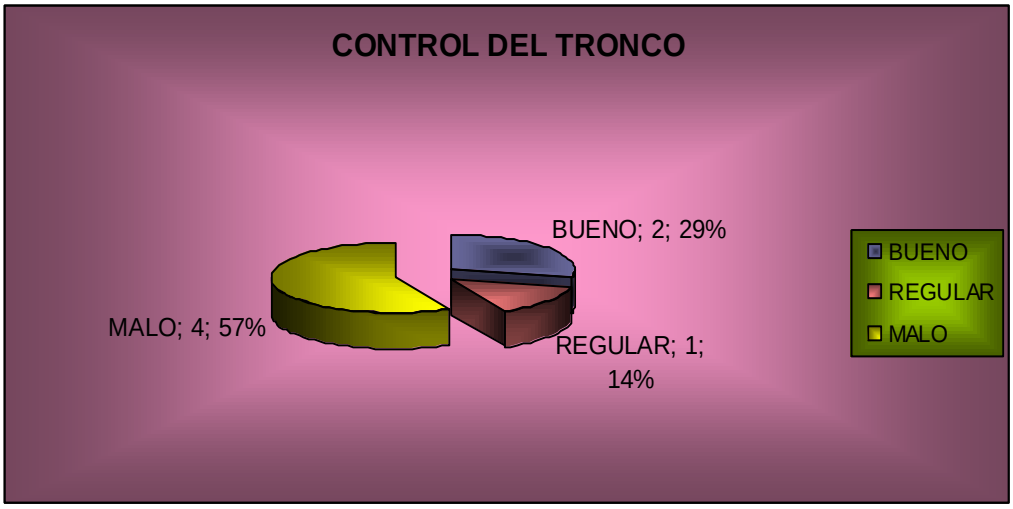
En un mayor porcentaje del 57% que representa a 4 de los pacientes tienen un control regular de sus manos puesto que se les dificulta abrir y cerrar sus puños, girar las manos, tocar cada uno de sus dedos con el pulgar, o sujetar un objeto con sus manos y en un menor porcentaje del 43% correspondiente a 3 de los pacientes no realizan ninguno de los movimientos antes mencionados.

CUADRO Nº 6

RESULTADOS/ FICHA DE EVALUACIÓN PSICOMOTRIZ

CONTROL DEL TRONCO	F	F%
BUENO	2	29
REGULAR	1	14
MALO	4	57
TOTAL	7	100

REPRESENTACIÓN GRÁFICA



FUENTE: Ficha de Evaluación Psicomotriz

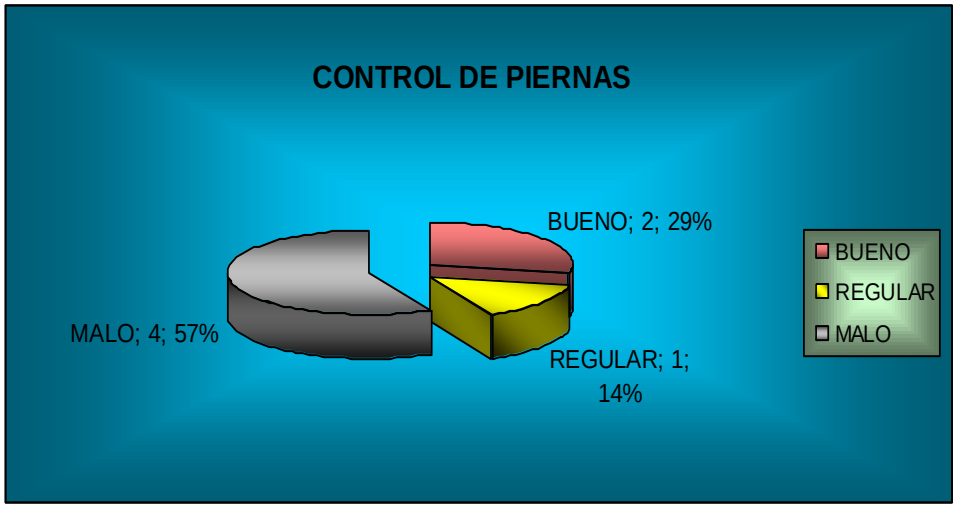
En este parámetro se pudo obtener que 4 de los pacientes con un 57% no tienen control del tronco, puesto que no cuentan con una rectitud de su columna vertebral, flexión del tronco hacia delante o atrás y rotación del mismo, seguido de 2 de ellos con un 29% que tienen estabilidad del tronco durante el movimiento y pueden realizar los ejercicios mencionados anteriormente, mientas que 1 de los pacientes con un 14% si logran ejecutar los movimientos con dificultad, encontrándose en un parámetro regular del control del tronco.

CUADRO Nº 7

RESULTADOS/ FICHA DE EVALUACIÓN PSICOMOTRIZ

CONTROL DE PIERNAS	F	F%
BUENO	2	29
REGULAR	1	14
MALO	4	57
TOTAL	7	100

REPRESENTACIÓN GRÁFICA



FUENTE: Ficha de Evaluación Psicomotriz

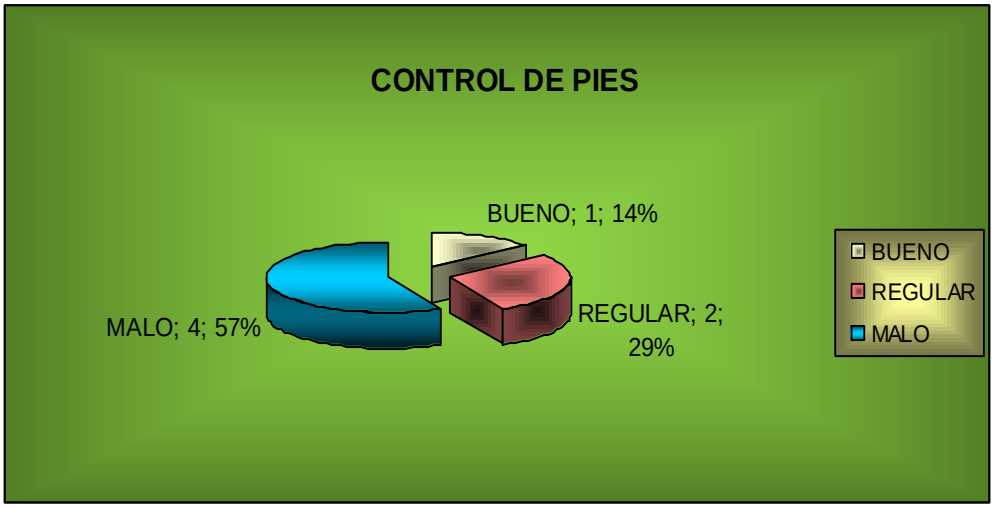
De los pacientes con parálisis cerebral se pudo obtener que 4 de ellos con un 57% no tienen un control de piernas, puesto que no flexionan las rodillas, no levantan las piernas hacia delante, no pueden hincarse en una superficie plana, ni tampoco sentarse estirando las piernas, sin embargo 2 pacientes con un 29% logran flexionar las rodillas en posición decúbito supino, hincarse, sentarse y realizar diversos movimientos con sus piernas, finalmente en 1 de los pacientes con un 14% se pudo evidenciar que logra realizar movimientos con sus piernas pero con dificultad.

CUADRO Nº 8

RESULTADOS/ FICHA DE EVALUACIÓN PSICOMOTRIZ

CONTROL DE PIES	F	F%
BUENO	1	14
REGULAR	2	29
MALO	4	57
TOTAL	7	100

REPRESENTACIÓN GRÁFICA



FUENTE: Ficha de Evaluación Psicomotriz

En un 57% que representa a 4 de los pacientes, tenemos que su control de pies es malo, puesto que no logran subir y bajar puntas de los pies, tampoco pueden girar los pies, seguido de 2 pacientes con un 29% que realizan estos ejercicios pero con dificultad, en cuanto a 1 de ellos que corresponde al 14% tiene un buen control de sus pies.

CUADRO Nº 9

RESULTADOS/ FICHA DE EVALUACIÓN PSICOMOTRIZ

PARÁMETROS SEGÚN LA ZONA CORPORAL AFECTADA

CASOS	TIPO DE P.C.	TONICIDAD	R. TONICOS	C. CORPORAL	COORD.	EQUIL.	FUERZA
N.N. 1	Cuadriplejía espástica	X					
N.N. 2	Cuadriplejía espástica	X	X				
N.N. 3	Monoplejía espástica	X	X	XX	XX	XX	X
N.N. 4	Cuadriplejía espástica	X					
N.N. 5	Hemiplejía espástica	X	X	X	X	X	X
N.N. 6	Cuadriplejía atáxica	X	X	X	X	X	X
N.N. 7	Cuadriplejía espástica	X					

FUENTE: Ficha de Evaluación Psicomotriz

Tomando en cuenta la zona corporal afectada, evaluada previa la intervención con cada paciente se pudo obtener en tres de los casos que corresponden al Caso N.N.1, N.N. 4 y N.N. 7 que su tonicidad era del tipo espástica, carecían de reflejos tónicos, conciencia corporal, coordinación, equilibrio y fuerza muscular, en cuanto al caso N.N. 2 presentaba espasticidad en sus miembros afectados, pese a ello cuenta con reflejos tónicos, pero carece de conciencia corporal, coordinación, equilibrio y fuerza muscular , en el caso N.N. 3 presentaba espasticidad en su miembro afectado, reflejos tónicos y fuerza muscular disminuidos, sin embargo no se encuentra comprometida su conciencia corporal, coordinación y equilibrio, el caso N.N. 5 presentaba espasticidad, pero contaba con reflejos tónicos, conciencia corporal, coordinación, equilibrio y fuerza muscular disminuidas, finalmente en el caso N.N. 6 así mismo presentaba espasticidad en sus miembros afectados, en cuanto a la conciencia corporal, coordinación, equilibrio y fuerza para realizar actividades se encuentran disminuidas.

RESULTADOS GENERALES POSTERIOR A LA INTERVENCIÓN

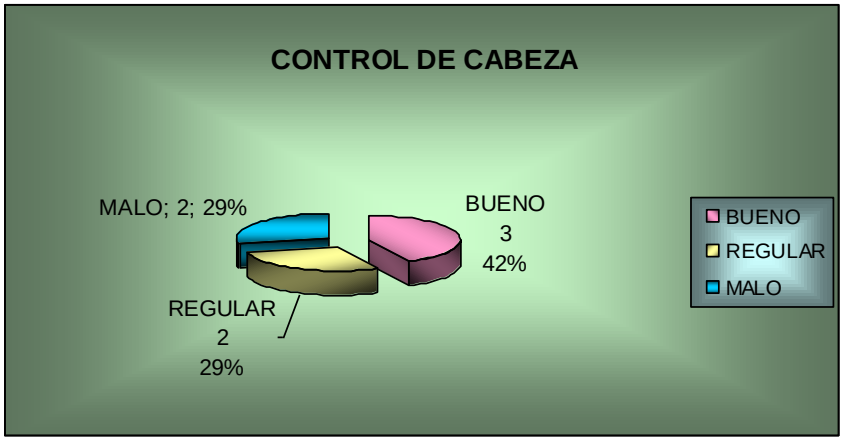
Luego del proceso de intervención se aplicó nuevamente la ficha de Evaluación Psicomotriz, para verificar los avances obtenidos según el área afectada de cada uno de los pacientes con parálisis cerebral obteniendo los siguientes resultados

CUADRO Nº 10

RESULTADOS/ FICHA DE EVALUACIÓN PSICOMOTRIZ

CONTROL DE CABEZA	F	F%
BUENO	3	42
REGULAR	2	29
MALO	2	29
TOTAL	7	100

REPRESENTACIÓN GRÁFICA



FUENTE: Ficha de Evaluación Psicomotriz

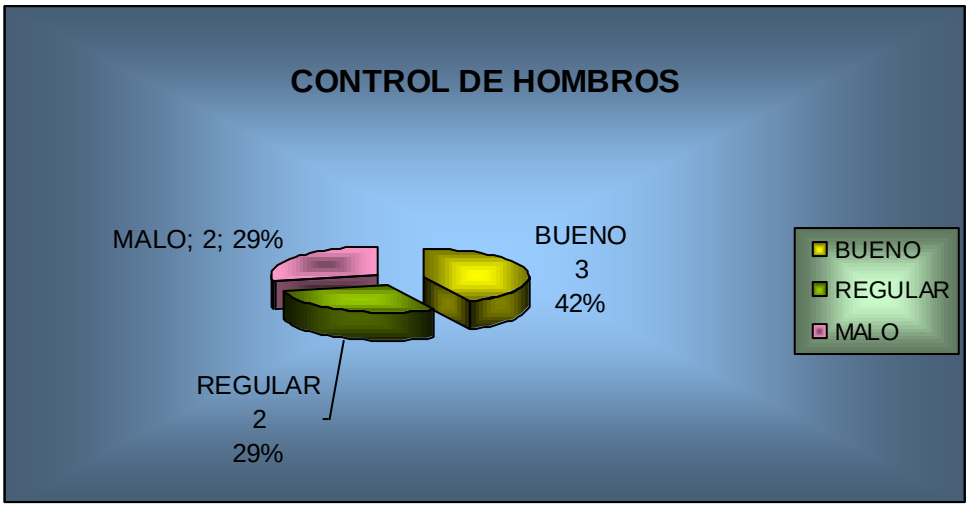
En cuanto al control de cabeza se pudo evidenciar que 3 de los pacientes con un 42% se mantienen con un buen control cefálico, mientras que 2 de ellos con un 29% lograron un avance en cuanto a inclinar su cabeza hacia delante, atrás o a los lados, seguido de 2 pacientes con un 29% que no obtuvieron ningún avance.

CUADRO Nº 11

RESULTADOS/ FICHA DE EVALUACIÓN PSICOMOTRIZ

CONTROL DE HOMBROS	F	F%
BUENO	3	42
REGULAR	2	29
MALO	2	29
TOTAL	7	100

REPRESENTACIÓN GRÁFICA



FUENTE: Ficha de Evaluación Psicomotriz

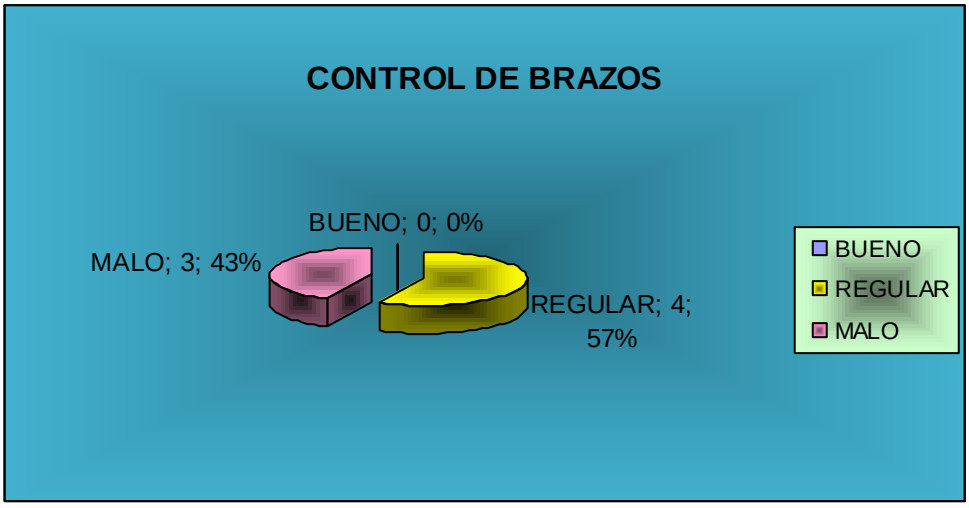
En un 42% que representa a 3 de los pacientes se mantienen dentro de esta categoría con un buen control de hombros, seguido de 2 de ellos con un 29% que mejoraron su control de hombros, puesto que pueden subir y bajar hombros aunque lo hacen con dificultad por lo que se encuentran en un parámetro regular, en cuanto a 2 de los pacientes con un 29% no obtuvieron mejoría en este parámetro.

CUADRO Nº 12

RESULTADOS/ FICHA DE EVALUACIÓN PSICOMOTRIZ

CONTROL DE BRAZOS	F	F%
BUENO	0	0
REGULAR	4	57
MALO	3	43
TOTAL	7	100

REPRESENTACIÓN GRÁFICA



FUENTE: Ficha de Evaluación Psicomotriz

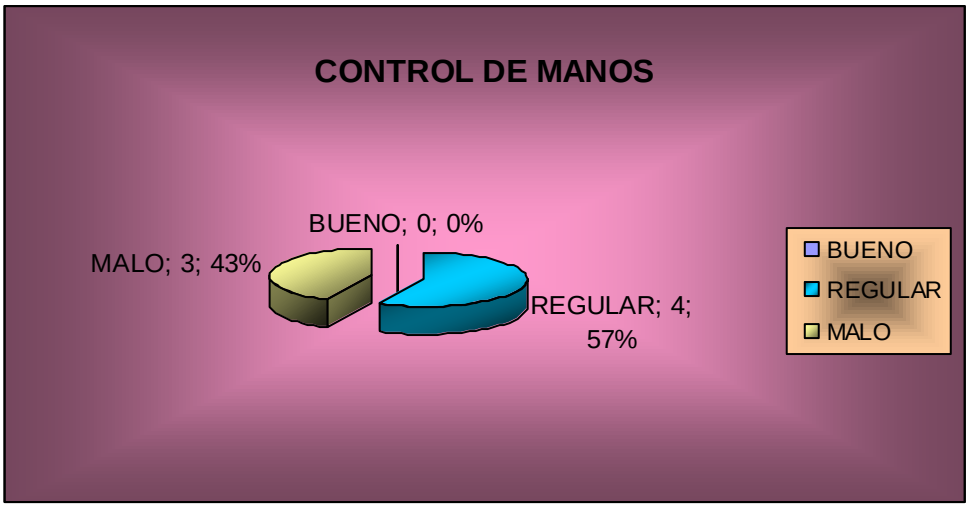
En cuanto al control de brazos encontramos a 4 de los pacientes con un 57% en un control regular, mientras que 3 de ellos con un 43% no cuentan con un correcto control de brazos, cabe recalcar que si se obtuvieron avances en este parámetro pero debido a la dificultad en la ejecución de los movimientos como estirar los brazos a los lados, tocar los hombros con las manos, no se los ubica en la categoría superior

CUADRO Nº 13

RESULTADOS/ FICHA DE EVALUACIÓN PSICOMOTRIZ

CONTROL DE MANOS	F	F%
BUENO	0	0
REGULAR	4	57
MALO	3	43
TOTAL	7	100

REPRESENTACIÓN GRÁFICA



FUENTE: Ficha de Evaluación Psicomotriz

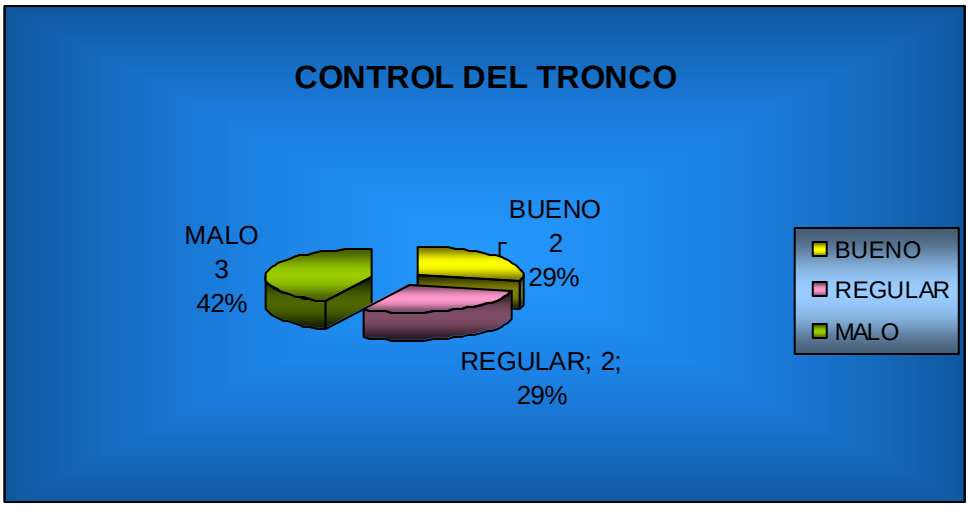
De igual manera en este parámetro encontramos a 4 de los pacientes con un 57% en un control regular de sus manos, pero sin embargo si se obtuvo mejoría en la capacidad de sujetar un objeto, tocar cada dedo con el pulgar, aunque con algunas repeticiones y fallos hasta lograr realizarlo por lo que no se los ubica en el parámetro superior, finalmente 3 de ellos con un 43% no se obtuvieron resultados contando con un mal control de sus manos.

