



FACULTAD DE FÍSICA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA
EDUCACIÓN

ESCUELA DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA

Tesis previa a la obtención del título de Licenciadas en Ciencias de la
Educación con Mención en Estimulación Temprana e Intervención Precoz

TEMA:

PROPUESTA Y APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN
DE DEFORMIDADES , DIRIGIDO A LOS PADRES DE LOS NIÑOS
DEL PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA DE 2 A 5 AÑOS
DEL INSTITUTO DE PARALISIS CEREBRAL DEL AZUAY “IPCA”

AUTORAS:

CATALINA BELEN SOLANO LEÓN

BERNARDA CATALINA CASTRO REYES

DIRECTORA:

MARGARITA PROAÑO

CUENCA- ECUADOR

2012

DEDICATORIA

Este trabajo lo dedico a mi madre por el apoyo incondicional, en los momentos más difíciles, como en los más gratificantes. También quiero dedicarle a mi hermosa hija la cual tuvo que adaptarse a los cambios y sacrificar momentos especiales, y además estuvo presente en todos mis estudios universitarios e incluso en algunos momentos le tocó entrar a las aulas de clases.

KATTY SOLANO

Dedico este trabajo a mis padres por su apoyo incondicional. A los niños, padres y profesores del Instituto de Parálisis Cerebral del Azuay “IPCA” por su entusiasmo y ganas de seguir adelante y a todas las personas que creen en mí.

BERNARDA CASTRO

AGRADECIMIENTOS

El haber tenido la oportunidad de trabajar con los niños, compartir con sus padres las experiencias de vida, más la experiencia enriquecedora de los terapeutas, me ayudó a no solo realizar un trabajo teórico sino también a crecer como persona, a sensibilizarme ante las situaciones que vive cada uno de estos niños y aprovechar las experiencias recibidas para fomentar cambios en la vida de los demás.

Por esto y mucho más agradezco tanto terapeutas, padres, niños y amigos incondicionales como Alejandro por el apoyo brindado, este trabajo no se hubiera podido realizar sin el apoyo intelectual, incondicional, emocional y moral de la querida directora de Tesis Margarita Proaño a quien le hago un agradecimiento especial.

KATTY SOLANO

A la Universidad del Azuay, a la Facultad de Filosofía y profesores de la carrera, especialmente a Margarita Proaño por su constante apoyo y al personal del instituto IPCA por su afecto.

A los niños y padres de familia por demostrarnos su ánimo por seguir adelante pese a sus dificultades.

BERNARDA CASTRO

INDICE

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTOS.....	iii
INDICE.....	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	xi
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I.....	3
MARCO TEÓRICO DE LA PARÁLISIS CEREBRAL	3
INTRODUCCIÓN I	3
1.1.- PARÁLISIS CEREBRAL:.....	2
1.1.1.-DEFINICIÓN	3
1.1.2 CARACTERÍSTICAS:.....	4
1.1.3 CAUSAS DE LA PARÁLISIS CEREBRAL.....	5
1.1.4 CLASIFICACION DE LA PARALISIS CEREBRAL	6
1.1.4.1 CLASIFICACIÓN BASADA EN LOS EFECTOS FUNCIONALES:	6
1.1.4.1.1 RIGIDEZ MUSCULAR O “ESPASTICIDAD”	7
1.1.4.1.2 MOVIMIENTOS INVOLUNTARIOS O “ATETOSIS”	8
1.1.4.1.3 MAL EQUILIBRIO O “ATAXIA”	9
1.1.4.1.4 PARÁLISIS CEREBRAL MIXTA.	10
1.1.4.2 CLASIFICACIÓN BASADA EN LA TOPOGRAFIA CORPORAL	10
1.1.4.3 CLASIFICACIÓN BASADA EN EL GRADO DE AFECTACIÓN	11
1.1.5 TIPOS DE PARALISIS CEREBRAL.....	12
1.1.5.1 Según el tono:	12
1.1.6 CARACTERÍSTICAS COMPORTAMENTALES	12
1.1.6.1 PARÁLISIS CEREBRAL ESPÁTICA	12
1.1.6.2 PARÁLISIS CEREBRAL ATETOIDE	13
1.1.6.3 PARÁLISIS CEREBRAL DISCINÉTICA	13
1.1.6.4 PARÁLISIS CEREBRAL ATÁXICA	13
1.1.6.5 PARÁLISIS MIXTA	14
1.1.7 INCIDENCIA DE DISCAPACIDADES MOTORAS EN EL ECUADOR DISTRIBUCIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD POR TIPO DE DEFICIENCIA (CONADIS)	14