CUADRO Nº 14

RESULTADOS/ FICHA DE EVALUACIÓN PSICOMOTRIZ

CONTROL DEL TRONCO	F	F%
BUENO	2	29
REGULAR	2	29
MALO	3	42
TOTAL	7	100

REPRESENTACIÓN GRÁFICA



FUENTE: Ficha de Evaluación Psicomotriz

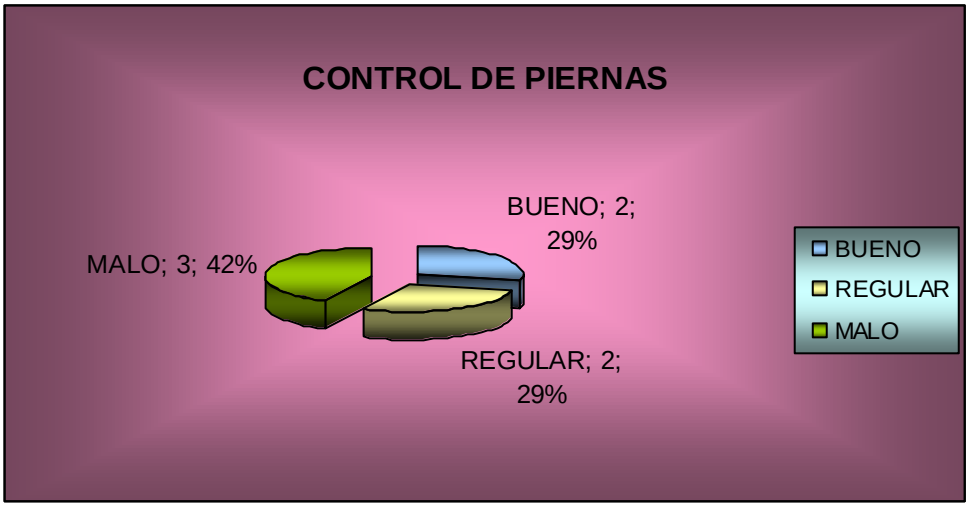
En este parámetro podemos evidenciar que 3 de los pacientes con un 42% continúan con un mal control del tronco, sin embargo se logró avances en la estabilidad del tronco al cargarlo, encontrándose en un parámetro regular contando con 2 pacientes que representan el 29%, mientas que 2 de los pacientes con un 29% se mantienen en un buen control del tronco.

CUADRO Nº 15

RESULTADOS/ FICHA DE EVALUACIÓN PSICOMOTRIZ

CONTROL DE PIERNAS	F	F%
BUENO	2	29
REGULAR	2	14
MALO	3	57
TOTAL	7	100

REPRESENTACIÓN GRÁFICA



FUENTE: Ficha de Evaluación Psicomotriz

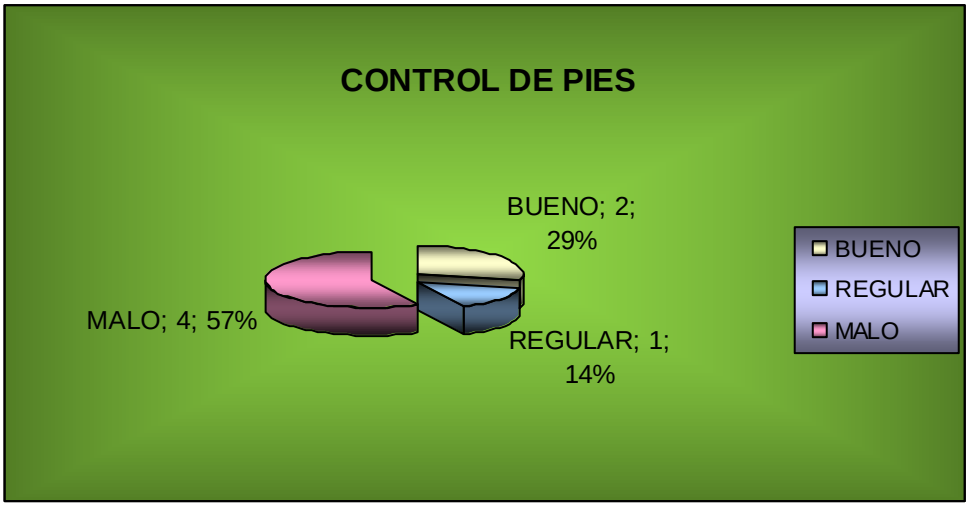
En cuanto al control de piernas en un 42% que representa a 3 pacientes se mantienen en un mal control de piernas, evidenciando avances en la flexión de rodillas en posición supina por lo que encontramos a 2 pacientes con un 29% en la categoría regular, mientras que 2 de los pacientes con un 29% conservan un buen control de piernas.

CUADRO Nº 16

RESULTADOS/ FICHA DE EVALUACIÓN PSICOMOTRIZ

CONTROL DE PIES	F	F%
BUENO	2	29
REGULAR	1	14
MALO	4	57
TOTAL	7	100

REPRESENTACIÓN GRÁFICA



FUENTE: Ficha de Evaluación Psicomotriz

Podemos evidenciar con un 57% que representa a 4 de los pacientes que no mostraron avances, seguido de aquellos que mostraron avances en cuanto al subir y bajar puntas de los pies encontrándose 2 de ellos que representan el 29% en la categoría de buen control de pies, mientras que 1 de los pacientes con un 14% puesto que se observaron avances en la rotación de pies pero no tan significativos es por ello que se mantiene en la categoría regular.

CUADRO Nº 17

RESULTADOS/ FICHA DE EVALUACIÓN PSICOMOTRIZ

PARAMETROS SEGÚN LA ZONA CORPORAL AFECTADA

CASOS	TIPO DE P.C.	TONICIDAD	R. TONICOS	C. CORPORAL	COORD.	EQUIL.	FUERZA
N.N. 1	Cuadriplejía espástica	XX					
N.N. 2	Cuadriplejía espástica	XX	XX				
N.N. 3	Monoplejía espástica	XX	XX	XX	XX	XX	XX
N.N. 4	Cuadriplejía espástica	X					
N.N. 5	Hemiplejía espástica	XX	XX	XX	XX	XX	XX
N.N. 6	Cuadriplejía atáxica	XX	X	XX	X	XX	X
N.N. 7	Cuadriplejía espástica	XX					

FUENTE: Ficha de Evaluación Psicomotriz

Posterior a la intervención en la presente tabla podemos evidenciar que en 6 de los pacientes con parálisis cerebral correspondientes al caso N.N. 1, N.N. 2, N.N. 3, N.N. 5, N.N. 6 y N.N. 7 se obtuvieron avances en la tonicidad reduciéndose la espasticidad en los miembros afectados, en el caso N.N. 2, N.N. 3 y N.N. 5 se logró mejorar los reflejos tónicos, en el caso N.N. 3, N.N. 5 y N.N. 6 se mejoró coordinación corporal y equilibrio

OBJETIVO ESPECÍFICO 3

Realizar las planificaciones correspondientes al área afectada de los pacientes con parálisis cerebral

INSTRUMENTOS APLICADOS

- **Planificación individual de actividades**

La ficha de planificación individual de actividades nos permitió, en base al diagnóstico de cada paciente, plantearnos objetivos generales por cada planificación y así poder brindar un tratamiento acorde a las áreas afectadas, tomando en cuenta las sub-áreas a tratar con su correspondiente objetivo, detallando cada una de las actividades que se realizaron y los recursos que se utilizaron, luego de cada intervención se realizó una evaluación para comprobar si se ha cumplido el objetivo de dicha actividad.

OBJETIVO ESPECÍFICO 4

Brindar atención especializada e individualizada a los pacientes con parálisis cerebral de la parroquia Lucero y ciudad de Cariamanga.

RESULTADOS

Después de haber realizado las planificaciones, se procedió a la ejecución de las mismas con cada uno de los pacientes con parálisis cerebral, en los sectores de Lucero (San Roque) y la ciudad de Cariamanga, brindando una atención oportuna y eficaz con responsabilidad y ética profesional.

OBJETIVO ESPECÍFICO 5

Socializar los resultados obtenidos del proyecto de Psicorrehabilitación Comunitaria III Etapa a los alumnos que cursan el cuarto y octavo módulo de la carrera de Psicorrehabilitación y Educación Especial de la Universidad Nacional de Loja

INSTRUMENTOS APLICADOS

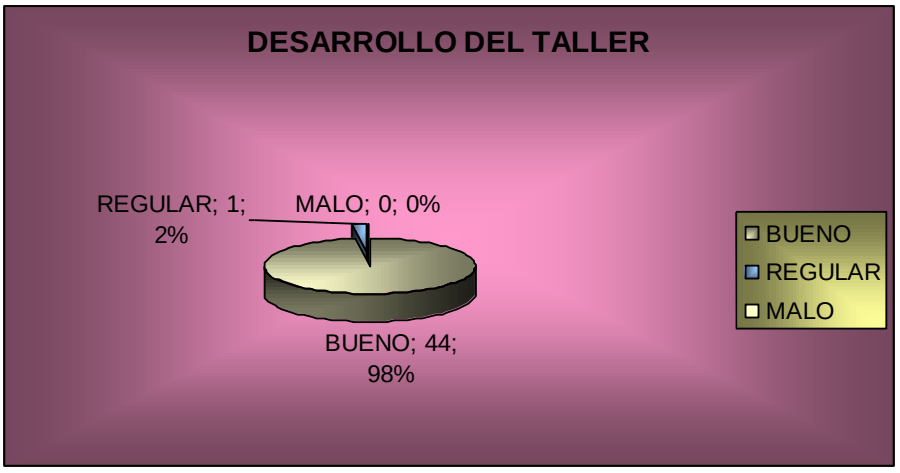
- **Encuesta**

Una vez realizado el taller de atención en Psicomotricidad a pacientes con parálisis cerebral, dirigido a los alumnos de octavo y cuarto módulo de la carrera de Psicorrehabilitación y Educación Especial hemos obtenido los siguientes resultados:

CUADRO Nº 1

DESARROLLO DEL TALLER	F	F%
BUENO	44	98%
REGULAR	1	2%
MALO	0	0%
TOTAL	45	100%

REPRESENTACIÓN GRÀFICA



FUENTE: Aplicación de Encuesta

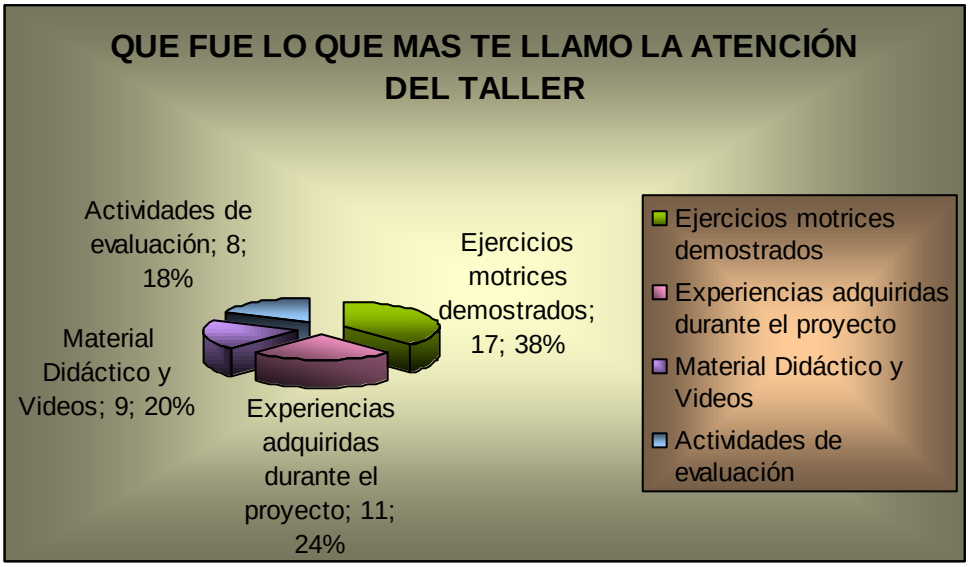
De los 45 alumnos encuestados 44 de ellos con un 98% manifestaron que les pareció bueno el desarrollo del taller, puesto que pudieron aprender sobre la parálisis cerebral, evidenciar en que consiste la terapia psicomotriz aplicada a estos pacientes y las medidas de precaución a tomar, mientras

que 1 de ellos con un 2% contestó que le pareció regular el desarrollo del taller debido a que falto más exposición teórica.

CUADRO Nº 2

QUE FUE LO QUE MAS TE LLAMO LA ATENCIÓN DEL TALLER	F	F%
Ejercicios motrices demostrados	17	38%
Experiencias adquiridas durante el proyecto	11	24%
Material Didáctico y Videos	9	20%
Actividades de evaluación	8	18%
TOTAL	45	100%

REPRESENTACIÓN GRÁFICA



FUENTE: Aplicación de Encuesta

En un porcentaje de 38% que corresponde a 17 alumnos encuestados respondieron que lo que más les llamó la atención durante el taller fueron los ejercicios motrices demostrados, seguido de un 24% perteneciente a 11 alumnos quienes manifestaron que las experiencias adquiridas durante el proyecto fue lo que captó su atención, con un 20%, a 9 alumnos les interesó

el material didáctico y videos expuestos finalmente con un 18%, 8 alumnos indicaron que las actividades realizadas en la evaluación fue de su mayor interés.

CUADRO Nº 3

IMPLEMENTACIÓN DE TALLER DE ATENCIÓN EN PSICOMOTRICIDAD	F	F%
SI	45	100%
NO	0	0%
TOTAL	45	100%

REPRESENTACIÓN GRÁFICA

FUENTE: Aplicación de Encuesta

De los 45 alumnos encuestados que corresponden al 100% todos contestaron que si les gustaría que se implemente un taller de atención en Psicomotricidad utilizando diversas técnicas de intervención psicomotriz como las demostradas durante el desarrollo del taller, debido a que ello les permite conocer nuevas formas de intervención y así contribuir a la mejora de la calidad de vida de los pacientes que presentan parálisis cerebral.

6. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1. PRIMER OBJETIVO ESPECÍFICO

Recolección de información de los pacientes con parálisis cerebral que formarán parte del Proyecto de Psicorrehabilitación Comunitaria III Etapa

6.1.1. ARGUMENTACIÓN

6.1.1.1. Ficha de Inscripción

Esta ficha nos sirvió, para dentro de cada comunidad inscribir a los pacientes que formaron parte del programa de Psicorrehabilitación Comunitaria en su III Etapa y así lograr un primer acercamiento con los pacientes y sus familiares, obteniendo datos significativos en cuanto al motivo de consulta y antecedentes patológicos, para de esta manera comprometer tanto a los padres como a nosotras y así llevar a cabo el tratamiento terapéutico en los horarios acordados, contando con una población de 29 pacientes, de los cuales tomamos para nuestro trabajo investigativo una muestra de 7 pacientes con parálisis cerebral

6.1.1.2. Ficha de Localización

Nos ayudó a establecer la ubicación geográfica de todos los pacientes que fueron atendidos, los mismos que presentaban algún tipo de discapacidad o necesidad educativa especial, así como determinar la unidad de atención donde se les brindó el tratamiento adecuado según el área afectada, considerando las visitas domiciliarias para determinados casos en los que se les dificultaba salir del domicilio ya sea por la discapacidad del paciente, condiciones climáticas o la zona en la cual habitan.

6.1.1.3. Ficha de distribución de pacientes

La misma nos facilitó la organización de los pacientes en cuanto a los horarios y días de atención, que fueron llevadas a cabo de lunes a miércoles de 08:00 a 12:00 y por las tardes de 15:00 a 18:00, con una intervención de 45 minutos por paciente, cabe recalcar que los días jueves se brindó atención en terapias alternativas como hidroterapia e hipoterapia y terapia psicomotriz de 08:00 a 12:00.

6.1.1.4. Ficha individual de información

La ficha individual de información nos permitió obtener datos personales sobre los antecedentes del paciente tanto en el periodo prenatal, perinatal y postnatal, también nos ayudó a conocer el desarrollo motriz, desarrollo del lenguaje, desarrollo del sistema nervioso, escolaridad y demás antecedentes patológicos, con el fin de dar un adecuado tratamiento previa la aplicación de reactivos como la ficha de evaluación psicomotriz, test de melgar, test de nociones básicas.

- **DISCUSIÓN**

Luego de haber realizado la difusión de la III Etapa del Proyecto de Psicorrehabilitación Comunitaria, en las diferentes parroquias del Cantón Calvas, como Colaisaca, Lucero, Sanguillín y la ciudad de Cariamanga y contar con la aceptación y aprobación del mismo se realizó la aplicación de las fichas anteriormente mencionadas que nos sirvieron para establecer la población de 29 pacientes con discapacidad o necesidad educativa especial que se beneficiaron con la intervención oportuna y eficaz en dichos sectores, dentro de los cuales se incluyen una muestra de 7 pacientes con parálisis cerebral.

6.2. SEGUNDO OBJETIVO ESPECÍFICO

Evaluar el área Psicomotriz a través de instrumentos psicotécnicos de los pacientes con parálisis cerebral

6.2.1. ARGUMENTACIÓN

6.2.1.1. Ficha de Evaluación Psicomotriz

Para poder obtener una mejor valoración del área psicomotriz de los pacientes que presentan parálisis cerebral se aplicó la ficha de Evaluación Psicomotriz la misma que nos facilitó la adquisición de datos como la tonicidad muscular, conciencia corporal, coordinación corporal, equilibrio, lateralidad y fuerza, para lo cual se realizaron diversos ejercicios como control de cabeza, control de hombros, control de brazos, control de manos, control del tronco, control de las piernas y control de los pies, logrando de esta manera realizar la planificación correspondiente a la zona afectada.

- **DISCUSIÓN**

Esta ficha fue de gran importancia para nuestra intervención terapéutica puesto que nos facilitó la obtención de información en cuanto al área psicomotriz de cada uno de los pacientes, pudiendo de esta forma realizar una planificación pertinente tomando en cuenta las debilidades y fortalezas motrices de cada caso a intervenir, así mismo nos sirvió para evaluar los avances obtenidos al finalizar el programa de intervención.

6.3. TERCER OBJETIVO ESPECÍFICO

Realizar las planificaciones correspondientes al área afectada de los pacientes con parálisis cerebral

6.3.1. ARGUMENTACIÓN

6.3.1.1. Planificación individual de actividades

Este instrumento permitió que los programas de intervención de cada paciente se realicen de una manera organizada y detallada implantando en cada una de las áreas con sus respectivas sub-áreas actividades especificas y prácticas acordes a la parálisis cerebral que presentó cada paciente, cabe recalcar que cada planificación fue elaborada de forma individual, dependiendo de las necesidades del paciente.

- **DISCUSIÓN**

Una vez realizada la evaluación de cada paciente, se procedió a ejecutar la planificación acorde a los requerimientos individuales de cada paciente con parálisis cerebral, para su inmediata aplicación; en cada planificación constaban objetivos afines a las áreas y sub-áreas afectadas.

6.4. CUARTO OBJETIVO ESPECÍFICO

Brindar atención especializada e individualizada a los pacientes con parálisis cerebral de la parroquia Lucero y ciudad de Cariamanga

6.4.1. RESULTADOS

Después de haber realizado las planificaciones, se procedió a la ejecución de las mismas con cada uno de los pacientes con parálisis cerebral, en los

sectores de Lucero (San Roque) y la ciudad de Cariamanga, brindando una atención oportuna y eficaz con responsabilidad y ética profesional.

- **DISCUSIÓN**

La intervención se llevó a cabo en el domicilio de cada paciente y de igual forma en la escuela especial “San José” ubicada en la ciudad de Cariamanga, en horarios de atención de 08:00 a 12:00 y de 15:00 a 18:00 los días lunes, martes y miércoles, tomando en cuenta que el tiempo de duración de cada terapia fue de 30 a 45 minutos con cada paciente, los días jueves se brindó atención en terapias alternativas como Hidroterapia, Hipoterapia y terapia Psicomotriz en horarios de 08:00 a 12:00.

Este proceso fue realizado conjuntamente con la familia de cada paciente para que el tratamiento se efectúe con continuidad y responsabilidad para de esta forma evitar retrocesos y evidenciar avances al finalizar el programa de intervención.

6.5. QUINTO OBJETIVO ESPECÍFICO

Socializar los resultados obtenidos del proyecto de Psicorrehabilitación Comunitaria III Etapa a los alumnos que cursan el cuarto y octavo módulo de la carrera de Psicorrehabilitación y Educación Especial de la Universidad Nacional de Loja

6.5.1. RESULTADOS

El taller impartido a los alumnos del cuarto y octavo módulo de la carrera de Psicorrehabilitación y Educación Especial fue desarrollado con el fin de dar a conocer los avances obtenidos en la ciudad de Cariamanga y en la parroquia Lucero barrio San Roque con los pacientes que presentan Parálisis Cerebral

6.5.2. DISCUSIÓN

El taller de Atención en Psicomotricidad a pacientes con Parálisis Cerebral fue desarrollado en base a la técnica de Bobath, la misma que consiste en la aplicación de diversos ejercicios motrices de extensión, flexión encaminado a reducir la espasticidad y mejorar el tono muscular de los miembros afectados, así mismo da la posibilidad de incluir y adaptar nuevos ejercicios durante la terapia para la obtención de mejores resultados, este taller fue aplicado a los alumnos de cuarto y octavo módulo de la carrera de Psicorrehabilitación y Educación Especial, hicimos uso de la proyección de

videos, exposición de casos dando a conocer el trabajo realizado y los avances obtenidos, también utilizamos diversos materiales como balones terapéuticos, pesas, pelotas de diferente textura y muñecos para explicar de mejor manera los ejercicios realizados, finalmente se realizó una evaluación para evidenciar los conocimientos adquiridos y posteriormente se aplicó una encuesta la misma que nos sirvió para conocer la aceptación del taller y la implementación del mismo en la carrera.

7. CONCLUSIONES

Al culminar con el Proyecto de Desarrollo Comunitario, y en base a los resultados obtenidos hemos llegado a las siguientes conclusiones:

- La intervención inmediata de facilitadores dentro del campo de Psicorrehabilitación y Educación Especial mediante el desarrollo de proyectos comunitarios viables, deben contar con el apoyo masivo, del Gobierno de turno, de la comunidad en general, de Fundaciones encargadas del desarrollo de este tipo de proyectos, permitiendo de esta forma se brinden oportunidades a las personas con discapacidad de desarrollarse en base a sus limitaciones, se les da la oportunidad de sentirse, quererse y aceptarse como tal para que de esta forma desarrollen sus capacidades y mejoren con ello su calidad de vida, su autoestima, cuidado personal, auto independencia, comunicación, y tengan para ellos y los suyos un destino diferente.

- El desconocimiento de la comunidad acerca de cómo prevenir este tipo de discapacidades ha provocado que el índice de personas discapacitadas cada vez sea mayor.

- La aplicación de instrumentos técnicos que incluyeron materiales de gran ayuda como los balones terapéuticos, colchonetas, aceites de vaselina para calentar sus músculos, hojas de apoyo de ejercicios motrices los mismos que se realizaron con los pacientes acorde a su parálisis cerebral, en el caso de la espasticidad se incluyeron ejercicios motrices como flexión, extensión, abducción y aducción, ejercicios circulares y laterales, estiramientos pasivos y prolongados de las distintas partes del cuerpo entre otros, al igual que la utilización de diversas terapias alternativas como Hipoterapia, hidroterapia, y Terapia motriz, fueron de gran ayuda para alcanzar logros significativos en los niños con Parálisis Cerebral.

- En el tiempo compartido con nuestros pacientes tuvimos el agrado de haberles podido conocer no solo como pacientes sino como seres humanos, pudimos conocer su estilo y calidad de vida, así como las necesidades y carencias por la que día a día atraviesan, también queda en nosotras la satisfacción en cuanto al trabajo que desarrollamos, de haber logrado mejorar la vinculación entre los miembros de cada familia durante las terapias, reducir la espasticidad, mejorar el tono y fuerza

muscular, mejorar la marcha, y obtuvimos una mejor coordinación del equilibrio, dándonos como facilitadores la dicha de haber alcanzado los objetivos propuestos.

- La Intervención directa y oportuna a personas con parálisis cerebral hicieron tomar conciencia a las familias y comunidad inmersa, la importancia de la labor terapéutica en el desarrollo integral de estas personas.

8. RECOMENDACIONES

Al culminar toda investigación se vierten recomendaciones que sean un soporte esencial dentro del campo de investigación como son las que detallamos a continuación:

- La Universidad Nacional de Loja, debe seguir apoyando la iniciativa que ha tenido la Carrera de Psicorrehabilitación y Educación Especial, con el objetivo de lograr convenios con Instituciones, o Fundaciones con el fin de aportar a la comunidad y a la vez desenvolvernos en el futuro como profesionales en dicha rama.

- Es necesario que el gobierno de turno implemente proyectos dedicados a la ayuda de las personas con discapacidad ya que hoy en día están totalmente desprotegidos, brindándoles atención especializada que les permita mejorar su calidad de vida.

- Incluir profesionales del campo de la Psicorrehabilitación y Educación Especial en los Centros Médicos, Unidades Móviles en general copando así varios lugares en el país con el fin de realizar campañas de prevención de discapacidades, contribuyendo de esta manera a disminuir el índice de personas con discapacidad.

- Intensificar las charlas a las familias que tienen entre los suyos a personas con discapacidades, para tratar de crear una mentalidad distinta, teniendo como referencia la responsabilidad en la integración de la familia con la rehabilitación pertinente.

- Promover la integración plena de las personas con discapacidad al entorno social, ya que aun quedan vivas varias ideas erróneas de discriminación hacia ellos creando así una autoestima baja y debilitando la rehabilitación que necesita.

- Es muy importante y necesario que se continúe con el trabajo realizado en el Cantón Calvas ya que en estos cinco meses de trabajo se han logrado resultados satisfactorios y la comunidad cada vez mas se integra a esta labor, pues los beneficios se han reflejado en sus hogares.

- En todo proceso de rehabilitación se debería tomar en cuenta la intervención organizada, en base a la obtención de resultados confiables, pues esto permitirá obtener los resultados esperados.

- El proceso de rehabilitación de las personas con parálisis cerebral se facilitara en la medida que exista una detección temprana y un diagnostico que incluye un enfoque lo más amplio posible, no solo del déficit sino de las potencialidades y capacidades de cada individuo.

- Debido a los resultados obtenidos con el Test de evaluación Psicomotriz, lo recomendamos en su totalidad ya que ello nos dio una clara muestra de los miembros afectados de cada uno de los pacientes y en los cuales se debía trabajar.

- Consideramos oportuno y adecuado el implemento de un taller de Atención en Psicomotricidad en la cual se incluya la técnica de Bobath, ya que la misma nos permitió reducir la espasticidad, mejorar el tono y fuerza muscular, mejorar la bipedestación, la obtención de mejor coordinación y equilibrio.

9. BIBLIOGRAFÍA

- FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE ASOCIACIONES DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON PARÁLISIS CEREBRAL (ASPACE) General Zabala, 29 - 28002 MADRID Telf. (91) 56140 90 - Fax: (91) 563 4010
- PELLEGRINO, LOUIS. Parálisis Cerebral, en Batshaw, M.L. Quinta edición, Baltimore, MD, Paul H. Brooks Publishing Company, 2002, págs. 433-466.
- BOBATH, B., Y BOBATH, K. El desarrollo motor en los diferentes tipos de parálisis cerebral, 1975, Editorial: Heineman, London.
- ANTHONY, TANNI. Desarrollo de programas para niños pequeños con incapacidades físicas. Programa de la IIX Conferencia Internacional sobre Niños Ciegos e Incapacitados de la Vista. L. Stainton & E. Lechelt (Eds.) Canada, Octubre 1993
- HARRIS, S. Intervención temprana en los niños con incapacidades del sistema motor. La Efectividad de la Intervención Temprana en los Niños de Riesgo e Incapacitados, Academic Press, Inc. (1987).
- ROBINSON, R. O. La frecuencia de otras incapacidades en los niños con parálisis cerebral. Developmental Medicine and Child Neurology. No. 15, 1983. páginas 305-312.
- Pagina web. www.elmundodelaparalisis.com
- NÚÑEZ, BLANCA Y RODRÍGUEZ, LUIS, Una asignatura pendiente. Fundación AMAR, Segunda Edición Buenos Aires, 2004
- PÉREZ, Isabel. Técnicas de intervención – Educación Especial, Segunda Edición.
- Pagina web. www.lasalud.com
- Pagina web. www.definicion.org/discapacidad

- MÓDULO VIII, Deficiencia mental y Psicomotora, Universidad Nacional de Loja
- BOBATH K, Base neurofisiológica para el tratamiento de la parálisis cerebral. 2ª edición. Editorial. Panamericana, 1982.
- MUZABER L, SCHAPIRA I. Espasticidad. 1ª Edición En Rehabilitación y Neurodesarrollo, septiembre 1996.
- CARLOS G. RIVERA ALONSO, Parálisis cerebral infantil y el mundo, 2ª Edición, Editorial Salvat S.A. 1990
- RODRIGUEZ FERNANDO, SEGARRA JORDI, La Salud, 3ª Edición, Editorial Grammount, S.A., Lausanne
- Página web. www.kidshealth.org/kid/en_espanol/enfermadades/**cerebral**

ANEXO Nº 1
PROYECTO DE DESARROLLO

1. TEMA

Atención en Psicomotricidad a personas con parálisis cerebral de la parroquia Lucero y la ciudad de Cariamanga del Cantón Calvas de la Provincia de Loja durante el periodo Agosto del 2008 a Enero del 2009

2. PROBLEMATIZACIÓN

Las personas con discapacidad han sido consideradas como seres poseídos por el demonio, seres no desarrollados completamente o como un castigo a causa de los pecados cometidos e incluso han sido vistos como un fastidio para la comunidad"[1].

En nuestro país Ecuador, las personas con discapacidad han atravesado por un "ciclo de invisibilidad", debido a que no se les permitía salir de casa, comunicarse y tener acceso a la educación y a los servicios de salud, por lo tanto no eran vistas por la comunidad, dejando de ser reconocidas como parte de ella, por lo que garantizar el acceso de estas personas a bienes, derechos y servicios no era considerado un problema que la comunidad deba enfrentar y solucionar, por lo tanto, tendían a ser descartadas de la sociedad, desencadenando consecuencias graves en la calidad de vida de estos seres humanos.

Este "ciclo de invisibilidad" explica por qué el principal problema de las personas con discapacidad no se basaba en su deterioro particular sino en el estigma social y la inexorable violación de sus derechos económicos, sociales y culturales que lo limitan para alcanzar sus máximas posibilidades y aun en la actualidad esta exclusión no se ha visto aplacada del todo.

Hoy en día, contamos con instituciones que brindan ayuda y servicio a personas con algún tipo de discapacidad sea ésta física, sensorial o intelectual pero carecen de recursos humanos, capacitación, material didáctico o estructura física que garanticen una adecuada atención.

En el Ecuador contamos con una población de 12.411.898 habitantes de las cuales el 13.2% presenta algún tipo de discapacidad por lo que podemos señalar que existen aproximadamente:

- 592.000 personas con discapacidad por deficiencias físicas

[1] N.E. Groce, I.K. Zola, "Multiculturalismo, enfermedades crónicas y deshabilidades", 91(5), 1993, pp. 1048-1055.

- 432.000 personas con discapacidad por deficiencias mentales y psicológicas
- 363.000 personas con discapacidad por deficiencias visuales
- 213.000 personas con discapacidad por deficiencias auditivas y del lenguaje.

De este total en la provincia de Loja existen 6.738 habitantes que presentan algún tipo de discapacidad de los cuales 3.895 pertenecen al sexo masculino y 2.843 al sexo femenino.

La realidad de este grupo poblacional en nuestras comunidades es realmente alarmante tal es el caso que se da en uno de los cantones de nuestra provincia como es el **CANTÓN CALVAS**, teniendo como cabecera cantonal la ciudad de **CARIAMANGA**, la misma que cuenta con parroquias en el sector urbano como son Cariamanga, Chile y San Vicente y en el sector rural como Colaisaca, Lucero, Sanguillín y Utuana, con una población total de 27.568 habitantes de los cuales 600 aproximadamente presentan algún tipo de discapacidad entre ellas visual, auditiva, física y mental.

En el Cantón Calvas, tanto en la ciudad de Cariamanga como en el barrio "San Roque" de la parroquia Lucero, la población de personas con discapacidad se ha visto de cierta manera rechazada dentro de las comunidades, puesto que no se les permite una adecuada integración y participación de los diferentes eventos socio-culturales que en ellas se presentan, pese a los esfuerzos que se hacen por integrarlos, es la misma comunidad quien se encarga de que esta integración no sea posible del todo, debido a que al ser considerados como personas incapaces de ejecutar actividades por sí solos y requerir de la ayuda de otra persona para satisfacer algunas de sus necesidades como alimentación, aseo personal, traslado, etc. prefieren excluirlos, siendo de esta manera víctimas de un trato discriminatorio por parte de la sociedad, con lo cual se contribuye a que las personas con discapacidad no puedan acceder a un derecho básico como la educación, dentro de las diferentes parroquias del Cantón, ya que los docentes encargados de formar académicamente a los demás integrantes

de estos sectores considerados como normales, no se preocupan por instruirse y dar una atención especial para que las personas con discapacidad puedan acceder a la educación y así mismo dentro de las centros de aprendizaje, no están interesados en contratar personal capacitado y especializado en brindar una educación especial a las personas con discapacidad.

También es necesario tener en cuenta que la aparición de una discapacidad no sólo altera la vida de la persona afectada, sino que influye en todo el entorno familiar, puesto que es la familia quien vive la experiencia de una verdadera pérdida, la del hijo que esperaban, y deben asimilar y aceptar a este nuevo hijo, con sus limitaciones, debido a que la persona con discapacidad, precisa de cuidados especiales y el futuro del mismo dependerá, en gran medida, de la manera en que la familia percibe y afronta la discapacidad.

Por lo que tomando en cuenta la situación agravante del Cantón Calvas, en cuanto a las discapacidades, se ha visto la necesidad de crear un proyecto que brinde atención a los sectores más vulnerables de esta comunidad como lo es el Proyecto de Psicorrehabilitación Comunitaria que es realizado gracias al **CONVENIO DE COOPERACIÓN INTERINSTITUCIONAL** entre La Universidad Nacional de Loja y el Gobierno Seccional del Cantón Calvas, encontrándose en su III Etapa de intervención; brindando atención en las diferentes áreas como el área Psicomotriz, de Lenguaje, Cognitiva, Psico-afectiva, Prevocacional, Personal Social e Intervención Temprana.

Es por ello que, debido al grupo poblacional de niños y niñas con parálisis cerebral que abarcamos dentro de la atención comunitaria, nos enfocamos en el área notablemente afectada, consecuencia de la parálisis cerebral que presentan, como el área Psicomotriz, la misma que se refiere a la coordinación global del cuerpo, tomando en cuenta la motricidad fina y gruesa, por tanto la intervención se basa en permitir que el paciente con parálisis cerebral explore sus capacidades, desarrollando su propio ritmo, en un espacio o tiempo favorecedor para su desarrollo sensoriomotor, a través del movimiento.