1.2 RENDIMIENTO ANORMAL DE LOS NIÑOS CON PARALISIS CEREBRAL	16
1.2.1 DESARROLLO DE LA POSICIÓN DECUBITO VENTRAL Y SUS PROBLEMAS MÁS COMUNES	16
1.2.1.1 Problemas más comunes en el desarrollo del niño de 0-3 meses	16
1.2.1.2 Problemas más comunes en el desarrollo del niño de 4-6 meses	16
1.2.1.2 Problemas más comunes en el desarrollo del niño de 6-9 meses	17
1.2.1.3 Problemas más comunes en el desarrollo del niño de 9-12 meses	17
1.2.2 DESARROLLO DE LA POSICIÓN DECUBITO DORSAL Y SUS PROBLEMAS MÁS FRECUENTES	17
1.2.2.1 Desempeño anormal del desarrollo de 4-6 meses	18
1.2.2.2 Desempeño anormal del desarrollo de 6 a 9 meses	18
1.2.3 DESARROLLO DE LA POSICIÓN SENTADO Y SUS DIFICULTADES.....	18
1.2.4 MARCHA ANORMAL Y SUS DIFICULTADES.....	19
1.2.5 DESARROLLO DE LA POSICIÓN ERECTA Y EN EL CAMINAR Y SUS DIFICULTADES	19
1.2.5.1 Rendimiento anormal del desarrollo de 9-12 meses.....	20
1.3 CONTRACTURAS	20
1.3.1 CAUSAS DE LAS CONTRACTURAS	21
1.3.2 CONTRACTURAS EN LA PARALISIS CEREBRAL	21
1.3.3 PREVENCIÓN Y CORRECCIÓN DE CONTRACTURAS.....	23
1.4 PROBLEMAS DE DEFORMIDAD	24
1.4.1 DEFORMIDADES EN DIFERENTES ARTICULACIONES	26
CONCLUSIONES: CAPITULO I.....	26
INTRODUCCIÓN.....	28
CAPITULO II.....	28
2.1 EVALUACIONES Y PROGRAMAS INDIVIDUALES	29
2.1.1 EVALUACION INICIAL N° 1	29
2.1.2 PROGRAMA GENERAL INDIVIDUAL	30
2.1.2 EVALUACION INICIAL N°2	31
2.1.2.1 PROGRAMA GENERAL INDIVIDUAL	31
2.1.3 EVALUACION INICIAL N°3	32

2.1.3.1 PROGRAMA GENERAL INDIVIDUAL	33
2.1.4 EVALUACION INICIAL N° 4	34
2.1.4.1 PROGRAMA GENERAL INDIVIDUAL	35
2.1.5 EVALUACION INICIAL N° 5	35
2.1.5.1 PROGRAMA GENERAL INDIVIDUAL	36
2.1.6 EVALUACION INICIAL N° 6	37
2.1.6.1 PROGRAMA GENERAL INDIVIDUAL	38
2.2 PLANIFICACIONES MENSUALES PARA EL GRUPO DE NIÑOS DE LA INVESTIGACIÓN	40
2.2.1 PLANIFICACIÓN MENSUAL NOVIEMBRE-DICIEMBRE	40
2.2.2 PLANIFICACIÓN MENSUAL DICIEMBRE-ENERO.....	57
2.2.3 PLANIFICACIÓN MENSUAL ENERO-FEBRERO.....	72
CONCLUSIONES II	88
INTRODUCCIÓN.....	89
CAPITULO III	89
3. RESULTADOS INDIVIDUALES.....	89
3.1 EVALUACION FINAL N°1	89
3.1.1 EVALUACIÓN GENERAL FINAL.....	90
3.1.1.1 Evaluación de contracturas y de desarrollo por parte de las Investigadoras	90
3.1.1.2 Evaluación a Padres.....	93
3.2 EVALUACIÓN FINAL	94
3.2.1 EVALUACIÓN GENERAL FINAL.....	94
3.2.1.1 Evaluación de contracturas y de desarrollo por parte de las Investigadoras.....	94
3.2.1.2 Evaluación a Padres.....	97
3.3 EVALUACION FINAL N°3.....	98
3.3.1 EVALUACIÓN GENERAL FINAL.....	99
3.3.1.1 Evaluación de contracturas y de desarrollo por parte de las Investigadoras	99
3.3.1.2 Evaluación a Padres.....	101
3.4 EVALUACION FINAL N°4.....	102
3.4.1 EVALUACIÓN GENERAL FINAL.....	102