Así mismo durante la intervención, se pretende hacer un llamado a la reflexión sobre las discapacidades y de la actitud personal que cada individuo tiene frente a las personas con discapacidad para que ésta se torne más positiva y no exista discriminación ni rechazo hacia ellos y de igual forma otro de los aspectos a considerar es la prevención de discapacidades, encaminada a reducir y evitar los factores que las generen.

3. JUSTIFICACIÓN

La Universidad Nacional de Loja desde su creación ha tenido como misión y objetivo fundamental, brindar una educación acorde a las necesidades de la sociedad, formando profesionales críticos, analíticos capaces de servir y contribuir con el desarrollo de toda la comunidad, entre ellos a aquella población que presente algún tipo de discapacidad; para ello a tratado de vincular directamente a sus estudiantes con la sociedad en general.

Actualmente se ha podido evidenciar en nuestro medio, un alto índice de personas con capacidades diferenciadas, que sobre todo en nuestra Provincia carece de atención especializada que contribuya a su desarrollo y a mejorar su calidad de vida, por lo que La Universidad Nacional de Loja a través de la Carrera de Psicorrehabilitación y Educación Especial decide ejecutar un proyecto encaminado a atender prioritariamente a este grupo poblacional carente de cuidado e intervención, creando un **CONVENIO DE COOPERACIÓN INTERINSTITUCIONAL** con el Ilustre Municipio del Cantón Calvas y el Patronato de Amparo Social de Calvas, para de esta manera poder llevar a los habitantes de los sectores más vulnerables, una atención de calidad con servicios especializados.

Para su ejecución surge la necesidad de vincular a los estudiantes de pre-grado en la investigación activa y participativa como parte importante de su formación profesional y también para que de esta manera puedan llevar a cabo su proyecto de tesis.

Por tanto el presente proyecto resulta viable, dado que quienes se beneficiaran del mismo es la población de niños y niñas que presentan alguna discapacidad en el Cantón Calvas principalmente en su parroquia Lucero (sector San Roque) y del centro de Cariamanga, también se verán beneficiados sus familias y las facilitadoras quienes podrán tener un acercamiento directo con la realidad de sus pacientes y así poder intervenir principalmente en el área Psicomotriz y de esta manera obtener el título de Licenciadas en Psicorrehabilitación y Educación Especial.

4. OBJETIVOS

Objetivo General:

- Brindar atención e intervención terapéutica en el área Psicomotriz a las personas con discapacidad del Cantón Calvas

Objetivos Específicos:

- Recolección de información de los pacientes con parálisis cerebral que formarán parte del Proyecto de Psicorrehabilitación Comunitaria III Etapa

- Evaluar el área Psicomotriz a través de instrumentos psicotécnicos de los pacientes con parálisis cerebral

- Realizar las planificaciones correspondientes al área afectada de los pacientes con parálisis cerebral

- Brindar atención especializada e individualizada a los pacientes con parálisis cerebral de la parroquia Lucero y ciudad de Cariamanga

- Socializar los resultados obtenidos del proyecto de Psicorrehabilitación Comunitaria III Etapa a los alumnos que cursan el cuarto y octavo módulo de la carrera de Psicorrehabilitación y Educación Especial de la Universidad Nacional de Loja

1. Discapacidad

1.1. Definición

- Según la OMS “Dentro de la experiencia de la salud, una discapacidad es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano”[2].

- Es la consecuencia de una deficiencia, sobre las actividades físicas, intelectuales, afectivo-emocionales y sociales. (Fundación Homero)

- Pérdida de la capacidad funcional secundaria, con déficit en un órgano o función, y que trae como consecuencia una minusvalía en el funcionamiento intelectual y en la capacidad para afrontar las demandas cotidianas del entorno social. (OMS)

1.2. Tipos de Discapacidad

Existen diferentes tipos de discapacidad, entre ellas se encuentra la discapacidad física, la discapacidad sensorial y la discapacidad intelectual.

Cada uno de los tipos puede manifestarse en distintos grados de discapacidad, y una persona puede tener varios tipos de discapacidades al mismo tiempo, con lo cual encontramos un amplio abanico de personas con discapacidad.

[2] OMS (Organización Mundial de la Salud)

1.2.1. Discapacidad intelectual

1.2.1.1. Definición

La discapacidad mental es una "función intelectual significativamente por debajo del promedio, que coexiste con limitaciones relativas a dos o más de las siguientes áreas de habilidades adaptativas: comunicación, auto-cuidado, habilidades sociales, participación familiar y comunitaria, autonomía, salud y seguridad, funcionalidad académica, de ocio y trabajo. Se manifiesta antes de los dieciocho años de edad."[3]

1.2.1.2. Tipos de discapacidad intelectual

Entre las más conocidas discapacidades cognitivas están: El Autismo, El síndrome Down, Síndrome de Asperger y el Retraso Mental

1.2.1.3. Causas de discapacidad intelectual

- Factores genéticos, como en el caso del síndrome de Down, es decir trisomia del cromosoma 21.
- Errores congénitos del metabolismo, como la fenilcetonuria.
- Alteraciones del desarrollo embrionario, en las que se incluyen las lesiones prenatales.

[3] .Pagina web. www.definicion.org/discapacidad

- Problemas perinatales, relacionados con el momento del parto.
- Enfermedades infantiles, que pueden ir desde una infección grave a un traumatismo.
- Graves déficits ambientales, en los que no existen condiciones adecuadas para el desarrollo cognitivo, personal y social.
- Accidentes de tránsito.

1.2.2. Discapacidad sensorial

1.2.2.1. Definición

En el sentido más estricto, diríamos que una persona tiene un déficit sensorial cuando presenta una alteración o deficiencia que afecta a sus órganos sensoriales principales, como son el sentido de la vista y del oído.

1.2.2.2. Tipos de discapacidad sensorial

Desde un punto de vista más práctico el concepto de discapacidad sensorial englobaría una deficiencia auditiva o una deficiencia visual.

1.2.2.2.1. Discapacidad Auditiva

Desde un punto de vista general, las deficiencias auditivas se pueden considerar como aquellas alteraciones de carácter cuantitativo con respeto a una correcta percepción de la audición.

Su conceptualización, conlleva necesariamente el conocimiento de algunos términos, tales como:

- Hipoacusia: disminución de la capacidad auditiva que permite adquirir el lenguaje oral por la vía auditiva
- Cofosis o sordera: pérdida total de la audición. El lenguaje se adquiere por la vía visual.

1.2.2.2.1.1. Clasificación

En su clasificación influyen numerosas variables, siendo las más importantes las que se definen a continuación:

* **Según la parte del oído afectada** (oído interno, medio o externo) o la localización de la sordera

Hipoacusia/sordera de transmisión: la zona alterada es la encargada de la transmisión de la onda sonora. La causa se sitúa en el oído externo o medio, también las producidas por lesión de la trompa de Eustaquio, que es un conducto que une el oído medio con la rinofaringe. Hay una deficiencia de la transformación de energía en forma de ondas sonoras a ondas hidráulicas en el oído interno por lesiones localizadas en el oído externo y/o en el oído medio.

Hipoacusia/Sordera de percepción o neurosensorial: En el oído interno y/o en la vía auditiva. La causa radica en el oído interno o estructuras centrales (nervio auditivo, etc.). Los sonidos graves los oyen relativamente bien y en algunas ocasiones y bajo determinadas circunstancias pueden

mantener una conversación. Cualquier sordera superior a 60 dB indica una pérdida neurosensorial pura o mixta.

Mixta: suele ser la más frecuente y aglutina las alteracione propias de la sordera de transmisión y la sordera neurosensorial.

*** Según la causa**

Hereditarias genéticas

- Recesivas: los padres son portadores de la enfermedad pero no son hipoacúsicos.
- Dominantes: constituye el 10% de las hipoacusias; uno de los padres es portador del gen afectado y es hipoacúsico.

Adquiridas

- Prenatales: enfermedades de la madre durante el embarazo pueden ser causa de hipoacusia en el niño, sobre todo si se dan entre la 7ª y la 10ª semana. Entre las más graves nos encontramos con la rubeola, sarampión, varicela, alcoholismo, etc.
- Neonatales: Traumatismo durante el parto, anoxia neonatal (falta de oxígeno), prematuridad, ictericia (aumento de a bilirrubina en la sangre por incompatibilidad Rh)
- Postnatales: otitis y sus secuelas, fracturas del oído, afecciones del oído interno y nervio auditivo, intoxicaciones por antibiótico, meningitis y encefalitis, tumores, etc.

*** Según el momento de aparición**

Prelocutivas: se adquieren antes que el lenguaje.

Postlocutivas: se adquieren después del lenguaje y son de mejor pronóstico.

*** Según su intensidad**

Leve: pérdida inferior a 40 decibelios.
Moderada o media: pérdida entre 40 y 70 decibelios.
Severa: pérdida entre 70 y 90 decibelios.
Profunda: pérdida superior a 90 decibelios.

1.2.2.2.1.2. Causas de Discapacidad Auditiva

Algunas causas pueden ser las siguientes:

Adquiridas

- Infecciones congénitas: toxoplasmosis, rubeola, herpes simple, sífilis, citomegalovirus
- Infecciones postnatales: meningitis bacteriana, paperas, sarampión, rubeola, etc. Las paperas (parotiditis) constituyen la causa más frecuente de sordera adquirida en los niños.
- Traumáticas.
- Hiperbilirrubinemia (aumento de la bilirrubina en sangre), generalmente debida a incompatibilidad Rh
- Ototóxicos: antibióticos tipo estreptomicina, tobramicina, gentamicina, tomados por la madre que atraviesan la placenta.
- Antibióticos: kanamicina, neomicina, estreptomicina, gentamicina, vancomicina, furosemida, etc.
- Prematuridad.

Genéticas: constituyen al menos el 50% de los casos:

- Autonómicas recesivas: Hipoacusia profunda aislada, síndrome de Usher, etc. El gen anómalo tiene que existir en ambos progenitores.

La sordera se presenta de forma aislada, en el 70% de los casos (Malformaciones de Scheibe, Michel y Mondini) o asociada a otras anomalías en el 30%.

Autosómicas dominantes: síndrome de Waardenbrug, síndrome de Alport, hipoacusia profunda aislada, otoesclerosis coclear, etc.

- Recesivas ligadas al cromosoma X: hipoacusia profunda asociada con daltonismo, síndrome tipo Alport.

Malformativas: microsomía hemifacial, síndrome de Goldenhar, etc.

Presbiacusia: pérdida gradual de la audición a medida que la persona envejece.

1.2.2.2.2. Discapacidad visual

La ceguera es la pérdida del sentido de la vista. La ceguera puede ser total o parcial; existen varios tipos de ceguera parcial dependiendo del grado y tipo de pérdida de visión, como la visión reducida, el escotoma, la ceguera parcial (de un ojo) o el daltonismo.

1.2.2.2.2.1. Clasificación

- Ceguera total, es decir ausencia de respuesta visual.
- Disminución o limitación visual (visión parcial), 3/10 de agudeza visual en el ojo de más visión, con corrección y/o 20 grados de campo visual total.
- La baja visión o visión subnormal puede definirse como agudeza central reducida o la pérdida del campo visual, que, incluso con la mejor corrección óptica proporcionada por lentes convencionales, presenta una pérdida bilateral de la visión, con algún resto visual.
- **Miopía:** La **miopía** o vista corta, es uno de los trastornos visuales más comunes en el mundo y se refiere a la condición donde los rayos de luz

se enfocan, formando una imagen, delante de la **retina** (en un ojo sano lo haría sobre ella), lo que supone una visión borrosa en objetos lejanos

- **Hipermetropía:** La **hipermetropía** es otro de los vicios de refracción y está referida a la condición donde los rayos de luz, provenientes de un objeto, forman una imagen detrás de la retina
- **Astigmatismo:** El **astigmatismo** (A=sin y Stigma=punto) equivale a una visión deformada de las imágenes producto de la curvatura desigual de la córnea, del cristalino o de ambos. En esta afección, no tenemos un solo punto focal, como el caso de la miopía y de la hipermetropía, sino dos.
- **Presbicie: Presbicie** o vista cansada: la dificultad de enfocar bien de cerca.

1.2.2.2.2.2. Causas de Discapacidad Visual

Enfermedades: De acuerdo con la estimación de la OMS en el 2002, las causas mas comunes de ceguera alrededor del mundo son: Cataratas, Glaucoma, Degeneración macular, Opacidad corneal, Tracoma, Retinopatía diabética.

Anormalidades y daños: Los accidentes, especialmente en los menores de 30 años, hacen perder la vista generalmente en uno de los ojos. Personas con daños en el lóbulo occipital, a pesar de tener intactos los ojos y nervios ópticos, tendrían ceguera parcial o total.

Envenenamiento: Ciertos químicos como el metanol, encontrado en el alcohol etílico, utilizado por alcohólicos como sustituto económico de la bebida alcohólica

Defectos genéticos:

- Las personas con albinismo usualmente sufren de deterioro a la vista extendido al grado de ceguera parcial, aunque pocos presentan ceguera total.
- Aniridia. Falta congénita del iris del ojo.

- Recientes descubrimientos en el genoma humano han identificado otras causas genéticas de baja visión o ceguera. Una de ellas es el síndrome de Bardet-Biedl.

Otros: La malnutrición junto a las enfermedades son las causantes principales de la ceguera.

1.2.3. Discapacidad física

1.2.3.1. Definición

La discapacidad física se puede definir como una desventaja, resultante de una imposibilidad que limita o impide el desempeño motor de la persona afectada. Esto significa que las partes afectadas son los brazos y/o las piernas.

1.2.3.2. Tipos de discapacidad física

- **LESIÓN MEDULAR**: Es un daño que se presenta en la medula espinal puede ser por una enfermedad o por un accidente y origina perdida en algunas de las funciones movimientos y/o sensibilidad.

- **ESCLEROSIS MULTIPLE:** Es una enfermedad fundamentalmente inmunológica, la cual se produce en una parte del sistema nervioso

central, afectando los nervios que están recubiertos por la capa de mielina.

- **PARALISIS CEREBRAL** Es un conjunto de desórdenes cerebrales que afecta el movimiento y la coordinación muscular. Es causada por daño a una o más áreas específicas del cerebro, en cualquier etapa de la vida del ser humano.

- **MAL DE PARKINSON** Entre las enfermedades neurológicas, el Mal de Parkinson (MP) ocupa el cuarto lugar en incidencia. Es una de las afecciones más antiguas que conoce la humanidad.

- **ESPINA BIFIDA** Malformación congénita manifestada por falta de cierre o fusión de uno o varios arcos posteriores de la columna vertebral, con o sin exposición de la médula espinal.

- **DISTONIA MUSCULAR** Es un síndrome que consiste en contracciones musculares sostenidas en el tiempo. La mayoría de las veces causa arqueos, movimientos repetitivos y/o posturas anómalas. Además, presenta tics.

1.2.3.3. Causas de discapacidad física

Existen diversas causas por las cuales se presenta la discapacidad física; factores congénitos, hereditarios, cromosómicos, por accidentes o enfermedades degenerativas, neuromusculares, infecciosas o metabólicas entre muchas

2. Parálisis Cerebral

2.1. Definición

Se define como un trastorno neuromotor no progresivo debido a una lesión o una anomalía del desarrollo del cerebro inmaduro. La Parálisis Cerebral no permite o dificulta los mensajes enviados por el cerebro hacia los músculos, dificultando el movimiento de éstos. “Es un concepto enormemente ambiguo ya que aunque sea un trastorno motor también lleva asociados otros de tipo sensorial, perceptivo y psicológico. La Parálisis Cerebral no es progresiva, lo que significa que no se agravará cuando el niño sea más mayor, pero algunos problemas se pueden hacer más evidentes.”[4]

Parálisis cerebral es un término usado para describir un grupo de incapacidades motoras producidas por un daño en el cerebro del niño que pueden ocurrir en el período prenatal, perinatal o postnatal.

La definición de PCI más ampliamente aceptada y más precisa es la de un "trastorno del tono postural y del movimiento, de carácter persistente

(pero no invariable), secundario a una agresión no progresiva a un cerebro inmaduro"

[4] Pagina web. www.lasalud.com

“El PCI se lo define como la secuela de una afección encefálica caracterizado por un trastorno persistente, pero no invariable del tono, postura y el movimiento, aparece en la primera infancia.”[5](BARRANQUER, PONCES, COROMINAS Y TORRAS)

La Parálisis Cerebral infantil es como un comodín, que engloba un grupo de alteraciones motoras, no progresivas, pero muy a menudo cambiantes, secundarias a lesiones o anomalías del cerebro, en los estadios tempranos del desarrollo (MUNCH)

2.2. Causas de la Parálisis Cerebral Infantil

Las causas se clasifican de acuerdo a la etapa en que ha ocurrido el daño a ese cerebro que se esta formando, creciendo y desarrollando. Se clasificarán como causas prenatales, perinatales o postnatales.

2.2.1. Causas Prenatales

- Anoxia prenatal.- Se debe a la falta de oxigeno, provocada por estrangulamiento con el cordón umbilical
- Hemorragia cerebral prenatal.- Derrame de sangre dentro del cerebro debido a la ruptura de un vaso sanguíneo o a una lesión en la cabeza
- Infección prenatal.- Provocadas por diversos virus como el toxoplasma, rubéola.
- Factor Rh.- Debida a incompatibilidad sanguínea entre la madre y el feto
- Ingestión de drogas o tóxicos durante el embarazo.- Debido a la ingesta de alcohol, drogas, medicamentos contraindicados por el médico.
- Desnutrición materna (anemia).- Provocada por una dieta no balanceada y escasa.
- Madre de edad avanzada o demasiado joven

[5] BARRANQUER, PONCES, COROMINAS Y TORRAS

2.2.2. Causas Perinatales

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

- Prematuridad.- Cuando el bebe no ha nacido a término, es decir antes de los 9 meses
- Bajo peso al nacer.
- Hipoxia perinatal. Falta de oxigeno.
- Trauma físico directo durante el parto.
- Mal uso y aplicación de instrumentos (fórceps).
- Placenta previa o desprendimiento.
- Parto prolongado o difícil.
- Presentación pelviana con retención de cabeza.
- Asfixia por circulares al cuello (anoxia).

2.2.3. Causas Postnatales

- Traumatismos craneales.
- Infecciones (meningitis, meningoencefalitis, etc.)
- Intoxicaciones (plomo, arsénico).
- Accidentes vasculares.
- Epilepsia.
- Fiebres altas con convulsiones.
- Accidentes por descargas eléctricas.
- Encefalopatía por anoxia.

2.3. Clasificación de la Parálisis Cerebral

2.3.1. Según la Topografía (Ubicación)

- **Hemiplejía o Hemiparesia**: se encuentra afectada uno de los dos lados del cuerpo.
- **Diplejía o diparesia**: la mitad inferior está más afectada que la superior.

- **Cuadriplejía o cuadriparesia**: los cuatro miembros están paralizados.
- **Paraplejía o paraparesia**: afectación de los miembros inferiores.
- **Monoplejía o monoparesia**: se encuentra afectado un sólo miembro.
- **Triplejía o triparesia**: se encuentran afectados tres miembros.

2.3.2. Según su Forma de presentación

- **Espástica**: aumento exagerado del tono muscular (hipertonía), por lo que hay movimientos exagerados y poco coordinados. Afecta al 70-80% de los pacientes.

- **Atetosis:** se pasa de hipertonía a hipotonía, por lo que hay movimientos incoordinados, lentos, no controlables. Estos movimientos afectan a las manos, los pies, los brazos o las piernas y en algunos casos los músculos de la cara y la lengua, lo que provoca hacer muecas o babear. Los movimientos aumentan a menudo con el estrés emocional y desaparecen mientras se duerme.
- **Ataxia:** sentido defectuoso de la marcha y descoordinación motora tanto fina como gruesa. Es una forma rara en la que las personas afectadas caminan inestablemente, poniendo los pies muy separados uno del otro

2.3.3. Según su Severidad

- **Leve (hasta el 30%)**

  Se da en niños con alteraciones sensoriomotrices que presentan dificultades en la coordinación y el movimiento, pero cuyas limitaciones funcionales solo se ponen en evidencia en las actividades motrices más avanzadas como correr, saltar, escribir, etc. Generalmente, estos niños suelen necesitar más tiempo para aprender y ejecutar estas actividades.

- **Moderado (desde 30% - 50%)**

  Las alteraciones sensoriomotrices producen limitaciones funcionales en la marcha, sedestación, cambios de postura, manipulación y lenguaje. Con el paso del tiempo los niños con afectación moderada necesitan modificaciones del entorno a través de material adaptado y asistencia física para poder participar en las actividades propias de su edad.

- **Severo (desde un 50% - 70%)**

  La discapacidad restringe la independencia del niño en la vida diaria, porque presenta alteraciones en el control del equilibrio y poca habilidad para usar sus manos en las actividades cotidianas. El niño tiene dificultades para participar en la dinámica familiar debido a los déficits en la comunicación. La calidad de vida de estos niños y de sus familias puede estar seriamente alterada. Los niños dependen del material adaptado, de ayudas para la movilidad y de la asistencia personal para controlar la postura y facilitar el movimiento.

- **Grave o Profunda (desde 70% - 100%)**

  Con este grado de afectación, los niños tienen una capacidad motriz muy reducida, incluso para funciones básicas de la movilidad, como cambiar de posición, sedestación, independencia, y necesitan la asistencia personal para las actividades más básicas, como las de alimentación. No pueden usar comunicación alternativa. Necesitan asistencia personal, material adaptado y equipo especial para todas las actividades de la vida diaria. Los problemas de salud suelen ser complicaciones serias en estos casos. Este grado de afectación suele ir asociada a otros déficit importantes a nivel cognitivo, de lenguaje, visual, etc.; denominándose la concomitancia de estos déficit con el término de multi-deficiencia.

2.4. Signos precoces de desvíos del desarrollo

El diagnóstico precoz se basa en:

- Persistencia de reacciones primitivas, asociadas o no a tono muscular anormal a los 3 ó 4 meses de vida.

- Falta de desarrollo de las reacciones esenciales para el control cefálico, rolar, y/o las reacciones de equilibrio, por lo que el desarrollo motor se detiene o se retrasa.

- Falta de correspondencia en el desarrollo en las distintas posiciones (sentado, parado y decúbito lateral, prono y supino). En las diversas posiciones los bebés normales presentan iguales características, correspondientes al mismo nivel de desarrollo. Si no se observa coherencia, se descartará si es secundaria a manejos ambientales (siempre sentado, acostado, etc.)

- Empobrecimiento de la actividad neuromotríz y/o hiperactividad neuromotriz. No sólo los bebés en PC muestran estos síntomas, también pueden aparecer en forma “transitoria” en otros con una maduración más lenta o con lesiones cerebrales más leves de las que se recuperan espontáneamente.

La intensidad de síntomas tiene valor predictivo relativo, sobre todo en los primeros meses de vida en niños con aparentes síntomas severos, y más tarde mostrar un comportamiento motor normal sin tratamiento, o por el contrario los signos patológicos persisten, y luego son más severos. En cambio, síntomas mínimos en los primeros meses pueden desaparecer o incrementarse y ser severos con posterioridad.

Los signos de PC se incrementan a medida que el bebé aumenta su actividad por la Retroalimentación anormal y el esfuerzo.

Si son “transitorios”, estos signos anormales disminuirán y desaparecerán gradualmente.

El único camino para diagnosticar PC es por exámenes clínicos seriados, que se realizarán en todo niño de alto riesgo de presentar trastornos en su neurodesarrollo.

2.5. Primeros signos de la Parálisis Cerebral

Algunos niños con parálisis cerebral pueden tardar más tiempo en aprender a voltearse, sentarse, gatear o caminar.

Si el niño tiene más de dos meses de vida y:

- Tiene dificultades para controlar la cabeza cuando lo alzan en brazos
- Tiene rígidas las piernas y las cruza en forma de tijeras al alzarlo en brazos

Si el niño tiene más de seis meses de vida y:

- Estira una sola mano para alcanzar un objeto y mantiene la otra cerrada en forma de puño

Si el niño tiene más de 10 meses de vida y:

- Gatea empujando con una sola mano y una sola pierna mientras arrastra las otras

Si el niño tiene más de 12 meses de vida y:

- No puede gatear
- No puede ponerse de pie sin un punto de apoyo

2.6. Diagnóstico de la Parálisis Cerebral

La Parálisis Cerebral se diagnostica poniendo a prueba las destrezas motoras del niño y observando cuidadosamente el historial médico del niño. Además de verificar el desarrollo lento, tono muscular anormal, postura irregular, también se pone a prueba los reflejos del niño y observa la tendencia inicial en cuanto a la preferencia de mano.

Los reflejos son movimientos que el cuerpo hace automáticamente en respuesta a un estímulo específico, por ejemplo, si se pone al recién nacido de espaldas y con las piernas sobre la cabeza, el bebé extenderá automáticamente sus brazos y hará un gesto que se llama reflejo " de Moro", el cual parece un abrazo. Normalmente los bebes pierden este reflejo después que alcanzan los seis meses, pero aquellos con Parálisis Cerebral Infantil lo retienen por periodos anormalmente largos.

También se pueden observar la preferencia de mano dominante (es decir, una tendencia de usar la mano derecha ó izquierda). Cuando se suspende un objeto delante del niño y a su lado, un niño que tiene preferencia de mano, usará la mano preferida para agarrar el objeto aún cuando el objeto esté suspendido más cercano a la mano opuesta. Durante los primeros doce meses de vida, los niños usualmente no muestran una preferencia de mano, pero los niños con hemiplejia espástica, en particular, pueden desarrollar una preferencia mucho más temprana, ya que la mano no afectada es muy fuerte y útil.

“El próximo paso en el diagnóstico es el de eliminar otros trastornos que pueden causar problemas de movimiento y más importante, determinar que la condición del niño no empeora. A pesar de que sus síntomas cambian con el tiempo, la Parálisis Cerebral Infantil no es una enfermedad progresiva. Si el niño continúa perdiendo destrezas motoras, es probable que el problema sea debido a otras causas (enfermedades genéticas, musculares, trastornos del metabolismo ó tumores del sistema nervioso).”[6]

También es necesario que se realicen una serie de pruebas y exámenes médicos como exámenes de sangre, Neuroimágenes, electroencefalograma, aplicación de pruebas psicológicas, aplicación de baterías (pruebas) para lenguaje, integración neurosensorial, test articular y valoración muscular

[6] Pagina web. www.elmundodelaparalisis.com

El médico también puede ordenar pruebas especializadas para conocer más de la posible causa de la Parálisis Cerebral Infantil. Esto se ordenará con base en la sospecha clínica etiológica ó la presencia de complicaciones.

3. Intervención terapéutica

En este mundo viven muchos tipos de personas, generalmente consideradas todas iguales, con los mismos derechos y habilidades. Pero hay un cierto grupo de seres vivos que no "concuerdan" con el patrón esperado y "exigible" del total de la humanidad.

Toda terapia es una práctica dedicada a las personas especiales, para ayudarlas a crecer y a "concordar" con el resto, tomando conciencia de su realidad y enseñando a estas personas y a sus familiares a convivir con su discapacidad.

3.1. Áreas de intervención

3.1.1. Área de Lenguaje

En esta área se observa la utilización correcta del lenguaje a través de la articulación, fonación, vocabulario y la comprensión del lenguaje para expresarse por medio de él, y el proceso de la lecto-escritura.

OBJETIVOS GENERALES DEL ÁREA DE LENGUAJE

- Utilizar el lenguaje oral como medio efectivo de comunicación.
- Alcanzar el desarrollo del lenguaje oral como un medio efectivo de comunicación.
- Desarrollar el lenguaje como estímulo para el desarrollo socioemocional.

- ¤ Utilizar el lenguaje como una fuente de satisfacción y un estímulo para la creatividad.
- ¤ Utilizar el lenguaje escrito como un medio efectivo de comunicación.

3.1.2. Área Cognitiva

Se refiere al desarrollo intelectual de los niños y su capacidad de pensar y tomar decisiones por sí mismos. Incluye: conocimiento de las propiedades físicas de los objetos, conocimiento lógico – matemático (clasificación, seriación y número), relación espacio - temporal, asociación de ideas, memoria visual y auditiva, entre otras.

OBJETIVOS GENERALES DEL ÁREA COGNITIVA:

- ¤ Estructurar el conocimiento físico de los elementos que conforman su ambiente inmediato.
- ¤ Desarrollar la capacidad representativa (representaciones mentales).
- ¤ Experimentar el proceso de clasificación.
- ¤ Experimentar el proceso de seriación.
- ¤ Experimentar la noción de número.
- ¤ Comprender el proceso de resolución de problemas.

- Manejar la noción de espacio.
- Alcanzar la estructuración de las relaciones temporales.

3.1.3. Área Psicoafectiva

Esta área tiene como finalidad contribuir con el desarrollo integral del niño como persona individual y como integrante de una comunidad.

Si el niño crece con buenos niveles de afecto y la aceptación, desarrollará sentimientos de confianza y seguridad, de gran beneficio para la autovaloración positiva del niño**.**

OBJETIVOS DEL ÁREA PSICOAFECTIVA:

- Alcanzar niveles saludables de autoestima.
- Incrementar la autoconfianza
- Aumentar la capacidad de adaptación
- Disminuir respuestas agresivas
- Desarrollar el comportamiento cooperativo

3.1.4. Área Personal-social

Analiza la interrelación social del niño con otros niños y con los adultos, así como el manejo de las emociones y expresión de sentimientos, conocimiento de normas, reglas y valores necesarios para su desenvolvimiento e integración social.

Los hábitos de alimentación e higiene también forman parte de esta área, pues serán indispensables para el bienestar personal y la conservación de la salud (control de esfínteres, acción y prevención de enfermedades).

OBJETIVOS DEL ÁREA PERSONAL-SOCIAL:

- Lograr el desarrollo de la autonomía moral e intelectual.
- Dominar el proceso de identidad y socialización.
- Desarrollar el proceso de expresión de sentimientos y emociones utilizando diferentes formas de expresión.
- Adquirir la capacidad de participar, trabajar, compartir intercambiar con niños y adultos, dentro de una concepción democrática

3.1.5. Área Psicomotriz

Se refiere a la coordinación global del cuerpo, y se divide en:

- Motricidad fina: Consiste en la interrelación de los sentidos y los movimientos motrices finos.
- Motricidad Gruesa: Consiste en el control de miembros, agilidad, equilibrio postural y lateralidad.

3.1.5.1. Definición de Psicomotricidad

Según Gabriela Núñez y Fernández Vidal (1994): "La psicomotricidad es la técnica o conjunto de técnicas que tienden a influir en el acto intencional o significativo, para estimularlo o modificarlo, utilizando como mediadores la actividad corporal y su expresión simbólica. El objetivo, por consiguiente, de la psicomotricidad es aumentar la capacidad de interacción del sujeto con el entorno".

Para Muniáin (1997): "La psicomotricidad es una disciplina educativa/reeducativa/terapéutica, concebida como diálogo, que considera al ser humano como una unidad psicosomática y que actúa sobre su totalidad

por medio del cuerpo y del movimiento, en el ámbito de una relación cálida y descentrada, mediante métodos activos de mediación principalmente corporal, con el fin de contribuir a su desarrollo integral".

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

El término de psicomotricidad integra las interacciones cognitivas, emocionales, simbólicas y sensorio motrices en la capacidad de ser y de expresarse en un contexto psicosocial. 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 entrono inmediato para actuar de manera adaptada.

OBJETIVOS GENERALES DEL ÁREA PSICOMOTRIZ

- Lograr un dominio armónico de su propio cuerpo y de sus movimientos.
- Alcanzar una mayor eficiencia en los actos de la vida de relación y en diversas situaciones de aprendizaje.
- Adquirir el desarrollo de diversas coordinaciones globales y segmentarias. (psicomotricidad gruesa y fina).
- Alcanzar el desarrollo de la lateralidad.
- Lograr la organización progresiva del esquema corporal y su orientación espacio – temporal.

QUE SE DEBE TRABAJAR EN EL ÁREA PSICOMOTRIZ

Esquema corporal.

- Conociendo su propio cuerpo (como un todo) y el de los demás: jugar frente al espejo, en parejas, el muñeco que se derrite, “siguiendo al líder”, de imitación, “haz lo que digo”, de representación de formas corporales con su propio cuerpo, etc.
- Conociendo las diferentes partes del cuerpo y sus funciones.
- Controlando su propio cuerpo.
- Adoptando y manteniendo diferentes posiciones corporales.
- Practicando diferentes desplazamientos a diferentes ritmos y en diversas posiciones: correr, caminar, saltar con un pie, agachados, en punta de pie, en los talones.
- Buscando, sintiendo, comprobando y comentando diversas sensaciones corporales, tales como diferentes maneras de respirar (alta, intermedia y baja, inspirar, retener, espirar) impresiones visuales, auditivas, táctiles, olfativas, kinestésicas.
- Realizando diversos movimientos de acción – inhibición: correr y detenerse, correr y caminar.
- Relajando el cuerpo total y las partes del cuerpo.
- Realizando movimientos musicales básicos (allegro, moderato, lento) y sus alteraciones (acelerando y retardando).
- Ubicándose y reconociendo los espacios de su entorno.
- Ubicándose en el tiempo: comparar duraciones de sonidos y movimientos; apreciando intervalos de tiempo, sucesiones (antes y después, ayer, hoy, mañana).
- Ejercitando su lateralidad: juegos de arriba y abajo, derecha e izquierda, juegos cruzados, lanzamientos, “mirar a través de”, buscar algo.

Motricidad gruesa

- Adoptando posiciones del cuerpo total: de pie, sentado, inclinado, acostado en diversas posiciones.
- Realizando diferentes desplazamientos.
- Saltando obstáculos por encima de pelotas, bloques, aros, etc.
- Lanzando y recogiendo objetos, pelotas, bolsitas de arena.
- Imitando movimientos y desplazamientos de animales, personas, objetos, oficios.
- Realizando actividades musicales de movimiento (pulso, acento, ritmo)
- Trepando, suspendiéndose, subiendo y bajando escaleras, deslizándose, usando los aparatos de juego
- Representando gestos y muecas con el cuerpo total: desmayarse, caerse, “derretirse”.
- Realizando movimientos amplios con miembros del cuerpo que requieren independencia segmentaria: brazos, piernas, tronco, cabeza.

Motricidad fina

- Realizando movimientos independientes de ciertos miembros: mano, pie, dedos, boca, ojos, nariz, etc.
- Realizando gestos y muecas, utilizando pequeños grupos musculares: fruncir la boca, respingar la nariz, guiñar el ojo, levantar las cejas, “ponerse bravo”, asombrarse, reírse, sonreírse.
- Utilizando los dedos, las manos, los pies para conductas prensoras y visomotoras, agarrar objetos, recoger del suelo objetos pequeños utilizando los dedos, recoger y lanzar pelotas (con ambas manos, con

una, con la otra), recoger objetos con la boca, amasar, armar rompecabezas, encajar, rasgar, recortar y pegar, pespuntear, salpicar, modelar, construir con tacos y bloques, estampar, deshilachas, soplar, estampar.

- Usando herramientas, instrumentos y equipos (batidora, cocina, serruchos, martillos, engrapadoras, perforadores)
- Usando los instrumentos musicales de percusión y de viento.
- Practicando hábitos de autoayuda: vestirse y desvestirse (abotonar, subir y bajar el cierre, trenzar las cuerdas de los zapatos), asearse, alimentarse.
- Realizando actividades grafomotoras: dibujar y pintar (con la mano, con los dedos, con creyones de cera, con pintura, con tiza, con pasteles, con creyones de madera, con pinceles, con brochas, con algodón), delinear, contonear, garabatear, colorear, escribir y copiar palabras en forma espontánea.

Equilibrio

- Realizando juegos de acción inhibición: movimiento y congelación del mismo.
- Balanceándose, adoptando diferentes posiciones del cuerpo a diferentes ritmos y/o utilizando objetos (globos, batutas, pañuelos, bloques, cuerdas)
- Desplazándose con diferentes posiciones: pie encogido, brazos en alto, en cruz, agachado, pierna extendida, ojos cerrados.
- Sosteniéndose con una, dos, tres, cuatro partes del cuerpo.

3.1.5.1. Intervención Psicomotriz

3.1.5.1.1. Terapia Psicomotriz

El objetivo principal de la terapia psicomotriz es reconocer al ser humano que se va descubriendo y acompañarlo. Esto lo conseguimos generando un espacio de comunicación que facilite el acople tónico entre el niño/a y el terapista.

A lo largo de la historia han existido muchos métodos para tratar a pacientes con alguna discapacidad. Esta variedad se extiende por la gran diversidad de cuadros clínicos que nos podemos encontrar en un mismo diagnóstico. Algunos de estos métodos están enfocados específicamente en el campo de la parálisis cerebral.