3.4.1.1 Evaluación de contracturas y de desarrollo de las investigadoras	102
3.4.1.2 Evaluación a los padres	104
3.5 EVALUACION FINAL N°5	105
3.5.1 EVALUACIÓN GENERAL FINAL.....	106
3.5.1.1 Evaluación de contracturas y desarrollo por parte de las investigadoras	106
3.5.1.2 Evaluación Padres.....	108
3.6 EVALUACION FINAL N°6.....	109
3.6.1 EVALUACIÓN GENERAL FINAL.....	109
3.6.1.1 Evaluación de contracturas y desarrollo por parte de las investigadoras	109
3.6.1.2 Evaluación a Padres.....	112
CONCLUSIONES.....	114
CAPITULO III	114
CONCLUSIONES GENERALES	114
RECOMENDACIONES	117
4 ANEXOS	118
4.2 ANEXO 1	118
EVALUACIÓN DE CONTRACTURAS POR GRADOS:	119
4.3 ANEXO 2	120
4.4 ANEXO 3	122
5. BIBLIOGRAFIA	124

RESUMEN

Esta tesis contiene un programa analítico de prevención de deformidades en niños de temprana edad con parálisis cerebral.

El marco teórico abarca detalladamente los conceptos de parálisis cerebral con sus características que son de origen prenatal, perinatal y posnatal causando así una posible deformidad, se menciona la clasificación según los efectos y el grado de afectación, desarrollo y las posiciones anormales según la edad.

Profundizamos también el tema de contracturas, sus causas más importantes y comunes; indicando y el programa propuesto para cada caso.

Se presenta además los resultados obtenidos en la aplicación de la tesis, junto a las planificaciones dependiendo de las necesidades de cada niño.

El programa constituirá una ayuda fundamental para los niños y los padres

ABSTRACT

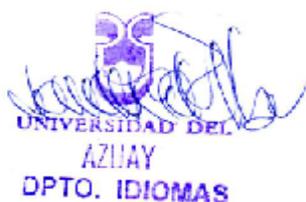
This thesis contains a program to prevent deformities in young children who have cerebral paralysis.

The theoretical framework contains concepts of cerebral paralysis and the prenatal, perinatal and postnatal characteristics that may cause deformity. The classification according to the effects and extent of injuries, development, and the abnormal postures according to age are mentioned.

Contractions, their most common causes and the proposed program for each case are presented in detail.

Finally, the results obtained during the application of the project are presented as well as a plan according to each child's needs.

The program will be of great help for children and parents.




Translated by,
Diana Lee Rodas

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo consiste en un programa de prevención de deformidades para el grupo de niños del área de estimulación temprana del Instituto de Parálisis Cerebral de Azuay. Se trabajó con 6 niños y sus respectivos padres. Se recibió el apoyo de los terapeutas de estimulación temprana y terapia física con los que conjuntamente se trabajó para mejorar la calidad de vida y desarrollo integral de estos niños.

La elaboración de esta tesis se dividirá en tres capítulos:

El primer capítulo describe la parte teórica con los conceptos de algunos autores a través de los tiempos, junto a la opinión y análisis de las investigadoras.

Se expone una **CLASIFICACIÓN** según el tipo, su ubicación topográfica, el tono muscular y los grados de afectación. Se hablará de las **CAUSAS** divididas en tres grandes grupos: prenatales, perinatales y postnatales. Como también las **CONSECUENCIAS** que varían dependiendo del niño.

La **INCIDENCIA** de los problemas físicos de la provincia en la que se trabaja para conocer cuántos niños necesitan apoyo.

Se analiza el desarrollo normal del niño por edades y los problemas más comunes en posición de decúbito ventral, de decúbito dorsal, de la posición sentada, de la posición erecta y al caminar.

También manejaremos los conceptos de contracturas, sus **CAUSAS** como los trastornos hereditarios, lesión, daño neurológico, reducción del uso de las articulaciones. Se habla también de las contracturas en la parálisis cerebral como un problema para orientar y prevenir. Se abordan los **PROBLEMAS DE DEFORMIDAD** al presentarse las contracturas y no ser corregidas a tiempo, se convierten en deformidades poniendo en

riesgo la independencia del niño en la vida cotidiana. En el siguiente tema vamos a conocer cuándo se considera una deformidad, ¿por qué se da? y la forma de evitarla.