Dentro de la terapia Psicomotriz, se emplean una serie de principios básicos y utiliza técnicas estimuladoras y relajadoras en función del efecto deseado.

3.1.5.1.1.1. Principios básicos

El tratamiento de los niños con PCI debe ser interdisciplinario, debido a las diferentes áreas que habitualmente se comprometen, estableciendo metas a corto, mediano y largo plazo, de acuerdo a los cambios que se van presentando neurológicamente, ocasionados por el desarrollo del encéfalo.

Dentro de las especialidades médicas que siempre deben participar están: los fisiatras, pediatras, neuropediatras y ortopedistas como equipo básico y como inter-consultantes oftalmólogos, otorrinolaringólogos, psiquiatras, genetistas y odontólogos.

De las áreas terapéuticas: fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionales, psicólogos, educadores y trabajadores sociales.

El manejo se debe iniciar lo mas inmediatamente posible, una vez establecido el diagnóstico o los factores de riesgo de lesión encefálica, y se dirige a estimular al niño en forma multi-sensorial, normalizar tono, mantener

arcos de movimiento, estimular patrones de movimiento, cambios de posición, posturas adecuadas y equilibrio.

- **Movimientos complejos:**

Los patrones de movimiento utilizados son globales, en masa, similares a los desarrollados en los actos de la vida diaria. El sentido de los mismos es diagonal y espiroideo, en consonancia con la disposición diagonal y rotatoria de huesos, músculos y articulaciones. Se realiza según 3 dimensiones: flexión o extensión, aducción o abducción y rotación externa o interna; y se organiza alrededor de una articulación principal o pívot. Cada segmento del cuerpo tiene dos diagonales de movimiento y cada una consta de dos patrones, antagónicos entre sí. El movimiento se ejecuta desde la mayor amplitud o desde la parte más distal del segmento a tratar para recibir el mayor número de estímulos propioceptivos facilitadores.

- **Resistencia máxima:**

La aplicación de la máxima resistencia manual es fundamental para conseguir el desarrollo de la resistencia y de la potencia muscular. Facilita los mecanismos de irradiación e inducción sucesiva.

- **Contactos manuales:**

La presión manual ejercida sobre la piel que cubre los músculos y las articulaciones, se utiliza como mecanismo facilitador para orientar sobre la dirección del movimiento y demandar una respuesta motora.

- **Comandos y órdenes:**

Las órdenes han de ser claras, sencillas, rítmicas y dinámicas para facilitar el esfuerzo voluntario del paciente por medio de la estimulación verbal.

- **Comprensión y tracción:**

Ambas maniobras estimulan los receptores propioceptivos articulares y favorecen la estimulación de los reflejos posturales y la amplitud articular.

- **Estiramiento:**

La elongación de las fibras musculares provoca, por mecanismo reflejo, un incremento de la contracción muscular. El movimiento impreso para obtener el reflejo de estiramiento debe ser breve y sincrónico con el esfuerzo voluntario del paciente.

- **Sincronismo normal:**

Es la secuencia de la contracción muscular en la realización de un movimiento coordinado. El control proximal se adquiere antes que el distal, pero la secuencia se efectúa en sentido contrario al existir a nivel distal mayor recepción de estímulos motores.

3.1.5.1.1.2. Técnicas aplicadas

Dentro de las técnicas aplicadas hay que diferenciar las estimuladoras de las relajadoras:

- **Técnicas estimuladoras**
    - **Contracciones repetidas**: Se utilizan en la reeducación de los músculos débiles, ya que la actividad repetida de un grupo muscular facilita su contracción y aumenta la fuerza, resistencia y coordinación. Tras un reflejo de estiramiento, el paciente realiza una contracción isotónica hasta que se fatiga y se le ordena que sostenga mediante una contracción isométrica a la que se aplica, una resistencia manual y se le solicita una nueva contracción isotónica. Está contraindicada en casos con fuerte espasticidad y procesos agudos donde el paciente no puede realizar esfuerzos sostenidos.

- **Estabilización rítmica**: Indicada para mejorar el inicio de la contracción de los músculos débiles, dar estabilidad articular y reestrenar el equilibrio en posición funcional. Una vez relajado el paciente se aplica sucesivamente una resistencia a los agonistas y antagonistas que realizan contracciones isométricas alternas. El Parkinson, la hemiplejia espástica y procesos en los que no se pueden realizar contracciones isométricas contraindican esta técnica.

- **Inversiones lentas:** Se utilizan en el aprendizaje de patrones cinéticos, facilitación de los músculos débiles y mejora de la coordinación. La contracción isotónica de la musculatura antagonista es seguida inmediatamente y sin relajación del grupo agonista débil. Está contraindicada fundamentalmente en procesos ortopédicos agudos.

- **Técnicas relajadoras:**
  - **Mantener-relajar**: En posición de máxima amplitud articular, la relajación se obtiene tras la contracción isométrica potente del grupo muscular contracturado.

  - **Contraer-relajar**: La contracción isotónica del patrón antagonista se sigue de una relajación del mismo. Posteriormente se realiza un estiramiento pasivo de los agonistas. Está contraindicado cuando no se puede mover pasivamente el agonista.

4. Terapia Psicomotriz en pacientes con Parálisis Cerebral basado en el Método de Bobath

Durante el proceso de intervención nos enfocamos en el método aplicado por Bobath en niños con Parálisis Cerebral, el mismo que se basa en ejercicios encaminados a reducir la espasticidad y mejorar el tono y fuerza muscular, estos pueden ser modificados de acuerdo al tipo de parálisis cerebral que presente el paciente.

El tratamiento en Psicomotricidad puede mejorar o evitar el deterioro de la autonomía de un paciente con parálisis cerebral.

4.1. Facilitar el desarrollo psicomotor

Un objetivo importante en la infancia es facilitar las experiencias sensorio-motrices y favorecer el aprendizaje de las actividades psicomotrices. En terapia se enfoca el desarrollo teniendo en cuenta el alineamiento y la estabilidad postural, permitiendo a la vez la aparición de actividades motrices como control cefálico, volteo, sedestación, alcance de objetos, rastreo o gateo, cambios de postura, bipedestación y marcha, las cuales promueven el desarrollo de la percepción espacial, el conocimiento del propio cuerpo y la exploración del entorno.

La secuencia del desarrollo motor normal puede servir al terapeuta como una guía en la progresión de actividades, pero los niños con PC no siempre la prosiguen. La forma de abordar la secuencia de desarrollo depende de la gravedad de las disfunciones y en algunos niños puede hacerse evidente muy tempranamente. Por ejemplo, un niño de 1 o 2 años con una tetraplejía espástica gravemente afectado puede que nunca llegue a rastrear, gatear o realizar cambios de posición, por eso, en este caso, seguir con la secuencia de desarrollo de movimiento podría ser un objetivo irreal y sería más conveniente centrar los objetivos en una sedestación funcional con apoyo, ya que las adaptaciones para ella permiten la función en otras áreas del desarrollo.

En niños con problemas de control cefálico, hay que valorar la sintomatología que altera la alineación de la cabeza con y sin gravedad, y la

posible existencia de un déficit visual, y favorecer aquellas posturas en las que el niño pueda organizar mejor su control cefálico, ya sea en prono, sedestación o bipedestación. Mientras que en niños gravemente afectados el control cefálico puede ser un objetivo importante, en niños con afectación leve la progresión del desarrollo motor puede suceder sin apenas intervención terapéutica.

Cuando el objetivo sea que el niño aprenda un medio de desplazarse por el suelo, se sabe que este puede ser en forma de volteo, rastreo, gateo o quizás deslizarse por el suelo sentado. El propósito es que le niño consiga un movimiento activo autoorganizado que permita aumentar el control dinámico de los diferentes segmentos del cuerpo para que pueda ser autónomo en los cambios de posición, mejore la percepción temporoespacial del movimiento, interactúe con el entorno y le anime al movimiento activo autoiniciado. Mientras que para el rastreo es básico que el niño tenga fuerza los miembros superiores para arrastrar su cuerpo, el gateo requiere coordinar el soporte de los brazos y piernas, capacidad para cambiar lateralmente el peso mientras avanza y aplicar la fuerza adecuada para alternar los miembros en diagonal.

Es fundamental dar una experiencia precoz de la bipedestación al niño con PC. La actividad de cuclillas a bipedestación debe practicarse en niños muy pequeños, ya que la propulsión, el soporte y el equilibrio son los atributos más importantes de las extremidades inferiores y en niños con disfunción del movimiento es esencial practicar estos atributos antes de que se instauren acortamientos musculares o atrofia por desuso.

4.2. Reducir la Espasticidad

El objetivo es prevenir las alteraciones secundarias, proporcionar bienestar y mejorar las posiciones y el movimiento funcional. En edades preescolares disminuir la espasticidad permite evitar el acortamiento muscular durante el crecimiento, y retrasar o evitar la cirugía ortopédica.

El fisioterapeuta proporciona una guía o contención manual para que el niño alcance la amplitud de movimiento necesaria en el cambio de posición porque siempre implican una elongación muscular de los segmentos comprometidos en la transacción.

El terapeuta utiliza diferente material de tamaños distintos, como pelotas o rodillos, para practicar varios ejercicios de equilibrio en sedestación o para facilitar las transacciones de posturas. Los ejercicios y la práctica de actividades funcionales también tienen que estar planeados para favorecer que el niño aplique la fuerza muscular apropiada.

- **Estiramientos pasivos musculares:**

La utilidad de estas maniobras pasivas es difícil de valorar, ya que los niños también realizan simultáneamente ejercicios activos, programas de control postural, etc. Sin embargo los estiramientos pasivos musculares suelen ser una práctica habitual para prevenir la hipoextensibilidad del músculo espástico.

- **Estiramientos prolongados:**

Según sus estudios, una contractura se puede evitar si los músculos son estirados por debajo del umbral mínimo de estiramiento, (longitud en que el músculo empieza a resistir el estiramiento) por lo menos 6 horas diarias.

4.3. Paso de sedestación a bipedestación

El desarrollo de levantarse no sólo es esencial para la marcha sino también para la conducta independiente en otras actividades del ser humano. El hecho de levantarse requiere la capacidad de extender las articulaciones de los miembros inferiores sobre una base de soporte fija (los pies).

La propulsión, el soporte y el equilibrio son los atributos más importantes de los miembros inferiores. La acción de extender y soportar el cuerpo es una

parte de las múltiples actividades de la vida diaria. La práctica de extender los miembros inferiores desde la posición de cuclillas es un patrón de movimiento aparentemente innato que, si no se ejercita en la primera infancia se puede perder. La falta de la práctica de este patrón de movimiento está asociada al acortamiento de los músculos posteriores de la pierna y de los flexores de rodilla y cadera.

La actividad de levantarse se puede practicar desde una silla, que no tenga brazos, con una altura que depende de la capacidad del niño para generar la fuerza con los músculos extensores de los miembros inferiores. Si hay debilidad muscular o si el control de los miembros inferiores es malo, será más fácil que el niño pueda practicar la actividad con una silla más alta porque así necesitará menos fuerza, para así, con la práctica, desarrollar el estiramiento necesario en los músculos involucrados para la acción. La repetición de esta actividad es necesaria por dos razones: para optimizar el aprendizaje y para el estiramiento muscular de esta acción específica. Es posible que al principio el niño necesite la guía manual del terapeuta o del padre o de la madre.

Para ello hay que asegurarse de:

- La posición adecuada de los pies, que deben estar en contacto con el suelo, ya que si no lo están y el niño inicia la actividad en flexión plantar, la actividad del cuadriceps extenderá el muslo hacia atrás.
- Las rodillas deben estar dirigidas hacia delante para asegurar la suficiente dorsiflexión de tobillos hasta que los muslos despeguen de la silla para que la masa corporal se mantenga centrada encima de la base de soporte y las rodillas no se extiendan hasta el final del movimiento.
- Los hombros y la cabeza deben moverse hacia delante en dirección a las rodillas.

La forma en que se haga la actividad dependerá de la edad del niño, de su nivel de colaboración y de su estado de alerta. Si el niño tiene dificultades en la actividad muscular extensora, se puede parar el movimiento en varios puntos de la fase de extensión.

4.4. Reducir las limitaciones funcionales

La edad preescolar y escolar es un tiempo crucial para tratar las limitaciones funcionales. La frecuencia del tratamiento puede variar dependiendo de los recursos disponibles, de los programas complementarios, de las necesidades de los padres y de la respuesta del niño al tratamiento. La terapia debería significar un progreso para que el niño pueda integrar las actividades aprendidas en habilidades funcionales. Por ejemplo, golpear una pelota puede ser más funcional y motivante para desarrollar el equilibrio que practicar la bipedestación sobre un pie.

Los niños con PC son más capaces de entender y realizar actividades perceptivomotrices concretas con consecuencias funcionales que las actividades abstractas. Hay muchos niños con PC que no tienen un nivel cognitivo adecuado o que presentan alteraciones conductuales; por tanto, las actividades deben estar adaptadas a su nivel de conducta y comprensión.

4.5. Programas de carga en bipedestación

Un programa de bipedestación consiste en la utilización de material adaptado para conseguir la posición del niño en bipedestación cuando el control motor es inadecuado para permitirle estar de pie sin la ayuda de estos recursos.

Normalmente los programas de bipedestación se inician al año de edad, cuando el niño no es capaz de sostener su cuerpo en contra de la gravedad.

- **Plano ventral:**

El plano ventral frecuentemente se usa para niños que no pueden mantener la postura vertical en bipedestación. Para ello se coloca al niño en posición prona con sujeción en el tronco, pelvis y extremidades. El grado de inclinación del bipedestador hacia la verticalidad depende de la tolerancia del niño y de los objetivos del fisioterapeuta.

Normalmente, se utiliza el plano ventral en niños con hiperextensión de cuello, retracción de escápulas, asimetría del tronco, falta de equilibrio muscular o dificultades para controlar alineadamente cabeza y tronco en contra de la gravedad. Por lo general los planos ventrales llevan incorporadas mesas para que el niño pueda jugar mientras está en bipedestación, aspecto que le ayuda a organizar su control oculomanual mientras mantiene un correcto alineamiento musculoesquelético en las diferentes partes del cuerpo.

Es importante que el niño mantenga la bipedestación con la base de soporte alineada, es decir, que mantenga los pies alineados para evitar que la carga no empeore una posible deformidad en los pies.

- **Bipedestador supino:**

Es una alternativa al plano ventral y también permite graduar la inclinación. Este tipo de bipedestador permite al niño percibir el entorno e interactuar con él desde una postura erecta. Es importante valorar posibles compensaciones que puede hacer el niño cuando usa el bipedestador supino, como cifosis con protusión de cabeza o hiperextensión de la columna cervical con asimetría secundaria a la falta de equilibrio y control muscular.

4.6. Ayudar la movilidad

Las estrategias terapéuticas que normalmente se utilizan para preparar la ambulación, como las cargas de peso alineadas, control en los cambios de peso y promover el equilibrio, capacitan al niño para una independencia bípeda.

Sin embargo hay niños que no pueden controlar el cuerpo en contra de la gravedad y pueden necesitar ayudas para la movilidad en su proceso de aprendizaje o para su independencia en los desplazamientos.

Las ayudas para la movilidad capacitan al niño a explorar el entorno mientras adquiere la sensación de independencia y competencia. La capacidad de moverse promueve el desarrollo de la iniciativa así como la

adquisición de conceptos espaciales y, por tanto, la capacidad de moverse no debe reducirse a la sesión de tratamiento, sino que debe ejercitarse con una ayuda adecuada, según la edad del niño, su condición física en particular y dentro de su entorno natural.

6. METODOLOGIA

Para poder llevar a cabo el presente proyecto investigativo siendo el mismo de carácter fenomenológico-social nos hemos apoyado de distintos métodos e instrumentos que detallaremos a continuación:

PRIMER OBJETIVO ESPECÍFICO

Recolección de información de los pacientes con parálisis cerebral que formarán parte del Proyecto de Psicorrehabilitación Comunitaria III Etapa

METODOLOGÍA ESPECÍFICA

Para poder obtener datos informativos de los pacientes que serán atendidos durante el desarrollo del Proyecto, se aplicará la ficha de inscripción **(Anexo Nº 1 Ficha de inscripción)** la misma que nos servirá para obtener información como nombres completos, fecha y lugar de nacimiento, motivo de consulta, antecedentes, entre otros, de igual forma aplicaremos la ficha de localización **(Anexo Nº 2 Ficha de localización)** la misma que nos será de gran ayuda para conocer la ubicación geográfica y unidad de atención de cada uno de los pacientes del programa, así mismo aplicaremos la ficha de distribución de pacientes **(Anexo Nº 3 Ficha de distribución de pacientes),** la cual nos ayudará a establecer los horarios de atención para cada paciente durante el desarrollo del proyecto.

Posterior a ello emplearemos la ficha individual de información **(Anexo Nº 4 Ficha individual de información)** la misma que nos facilitará tener un diagnóstico descriptivo del paciente, dentro de la ficha constaran datos informativos del paciente, antecedentes familiares, antecedentes personales (periodo prenatal, perinatal y postnatal), escolaridad, antecedentes patológicos entre otros.

SEGUNDO OBJETIVO ESPECÍFICO

Evaluar el área Psicomotriz a través de instrumentos psicotécnicos de los pacientes con parálisis cerebral

METODOLOGIA ESPECÍFICA

Posteriormente se aplicará la ficha de evaluación Psicomotriz **(Anexo Nª 5 Ficha de Evaluación Psicomotriz),** la cual nos servirá para evaluar la

tonicidad, reflejos tónicos, coordinación corporal, equilibrio, lateralidad, agilidad, conciencia corporal y fuerza de los pacientes principalmente de aquellos que presentan parálisis cerebral.

TERCER OBJETIVO ESPECÍFICO

Realizar las planificaciones correspondientes al área afectada de los pacientes con parálisis cerebral

METODOLOGÍA ESPECÍFICA

Luego de haber tomando en cuenta la información obtenida mediante la aplicación de las fichas ya mencionadas anteriormente, se realizará la planificación correspondiente al área afectada de cada paciente con parálisis cerebral, para la posterior intervención terapéutica, dentro de la cual se abarcará, datos informativos (Nombre, Edad, Discapacidad, Facilitador responsable, Tiempo de ejecución), área (psicomotriz, lenguaje, cognitiva, psicoafectiva, personal – social) con sus correspondientes sub áreas, objetivos basados en las áreas de intervención a rehabilitarse, estos pueden ser alcanzados a corto, mediano o largo plazo, también constará el parámetro de actividades acordes a los objetivos planteados, recursos, dentro de los mismos se incluyen recursos humanos y recursos materiales y finalmente evaluación, en la cual se constatará el avance obtenido en los pacientes durante el transcurso del proyecto. **(Anexo Nº 6 Planificación individual de actividades)**

CUARTO OBJETIVO ESPECÍFICO

Brindar atención especializada e individualizada a los pacientes con parálisis cerebral de la parroquia Lucero y ciudad de Cariamanga e incluir dentro de la terapia a los padres de familia

METODOLOGÍA ESPECÍFICA

Para poder brindar una adecuada intervención terapéutica con el fin de lograr y alcanzar un buen desenvolvimiento de las planificaciones previamente elaboradas y así obtener resultados esperados la atención será llevada a cabo en el domicilio de cada paciente y de igual forma en la escuela especial " San José" ubicada en la ciudad de Cariamanga.