En el segundo capítulo se realiza los programas de intervención individualizados en los que contarán con el informe y el cuadro de la evaluación inicial, los diagnósticos según cada terapeuta y los objetivos planteados por las áreas de trabajo. Cabe recalcar que no solo se trabaja en la prevención de contracturas sino también en las áreas de desarrollo de los niños.

Se expone un programa con sus planificaciones realizadas por meses.

En el tercer capítulo se enfoca en los resultados obtenidos a lo largo de los 5 meses de trabajo con terapias de 40 minutos cada semana, en forma individual junto a los padres.

La evaluación final a los niños consta de dos partes, la primera que será la evaluación por parte de las investigadoras por grados con el flexiquín, y la evaluación de las planificaciones mensuales de las actividades realizadas a los padres y niños.

La evaluación final con los mismos instrumentos y mediante una encuesta a los terapeutas sobre el trabajo realizado y la evaluación por parte de los mismos a los niños mediante el método de evaluación del instituto (PODI) lo que reflejará los avances del niño.

Se aplica además una encuesta y evaluación a los padres durante el proceso de enseñanza y aplicación de los ejercicios, lo que indicará y manifestará un porcentaje de si los padres realizaron el trabajo en casa, cuántas veces y cada qué tiempo.

Al finalizar las evaluaciones se realiza un informe final por cada niño a continuación el cuadro de resultados finales y el cuadro comparativo entre los resultados iniciales con los finales y el cuadro estadístico que demostrará si los niños avanzaron, se mantuvieron o retrocedieron. Los cuadros están divididos por estudiantes, terapeutas y padres de familia.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO DE LA PARÁLISIS CEREBRAL

INTRODUCCIÓN I

En todas las épocas han existido personas con capacidades diferentes y con el paso del tiempo se ha logrado que estas personas se incluyan en la sociedad, trabajando para mejorar su estilo de vida.

El presente capítulo analiza el aspecto teórico de la Parálisis Cerebral. Se realiza un estudio conceptual, para tener claro el panorama respecto a terminología y argumentos que son importantes en este trabajo de investigación.

También se aborda las causas que producen Parálisis Cerebral y se realizará un análisis de las características comportamentales en base a la clasificación.

Se analiza las consecuencias de la presencia de contracturas en las articulaciones por falta de movimiento de las mismas, porque la persona está mucho tiempo en cama, o cuando un miembro paralizado permanece inmóvil. Este estudio es fundamental ya que constituye la base teórica en la que se sustenta la propuesta de trabajo de esta tesis.

1.1.- PARÁLISIS CEREBRAL:

1.1.1.-DEFINICIÓN

“Parálisis Cerebral es el nombre que se utiliza en forma habitual para un grupo de afecciones caracterizadas por la disfunción motora, debido a un daño encefálico no progresivo producido tempranamente en la vida. Se podría considerar que las parálisis cerebral es parte de una serie de disfunciones que, por un extremo, se fusionan con el campo de la subnormalidad mental y por otro lado, con la “disfunción cerebral mínima, en la que se incluyen los niños torpes que son inteligentes pero presentan problemas específicos de aprendizaje” (LEVITT, pág. 1)

Parálisis Cerebral “es la secuela de una afección encefálica que se caracteriza primordialmente por un trastorno persistente pero no invariable del tono, la postura y el movimiento, que aparece en la primera infancia y que no sólo es directamente secundario a esta lesión no evolutiva del encéfalo sino que también se debe a la influencia que dicha lesión ejerce en la maduración neurológica” (LÓPEZ CORTERILLA Pág., 68.)

“La Parálisis Cerebral Infantil es una deshabilidad que afecta principalmente al movimiento y a la posición del cuerpo. Su causa es un daño del cerebro que puede suceder durante el embarazo, durante el parto o en la infancia. No todo el cerebro queda dañado, solo algunas partes, sobre todo las que controlan los movimientos. Una vez dañadas, las partes del cerebro no se recuperan, pero tampoco empeoran.

Pero los movimientos, las posiciones del cuerpo y los problemas relacionados con ellos pueden mejorar o empeorar dependiendo de cómo cuidemos al niño y de que tan dañado esté el cerebro”. (WERNER pág., 87)

En conclusión y recogiendo las opiniones de los autores antes citados nos atrevemos a afirmar que la Parálisis Cerebral es un trastorno o debilidad provocada por una lesión en el cerebro que afecta al lenguaje, la conducta y principalmente la movilidad del cuerpo impidiendo la maduración y la independencia del niño. Es un síndrome no progresivo y no tiene cura.