La intervención terapéutica será realizada acorde a la ficha de distribución de pacientes en horarios de atención de 08:00 a 12:00 y de 15:00 a 18:00

los días lunes, martes y miércoles, tomando en cuenta que el tiempo de duración de cada terapia será de 30 a 45 minutos con cada paciente, los días jueves se brindará atención en terapias alternativas como Hidroterapia, Hipoterapia y terapia Psicomotriz en las instalaciones del Batallón de Infantería Nº 20 “Capitán Días” las mismas que serán llevadas a cabo desde las 08:00 a 12:00.

Dentro de la intervención que se brindará, se incluirá y capacitará a los padres de familia para que conozcan el tratamiento a efectuarse y de esta manera puedan realizar las actividades en casa con el fin de que la terapia sea constante y se puedan obtener mejores resultados.

QUINTO OBJETIVO ESPECÍFICO

Socializar los resultados obtenidos del proyecto de Psicorrehabilitación Comunitaria III Etapa a los alumnos que cursan el octavo módulo de la carrera de Psicorrehabilitación y Educación Especial de la Universidad Nacional de Loja

MEDOTOLOGÍA ESPECÍFICA

Con el fin de dar a conocer la intervención y trabajo realizado en la parroquia Lucero y ciudad de Cariamanga del Cantón Calvas, se socializará nuestro Proyecto de Desarrollo Comunitario, a los alumnos del octavo módulo de la carrera de Psicorrehabilitación y Educación Especial, mediante la entrega de trípticos, presentación en infocus y álbum fotográfico de los pacientes con parálisis cerebral atendidos.

POBLACIÓN Y MUESTRA

La población total que se atendió durante el proyecto de Psicorrehabilitación Comunitaria III Etapa es de 29 pacientes, pero para nuestro proyecto de investigación hemos tomado una muestra de 07 pacientes que presentan parálisis cerebral, de los cuales 01 pertenece al sexo femenino y 06 al sexo masculino

7.CRONOGRAMA GENERAL

ACTIVIDAD	2008																												2009										
	AGOSTO					SEPTIEMBRE					OCTUBRE					NOVIEMBRE					DICIEMBRE					ENERO					FEBRERO				
	1	2	3	4		1	2	3	4		1	2	3	4		1	2	3	4		1	2	3	4		1	2	3	4		1	2	3	4	
Conformación del 3er equipo del Proyecto de Psicorrehabilitación Comunitaria III Etapa		X	X																																		
Difusión del programa de Psicorrehabilitación Comunitaria III Etapa				X																																	
Inscripción, evaluación de pacientes y ejecución de la III etapa del proyecto						X	X	X	X		X	X	X	X		X	X	X	X		X	X	X	X		X	X										
Realización del informe final de actividades																												X									
Sustentación y exposición de los trabajos realizados																													X				X	X			

FECHA	SECTOR	ACTIVIDADES	RECURSOS PROPIOS DEL PROMOTOR	RECURSOS DEL PROGRAMA
Agosto/ 2008	I. Municipio del Cantón Calvas	¤ Distribución del equipo de facilitadores a las diferentes parroquias del Cantón Calvas ¤ Indicaciones por parte del coordinador técnico del programa para llevar a cabo la inscripción de pacientes ¤ Entrega de carpetas de los pacientes atendidos en etapas anteriores	¤ Uniformes ¤ Cuaderno ¤ Lápiz ¤ Esferos	Recursos Humanos: ¤ Asesor Técnico ¤ Facilitadores del Programa de Psicorrehabilitación Comunitaria III Etapa
	Parroquias: Colaisaca, Lucero, Sanguillín	¤ Difusión del Programa de Psicorrehabilitación Comunitaria III Etapa ¤ Localización de pacientes atendidos en etapas anteriores ¤ Aplicación de las fichas de inscripción e información individual a los pacientes que serán atendidos en los diferentes barrios de las parroquias Colaisaca, Lucero y Sanguillín ¤ Valoración y Revaloración de los pacientes para poder desarrollar la planificación, de las actividades a realizar de acuerdo al	¤ Uniformes ¤ Cuaderno ¤ Lápiz ¤ Esferos ¤ Borrador ¤ Copias de las Fichas de inscripción ¤ Copias de Fichas de información individual ¤ Ficha de Articulación de Melgar ¤ Fichas de gráficos ¤ Hojas de papel bon	¤ Asesor Técnico ¤ Facilitadores del Programa de Psicorrehabilitación Comunitaria III Etapa ¤ Fichas de inscripción ¤ Fichas de información individual ¤ Transporte

		área afectada de cada paciente	¤ Test. de Nociones básicas ¤ Pinturas ¤ Soga ¤ Pelotas	
	BI – 20 "Capitán Díaz"	¤ Desarrollo de las terapias alternativas como Hipoterapia e Hidroterapia	¤ Uniformes	¤ Instalaciones del BI - 20 "Capitán Díaz"
Septiembre/ 2008	I. Municipio del Cantón Calvas	¤ Entrega de informes de valoración y revaloración de los pacientes ¤ Entrega de informe mensual, planificación semanal y planificación mensual de actividades a desarrollar con cada uno de los pacientes que fueron evaluados y revalorados ¤ Vaciado de casos	¤ Informes de valoración y revaloración ¤ Informe mensual ¤ Planificación semanal ¤ Planificación mensual ¤ Carpeta de pacientes	¤ Asesor Técnico ¤ Facilitadores del Programa de Psicorrehabilitación Comunitaria III Etapa ¤ Fichas de inscripción ¤ Fichas de información individual
	Parroquias: Colaisaca, Lucero, Sanguillín	¤ Aplicación de las fichas de inscripción e información individual a los pacientes que serán atendidos en los diferentes barrios de las parroquias Colaisaca, Lucero y	¤ Uniformes ¤ Cuaderno ¤ Lápiz ¤ Esferos	¤ Facilitadores del Programa de Psicorrehabilitación Comunitaria III Etapa

		Sanguillín ¤ Valoración y Revaloración de los pacientes para poder desarrollar la planificación, de las actividades a realizar de acuerdo al área afectada de cada paciente ¤ Intervención terapéutica con aquellos pacientes que fueron inscritos para ser atendidos en esta etapa	¤ Borrador ¤ Pinturas ¤ Copias de las Fichas de inscripción ¤ Copias de Fichas de información individual ¤ Ficha de Articulación de Melgar ¤ Fichas de gráficos ¤ Hojas de papel bon ¤ Test. de Nociones básicas ¤ Pinturas ¤ Soga ¤ Pelotas ¤ Botella ¤ Bolitas de colores	¤ Fichas de inscripción ¤ Fichas de información individual ¤ Transporte
	Cariamanga	¤ Arreglo del carro alegórico por el pregón de las fiestas de Calvas ¤ Formamos parte del desfile realizado en las calles de Cariamanga por el pregón de las fiestas de Calvas ¤ Lanzamiento del Programa de Psicorrehabilitación Comunitaria III Etapa ¤ Atención e intervención terapéutica a los pacientes de la ciudad de Cariamanga en	¤ Bombas ¤ Cinta ¤ Uniformes ¤ Aceite ¤ Goma ¤ Tijeras ¤ Fichas con gráfico ¤ Fómix ¤ Hojas de papel bon ¤ Papel de colores	¤ Asesor Técnico ¤ Facilitadores del Programa de Psicorrehabilitación Comunitaria III Etapa ¤ Padres de Familia ¤ Vehículo ¤ Bombas ¤ Tela ¤ Escuela Especial "San

		la escuela especial "San José" y domicilio de los pacientes		José"
	BI – 20 "Capitán Díaz"	¤ Desarrollo de las terapias alternativas como Hipoterapia e Hidroterapia	¤ Uniformes	¤ Instalaciones del BI - 20 "Capitán Díaz"
Octubre/ 2008	I. Municipio del Cantón Calvas	¤ Entrega de informe mensual, planificación semanal y planificación mensual de actividades a desarrollar con cada uno de los pacientes que forman parte del programa	¤ Informe mensual ¤ Planificación semanal ¤ Planificación mensual	
	Parroquias: Colaisaca, Lucero, Sanguillín	¤ Atención e intervención terapéutica individualizada a cada paciente en el área afectada que presente	¤ Fichas de gráficos ¤ Pinturas ¤ Acuarelas ¤ Cartulina ¤ Lápiz ¤ Borrador ¤ Aceite ¤ Goma ¤ Tijeras ¤ Botellas	¤ Facilitadores del Programa de Psicorrehabilitación Comunitaria III Etapa ¤ Transporte ¤ Fómix

			¤ Hojas de actividades ¤ Bolas de colores ¤ Punzón	
	Cariamanga	¤ Visita a la casa del adulto mayor "San José" ¤ Participamos en la casa abierta realizada en el parque central de Cariamanga ¤ Participamos en el desfile cívico-militar realizado en homenaje al aniversario de Cantonización de Cariamanga ¤ Atención e intervención terapéutica individualizada en la escuela especial "San José" a cada paciente de la ciudad de Cariamanga que forma parte del programa	¤ Aceite ¤ Goma ¤ Punzón ¤ Cartulina ¤ Fómix ¤ Lápiz ¤ Tomate riñón ¤ Plátano maduro ¤ Fuente ¤ Gelatina ¤ Azúcar	¤ Facilitadores del Programa de Psicorrehabilitación Comunitaria III Etapa ¤ Escuela especial "San José" ¤ Balones Terapéuticos ¤ Rodillos ¤ Paralelas ¤ Colchonetas ¤ Camillas
	BI – 20 "Capitán Díaz"	¤ Desarrollo de las terapias alternativas como Hipoterapia e Hidroterapia ¤ Pintar y arreglar el picadero, lugar donde se realiza la Hipoterapia	¤ Uniformes ¤ Brochas	¤ Instalaciones del BI - 20 "Capitán ¤ Asesor Técnico ¤ Facilitadores del Programa de Psicorrehabilitación Comunitaria III Etapa ¤ Padres de Familia ¤ Pintura

Noviembre/ 2008	I. Municipio del Cantón Calvas	¤ Entrega de informe mensual, planificación semanal y planificación mensual de actividades a desarrollar con cada uno de los pacientes que forman parte del programa	¤ Informe mensual ¤ Planificación semanal ¤ Planificación mensual	
	Parroquias: Colaisaca, Lucero, Sanguillín	¤ Atención e intervención terapéutica individualizada a cada paciente en el área afectada que presente	¤ Pelotas ¤ Globos ¤ Miel ¤ Leche en polvo ¤ Baja Lenguas ¤ Guantes ¤ Fichas de gráficos ¤ Pinturas ¤ Acuarelas ¤ Cartulina ¤ Lápiz ¤ Borrador ¤ Aceite ¤ Goma ¤ Tijeras ¤ Plastilina ¤ Hojas de actividades	¤ Facilitadores del Programa de Psicorrehabilitación Comunitaria III Etapa ¤ Transporte

			¤ Aceite ¤ Plastilina ¤ Hojas de actividades ¤ Pinturas ¤ Acuarelas ¤ Papel de colores ¤ Algodón ¤ Azúcar ¤ Harina ¤ Fuente ¤ Granos ¤ Uniformes	
	Cariamanga	¤ Atención e intervención terapéutica individualizada en la escuela especial "San José" a cada paciente de la ciudad de Cariamanga que forma parte del programa	¤ Uniformes	¤ Facilitadores del Programa de Psicorrehabilitación Comunitaria III Etapa ¤ Escuela especial "San José" ¤ Balones Terapéuticos ¤ Rodillos ¤ Paralelas ¤ Colchonetas ¤ Camillas

	BI – 20 "Capitán Díaz"	¤ Desarrollo de las terapias alternativas como Hipoterapia e Hidroterapia		¤ Instalaciones del BI - 20 "Capitán ¤ Asesor Técnico ¤ Facilitadores del Programa de Psicorrehabilitación Comunitaria III Etapa ¤ Padres de Familia
Diciembre/ 2008	I. Municipio del Cantón Calvas	¤ Entrega de informe mensual y planificación semanal de actividades a desarrollar con cada uno de los pacientes que forman parte del programa	¤ Informe mensual ¤ Planificación semanal	
	Parroquias: Colaisaca, Lucero, Sanguillín	¤ Atención e intervención terapéutica individualizada a cada paciente en el área afectada que presente	¤ Aceite ¤ Plastilina ¤ Uniformes ¤ Hojas de actividades ¤ Pinturas ¤ Lápiz ¤ Borrador ¤ Acuarelas ¤ Papel de colores ¤ Fómix de colores	¤ Facilitadores del Programa de Psicorrehabilitación Comunitaria III Etapa ¤ Transporte

			¤ Silicón ¤ Miel ¤ Espejo ¤ Leche en polvo ¤ Baja Lenguas ¤ Guantes ¤ Gomas de mascar ¤ Chupetes ¤ Rollos de papel ¤ Aceite ¤ Plastilina ¤ Hojas de actividades ¤ Pinturas ¤ Acuarelas ¤ Caja de fósforos grande ¤ Papel celofán ¤ Goma ¤ Guante de látex	
	Cariamanga	¤ Atención e intervención terapéutica individualizada en la escuela especial "San José" a cada paciente de la ciudad de Cariamanga que forma parte del programa	¤ Uniformes	¤ Facilitadores del Programa de Psicorrehabilitación Comunitaria III Etapa ¤ Escuela especial "San

	BI – 20 "Capitán Díaz"	¤ Desarrollo de las terapias alternativas como Hipoterapia e Hidroterapia		José" ¤ Balones Terapéuticos ¤ Rodillos ¤ Paralelas ¤ Colchonetas ¤ Camillas ¤ Instalaciones del BI - 20 "Capitán ¤ Asesor Técnico ¤ Facilitadores del Programa de Psicorrehabilitación Comunitaria III Etapa ¤ Padres de Familia
Enero/ 2009	I. Municipio del Cantón Calvas	¤ Entrega de informe mensual y planificación semanal de actividades a desarrollar con cada uno de los pacientes que forman parte del programa ¤ Entrega del informe de evaluación ¤ Entrega del informe final	¤ Informe mensual ¤ Planificación semanal ¤ Informes de evaluación ¤ Informe final	

	Parroquias: Colaisaca, Lucero, Sanguillín	¤ Atención e intervención terapéutica individualizada a cada paciente en el área afectada que presente ¤ Entrega de funda de caramelos a los pacientes atendidos en los diferentes barrios, donada por el Dr. Franklin Cueva Alcalde del Cantón Calvas ¤ Evaluación de los pacientes atendidos ¤ Exposición del los trabajos realizados por los pacientes atendidos durante el transcurso del programa.	¤ Hojas de actividades ¤ Pinturas ¤ Lápiz ¤ Borrador ¤ Acuarelas ¤ Uniformes ¤ Fundas de caramelos ¤ Fómix de colores ¤ Goma ¤ Tijeras ¤ Trabajos realizados	¤ Facilitadores del Programa de Psicorrehabilitación Comunitaria III Etapa ¤ Transporte
	Cariamanga	¤ Atención e intervención terapéutica individualizada en la escuela especial "San José" a cada paciente de la ciudad de Cariamanga que forma parte del programa ¤ Entrega de funda de caramelos a los pacientes de la ciudad de Cariamanga atendidos en las tardes. ¤ Evaluación de los pacientes atendidos ¤ Realización del informe final de actividades ¤ Exposición del los trabajos realizados por los pacientes atendidos durante el	¤ Hojas de actividades ¤ Pinturas ¤ Lápiz ¤ Borrador ¤ Acuarelas ¤ Uniformes ¤ Fundas de caramelos ¤ Fómix de colores ¤ Goma ¤ Tijeras ¤ Trabajos realizados	¤ Facilitadores del Programa de Psicorrehabilitación Comunitaria III Etapa ¤ Escuela especial "San José" ¤ Balones Terapéuticos ¤ Rodillos ¤ Paralelas ¤ Colchonetas ¤ Camillas

	BI – 20 "Capitán Díaz"	transcurso del programa. ¤ Desarrollo de las terapias alternativas como Hipoterapia e Hidroterapia	¤ Uniformes	¤ Instalaciones del BI - 20 "Capitán ¤ Asesor Técnico ¤ Facilitadores del Programa de Psicorrehabilitación Comunitaria III Etapa ¤ Padres de Familia
FEBRERO/ 2009	Universidad Nacional de Loja	¤ Entrega de informes finales ¤ Exposición y sustentación del trabajo realizado	¤ Informe Final ¤ Material trabajado	

9. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

Durante el proceso de intervención terapéutica y el desarrollo del proyecto de tesis han sido necesarios el uso de recursos materiales como materiales de oficina, material didáctico, materiales de intervención y viáticos, los cuales se detallan a continuación.

RECURSOS MATERIALES		
MATERIALES	**CANTIDAD**	**VALOR**
1. Material de Oficina		
Hojas de papel bon A4	3 resmas	$ 13.50
Lápices	4 unidades	$ 0.60
Pinturas	2 cajas	$ 2.00
Borradores	4 unidades	$ 1.00
Impresiones	800 unidades	$ 800
Marcadores	2 cajas	$ 3.00
2. Material Didáctico		
Temperas	4 cajas	$ 6.00
Goma	3 unidades	$ 1.80
Bolas de plástico	2 fundas	$ 2.00
Fómix	8 pliegos	$ 9.60
Cajas de fósforo	7 cajas	$ 1.75
Papel lustre	5 fundas	$ 1.25
Algodón	2 fundas	$ 0.40
Tijeras	2 unidades	$ 1.50
Botellas de plástico	15 unidades	$ 3.75
Paletas	1 funda	$ 0.60
Globos	3 fundas	$ 5.25
Silicón	2 unidades	$ 1.50
Animales de plástico	16 unidades	$ 8.00
Láminas de cartulina	50 unidades	$ 10.00
Frutas de plástico	20 unidades	$ 15.00
Guantes de látex	1 caja	$ 3.00
Plastilina	8 tarros	$ 9.00
Tabla de punzado	2 tablas	$ 2.50
Legos	2 cajas	$ 5.00
Frutas	8 unidades	$ 2.00
3. Material de intervención terapéutica		
Balón terapéutico	1 unidad	$ 30.00
Colchoneta	2 unidades	$ 60.00
Sheilón	2 unidades	$ 120.00
Rodillo terapéutico	1 unidad	$ 70.00
Espejo	1 unidad	$ 15.00

Escalera	1 unidad	$ 40.00
Paralelas	1 unidad	$ 150.00
Miel de abeja	2 frascos	$ 3.00
Chupetes d caramelo	1 funda	$ 2.50
Goma de mascar	12 unidades	$ 1.20
Leche en polvo	1 funda	$ 1.75
Aceite de vaselina	2 frascos	$ 4.00
Galletas	2 fundas	$ 5.00
Caramelos	2 fundas	$ 4.50
Frascos de plástico	35 unidades	$ 5.25
Gomas de mascar	1 funda	$ 1.75
4. Viáticos		
Alimentación	5 meses	$ 440
Transporte interno	5 meses	$ 348.80
Transporte Externo	8 meses	$ 560
Vivienda	5 meses	$ 150
TOTAL		$ 2922.75

ANEXO Nº 2

CONVENIO DE COOPERACIÓN INTERINSTITUCIONAL UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA PATRONATO DE AMPARO SOCIAL DEL CANTÓN CALVAS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
PATRONATO DE AMPARO SOCIAL Y CULTURAL DEL MUNICIPIO DE CALVAS

CONVENIO DE COOPERACIÓN INTERINSTITUCIONAL SUSCRITO ENTRE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA Y EL PATRONATO DE AMPARO SOCIAL DEL I. MUNICIPIO DEL CANTÓN CALVAS, PROVINCIA DE LOJA

PRIMERA: INTERVINIENTES.-

Comparecen a la celebración del presente convenio, por una parte el Mg. Sc. Jaime Wilson Valarezo Carrión en su calidad de Rector de la Universidad Nacional de Loja, Encargado; y por otra la Sra. Narcisa Torres de Cueva, en su calidad de Presidenta del Patronato de Amparo Social del Cantón Calvas, conforme se justifica con la copia de los nombramientos que se adjuntan; a quienes adelante se les denominará "LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA" Y "PATRONATO DE AMPARO SOCIAL Y CULTURAL DEL I. MUNICIPIO DEL CANTÓN CALVAS" respectivamente, los mismos que deciden celebrar el presente convenio de cooperación interinstitucional al tenor de las siguientes cláusulas.

SEGUNDA: ANTECEDENTES

2.1. LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA, a través de la carrera de Psicorrehabilitación y Educación Especial, la misma que forma profesionales que se ocupan de las personas con necesidades educativas especiales en las áreas física, sensorial e intelectualmente que en nuestra sociedad con grandes diferencias tenemos, por tanto tiene como finalidad formar profesionales científica, humanista y técnicamente para contribuir en la prevención, tratamiento y educación especial de las personas que presenten discapacidad.

2.2. EL PATRONATO DE AMPARO SOCIAL Y CULTURAL DEL I. MUNICIPIO DEL CANTÓN CALVAS, es una entidad pública que vela por las personas menos favorecidas del cantón y de manera concreta de los niños especiales que se encuentran en las diferentes parroquias, los mismos que requieren atención profesional para desarrollar sus capacidades que pese a sus limitaciones, son merecedores de mejor suerte.

2.3. EL EQUIPO DE INVESTIGADORES – FACILITADORES (PROFESORES)

2.3.1. Fines: El equipo de investigadores – facilitadores, tiene como fin contribuir con sus conocimientos de Psicorrehabilitación y Educación Especial para el desarrollo social, psicológico y en el aprendizaje, de los niños con necesidades educativas especiales, de acuerdo a sus limitaciones y posibilidades.

2.3.2. Objetivos:

- ✓ Vincularse con la colectividad para detectar, evaluar y hacer un diagnóstico presuntivo a los niños con necesidades educativas especiales que requieren intervención del psicorrehabilitador y educador especial.

- ✓ Planificar y efectuar actividades acorde con el perfil profesional del psicorrehabilitador y educador especial y del diagnóstico del niño.

Los directivos de la Universidad Nacional de Loja con el equipo de Investigadores – Facilitadores (ALUMNOS DEL ÚLTIMO MÓDULO O EGRESADOS DE LA CARRERA) y el Patronato de Amparo Social, se reunieron con el fin de determinar las necesidades de capacitación, apoyo y trabajo conjunto. Llegándose a la conclusión entre las dos instituciones que puede establecerse un trabajo de beneficio mutuo.

Para dar un marco general de seriedad en el cumplimiento de los compromisos se determinó la necesidad de firmar el presente CONVENIO DE COOPERACIÓN INTERINSTITUCIONAL, que norme la colaboración de las partes.

TERCERA: OBJETO.-

Con estos antecedentes, la Universidad Nacional de Loja y el Patronato de Amparo Social y Cultural del I. Municipio del Cantón Calvas, suscriben el presente convenio de cooperación interinstitucional, que tiene como finalidad exclusiva y específica de impartir conocimientos a los niños con necesidades educativas especiales en las diferentes parroquias del Cantón Calvas.

CUARTA: OBLIGACIONES DE LA PARTES.-

DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

a) Ser el representante legal ante las autoridades de educación de las propuestas y acciones que se lleven de manera conjunta con El Equipo de Investigadores Facilitadores (profesores)
b) Dar prioridad a los requerimientos de El Equipo de Facilitadores, en cuanto a la planificación, ejecución y evaluación de las actividades programadas, en base del diagnóstico.

c) Supervisar por la buena ejecución de las actividades programadas.
d) El tiempo para desarrollar dichas actividades serán de por lo menos cinco meses.
e) Al finalizar cada participante presentará su respectivo informe, a las partes intervinientes y lo utilizará en lo que creyere conveniente.

DEL PATRONATO DE AMPARO SOCIAL DEL I. MUNICIPIO DEL CANTÓN CALVAS

a) Coordinar con los padres de familia de los niños y niñas con necesidades educativas especiales para que sean atendidos, en los Centros Educativos o Ambientes que cumplan los requerimientos.
b) Contribuir con la parte logística para el funcionamiento de la actividad de los investigadores facilitadores.
c) Proveer de material didáctico.

QUINTA: DURACIÓN.-

El presente convenio de cooperación interinstitucional, tiene una duración mínima de cinco meses, posterior a ello puede continuar o finalizar si una de las dos partes considera pertinente, previa comunicación por escrito.

SEXTA: DISCREPANCIAS.-

Cualquier discrepancia que pueda nacer por la interpretación de lo estipulado en el presente convenio será resuelta con la intervención de un representante designado por la Universidad Nacional de Loja y otro por el Patronato de Amparo Social y Cultural del I. Municipio del Cantón Calvas, utilizando los procesos y mecanismos legales.

Para constancia de lo estipulado, las partes firman en unidad de acto, en la ciudad de Loja, a los 9 días del mes de noviembre del 2006.

ANEXO Nº 3
FICHA DE INSCRIPCIÓN

GOBIERNO SECCIONAL DE CALVAS
PATRONATO DE AMPARO SOCIAL DE CALVAS
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
PROGRAMA DE PSICORREHABILITACIÓN COMUNITARIA III ETAPA

FICHA DE INSCRIPCIÓN

1. DATOS INFORMATIVOS

APELLIDOS_____
NOMBRES_____
FECHA DE NACIMIENTO_____
LUGAR DE NACIMIENTO_____
NOMBRE DEL PADRE_____
EDAD_____
PROFESIÓN _____
NOMBRE DE LA MADRE _____
EDAD _____
PROFESIÓN _____
Nº DE HERMANOS _____**LUGAR QUE OCUPA** _____
NOMBRE DEL REPRESENTANTE_____
FAMILIA: FUNCIONAL ( ) DISFUNCIONAL ( )
ESCUELA/COLEGIO_____
GRADO/CURSO_____

2. MOTIVO DE CONSULTA

_____
_____

3. ANTECEDENTES

_____
_____

4. DIAGNÓSTICO

_____
_____

5. OBSERVACIONES

_____
_____

6. ACCIÓN FUTURA

_____
_____

HORA Y FECHA PARA LA ATENCIÓN _____
LUGAR Y HORA DE INSCRIPCIÓN _____

FACILITADOR/A RESPONSABLE _____
COORDINADOR TÉCNICO PEDAGÓGICO _____

FIRMA COORDINADOR **FIRMA FACILITADOR/A**

ANEXO Nº 4
FICHA DE LOCALIZACIÓN

GOBIERNO SECCIONAL DE CALVAS
PATRONATO DE AMPARO SOCIAL DE CALVAS
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
PROGRAMA DE PSICORREHABILITACIÓN COMUNITARIA III ETAPA

FICHA DE LOCALIZACIÓN

CANTON _____ **PARROQUIA** _____ **BARRIO/CASERÍO**_____
FACILITADOR/A RESPONSABLE_____ **FECHA** _____

Nº	NOMBRE DEL PACIENTE	U. DE ATENCIÓN	HORARIO		NOMBRE REPRESENTANTE	DIRECCIÓN EXACTA	DIAGNÓSTICO

COORDINADOR TÉCNICO **FACILITADORA RESPONSABLE**

ANEXO Nº 5
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES

GOBIERNO SECCIONAL DE CALVAS
PATRONATO DE AMPARO SOCIAL DE CALVAS
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
PROGRAMA DE PSICORREHABILITACIÓN COMUNITARIA III ETAPA

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES 2008 – 2009

FACILITADOR/A _____

HORARIO	LUNES	UNID. ATENCIÓN	MARTES	UNID. ATENCIÓN	MIÉRCOLES	UNID. ATENCIÓN
9:00 – 9:45						
9:45 – 10:30						
10:30 – 11:15						
11:15 – 12:00						
15:00 – 15:45						
15:45 – 16:30						
16:30 – 17:15						
17:15 – 18:00						
OBSERVACIONES:						

COORDINADOR TÉCNICO **AUXILIAR TÉCNICO/A**

ANEXO Nº 6
FICHA INDIVIDUAL DE INFORMACIÓN

CONVENIO DE COOPERACIÓN INTERINSTITUCIONAL
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
PATRONATO DE AMPARO SOCIAL DE CALVAS

PROGRAMA DE PSICORREHABILITACIÓN COMUNITARIA

FICHA INDIVIDUAL DE INFORMACIÓN

NOMBRE: _____ FECHA: _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____
DIRECCIÓN: _____ TELÉFONO: _____ LUGAR: _____
PERSONA O LUGAR POR LA QUE FUE REFERIDA: _____
ESTA PERSONA FUE REFERIDA POR: _____

DATOS FAMILIARES
NOMBRE DE LA MADRE _____ EDAD _____ OCUPACIÓN _____
NOMBRE DEL PADRE _____ EDAD _____ OCUPACIÓN _____
NUMERO DE HIJOS _____ LUGAR QUE OCUPA EL NIÑO _____
FAMILIARES CON PROBLEMAS _____

ANTECEDENTES PERSONALES

PRENATAL
Duración del embarazo _____ Traumatismo _____Edemas _____
Enfermedades_____
Radiografías _____ Hemorragias _____ Alimentación _____
Otros _____

NATAL POSNATAL
Lugar de Nacimiento _____
Parto Normal _____ Cesárea _____ Fórceps _____
Asfixia _____ Ictericia _____
Novedades_____

DESARROLLO
Motricidad
Cuello firme _____ Sedentación _____ Arrastre Gateo _____
Bipedestación _____ Marcha _____ Lateralidad _____

Lenguaje
Dificultad para tragar _____ Balbuceo _____ Usa gestos _____
Primeras palabras _____ Si habla _____ Cuando empezó _____
Expresa monosílabos _____ Usa combinación de palabras _____
Dice oraciones _____ Audición _____

PSICOLÓGICA EMOCIONAL

Controla esfínteres _____ Dependencia _____
Sobreprotección _____ Agresividad _____ Desobediencia _____
Conducta _____ Afecto _____

SISTEMA NERVIOSO

Movimiento de ojos _____ Coordinación visomanual _____
Movimiento corporal _____ Voluntario _____ Involuntario _____
Equilibrio ____ Reflejos ____ Rotuliano ____ Aquiles _____ Babinski _____
Sensibilidad_____ Hay dolor en que parte _____
Anestesia en que parte _____ Parálisis en que parte _____
Control de intestino _____ Control de vejiga _____
Existe problema de columna y/o médula espinal _____
Fuerza muscular ____ Contractura ____ Espasticidad ____ Flacidez _____
Existe daño cerebral ____ Síndrome de Down ____ P.C.I. _____ Otros _____

ESCOLARIDAD

Estimulación Temprana _____ Año de Educación Básica _____
Años repetidos _____ Por qué _____
Aprovechamiento _____
Relación con profesores y compañeros _____

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

Enfermedades _____
Fiebres _____ Convulsiones _____
Traumatismos _____
Operaciones _____
Afecciones del oído _____
Otros _____
Toma medicinas ¿Cuáles? _____
Exámenes y tratamientos anteriores _____

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

_____
_____

APLICACIÓN DE REACTIVOS

_____
_____

TRATAMIENTO PROPOSITIVO

_____
_____

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

_____
_____

PRONÓSTICO

_____

_____

EXAMINADOR

_____

ANEXO Nº 7
EVALUACIÓN PSICOMOTRIZ

GOBIERNO SECCIONAL DE CALVAS
PATRONATO DE AMPARO SOCIAL DE CALVAS
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
PROGRAMA DE PSICORREHABILITACIÓN COMUNITARIA III ETAPA

EVALUACIÓN PSICOMOTRIZ

DATOS GENERALES

FECHA:
NOMBRE DEL PACIENTE: **EDAD:**
NOMBRE DE LA MADRE: **EDAD:**
NOMBRE DEL PADRE: **EDAD:**
DIRECCIÓN:
TELEFONO:

PARÁMETROS DE EVALUACIÓN

A: Tonicidad (Espasticidad – Flacidez)
B: Reflejos tónicos y movimientos asociados
C: Conciencia corporal
D: Coordinación corporal
E: Equilibrio
I: Fuerza

MÉTODO DE EVALUACIÓN

Observación directa de ejercicios neuromusculares

ESCALA DE CALIFICACIÓN

3 = Bueno
2 = Regular
1 = Malo

EJERCICIOS APLICADOS

1. Control de cabeza (A,B,C,D)

- Inclinación hacia delante y atrás ( )
- Inclinación de los lados ( )
- Rotación de cabeza ( )
- Estabilidad de la cabeza durante el movimiento ( )

2. Control de hombros (A,B,C,D)

- ¤ Subir y bajar ( )
- ¤ Subir y bajar alternadamente ( )
- ¤ Cerrar y abrir ( )

3. Control de brazos (A,B,C,D)

- ¤ Estirar a los lados ( )
- ¤ Estirar hacia arriba ( )
- ¤ Estirar hacia delante ( )
- ¤ Tocar los hombros con las manos ( )

4. Control de las manos (A,B,C,D,I)

- ¤ Abrir y cerrar puños ( )
- ¤ Girar manos ( )
- ¤ Tocar cada dedo con el pulgar ( )
- ¤ Capacidad de sujetar un objeto con los dedos ( )

5. Control del tronco (A,B,C,D,E,I)

- ¤ Rectitud de la columna vertebral ( )
- ¤ Rotación del tronco ( )
- ¤ Flexión del tronco hacia delante ( )
- ¤ Acostar tronco hacia atrás ( )
- ¤ Tocar los pies del mismo lado ( )
- ¤ Tocar los pies en patrón cruzado ( )
- ¤ Estabilidad del tronco durante el movimiento ( )
- ¤ Adaptación de los movimientos de cintura al movimiento ( )

6. Control de piernas (A,B,C,D,I)

- ¤ Apertura de los aductores ( )
- ¤ Levantar piernas hacia delante ( )
- ¤ Flexionar rodillas sentado ( )
- ¤ Hincarse en una superficie plana ( )
- ¤ Sentarse, estirando piernas ( )
- ¤ Levantar las piernas en posición supina ( )
- ¤ Flexionar rodillas en posición decúbito supina ( )

7. Control de pies (A,B,C,D)

Subir y bajar puntas de los pies ( )
Rotación de los pies ( )

Parámetro evaluados	**Calificación promedio**
1. Control de cabeza	_____
2. Control de hombros	_____
3. Control de brazos	_____
4. Control de manos	_____
5. Control del tronco	_____
6. Control de piernas	_____
7. Control de pies	_____

COORDINADOR TÉCNICO **FACILITADORA RESPONSABLE**

BAREMO

PUNTAJE:

96 PUNTOS = BUENO
95 – 41 PUNTOS = REGULAR
40 – 32 PUNTOS = MALO

ANEXO Nº 8
PLANIFICACIÓN INDIVIDUAL DE ACTIVIDADES

GOBIERNO SECCIONAL DE CALVAS
PATRONATO DE AMPARO SOCIAL DE CALVAS
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
PROGRAMA DE PSICORREHABILITACIÓN COMUNITARIA III ETAPA

PLANIFICACIÓN INDIVIDUAL DE ACTIVIDADES

Nombre del Paciente: **Edad:**
Fecha de Nacimiento: **Lugar de Nacimiento:**
Diagnóstico:
Objetivo:
Tiempo de Ejecución:

AREA	SUB-ÁREA	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	RECURSOS	EVALUACIÓN
					▪ Logrado ☐ ▪ En proceso ☐ ▪ No logrado ☐
OBSERVACIONES:					

COORDINADOR TÉCNICO **FACILITADORA RESPONSABLE**

ANEXO Nº 9
ENCUESTA

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

ENCUESTA

Con el afán de impartir nuestro trabajo realizado en la Atención en Psicomotricidad a pacientes con Parálisis Cerebral hemos desarrollado el presente taller dirigido a los estudiantes del 8vo módulo de la Carrera de Psicorrehabilitacón y Educación Especial, esperando sea de interés y aceptación. Por lo que solicitamos se digne contestar las siguientes preguntas con el objetivo de evaluar el aprendizaje obtenido en el mencionado taller.

1. **¿Que te pareció el desarrollo del taller?**

   Bueno ( ) **Regular ( )** **Malo ( )**

   Porqué?
   ……
   ……

2. **¿Que fue lo que más te llamó la atención del taller?**

   ……
   ……

3. **¿Te gustaría que se implemente en la carrera, un taller de Atención en Psicomotricidad utilizando técnicas como las que se utilizaron hoy?**

   SI ( ) **NO ( )**

   Porqué?
   ……
   ……

Gracias por su colaboración…….

ÁLBUM FOTOGRÁFICO

FISE