1.1.2 CARACTERÍSTICAS:

- Los trastornos son debidos a una lesión cerebral que interfiere en el desarrollo normal del niño.
- La Parálisis Cerebral se distingue por el daño dominante de las funciones motrices, el cual afecta al tono (contracción muscular en reposo), a la postura (equilibrio del individuo) y al movimiento (acción motora voluntaria).
- La lesión no es evolutiva, pero sus consecuencias pueden variar en el niño.

- Las células nerviosas (neuronas) lesionadas no crecen, ni se mielinizan y no afectan al resto de células nerviosas vivas.
- Los trastornos motrices afectan en la mayoría de casos a los órganos motores de la boca y dificultan el desarrollo de la alimentación y del habla.

Por las características antes señaladas, podemos decir que la Parálisis Cerebral, siendo un daño a las funciones motrices y que estas a su vez son la base y la manifestación de la evolución del todo el desarrollo de un niño de 0 a 5 años, interfiere en las manifestaciones del pensamiento, ya que como sabemos motricidad y psiquismo en la primera infancia se relacionan de forma tan estrecha en un solo elemento, por lo tanto, este daño altera el desarrollo integral del niño.

1.1.3 CAUSAS DE LA PARÁLISIS CEREBRAL

Cada niño con parálisis cerebral tiene dañadas diferentes partes del cerebro. Muchas veces es difícil encontrar las causas de la parálisis.

Causas antes del parto:

- Infecciones de la madre durante el embarazo. Estas incluyen la rubéola (sarampión alemán) y el herpes zoster.
- Diferencias entre la sangre de la madre y la del niño. (incompatibilidad del Rh)
- Problemas de la madre, como diabetes o toxemia del embarazo.
- Herencia. Es rara, pero hay una “paraplejia espástica familiar”.
- No es posible encontrar una causa como en un 30% de los niños.

Causas durante el embarazo:

- Falta de oxígeno (aire) al nacer. Él bebe no respira pronto y se pone azul y. En todas las áreas, el mal uso de las hormonas (oxitócicos) para apurar el parto se contrae tanto los vasos sanguíneos del vientre que el bebé no recibe suficiente oxígeno. El niño nace azul con el cerebro dañado.

- Daños de nacimiento en partos difíciles. Suceden sobre todo cuando el niño es muy grande y la madre chica o muy joven. La cabeza del bebé puede deformarse, causando que los vasos sanguíneos se rompan y el cerebro se dañe.
- Bebés prematuros. La parálisis cerebral es más común en los bebés que nacen antes de los 9 meses y que pesan menos de 2 kilos (5 libras). En los países ricos, más de la mitad de los casos de parálisis cerebral se ven en niños nacidos antes de tiempo.

Causas después del nacimiento:

- Fiebre muy alta por una infección o por deshidratación (pérdida de agua por diarrea). Es más común en niños alimentados con biberón (mamila , pacha)
- Infecciones del cerebro (meningitis, encefalitis). Hay muchas causas, incluyendo el paludismo (malaria) y la tuberculosis.
- Golpes o heridas en la cabeza.
- Falta de oxígeno si el niño se ahoga, se envenena con gas, o por alguna otra causa.
- Envenenamiento con los barnices de plomo de la cerámica, los pesticidas que se rocían en los campos y otros venenos.
- Hemorragia o coágulos de sangre en el cerebro, muchas veces por causas desconocidas.
- Tumores cerebrales. Causan señas similares a las de la parálisis cerebral, pero el problema empeora constantemente. (*WERNER*, pag. 91)

1.1.4 CLASIFICACION DE LA PARALISIS CEREBRAL

La clasificación de la Parálisis Cerebral se da según tres momentos:

1.1.4.1 CLASIFICACIÓN BASADA EN LOS EFECTOS FUNCIONALES:

Según donde se localice la lesión cerebral, las alteraciones motrices corresponderán a una u otra forma, se clasifica en:

1.1.4.1.1 RIGIDEZ MUSCULAR O “ESPASTICIDAD”

“Un niño “espástico” tiene rigidez o “tensión muscular”. Esto causa que parte de su cuerpo esté duro o tieso. Ciertas posiciones de la cabeza hacen que el cuerpo se ponga en posiciones extrañas. La rigidez aumenta cuando el niño está agitado o asustado, o cuando tiene el cuerpo en ciertas posiciones. La rigidez varía mucho de niño a niño”

“La espasticidad se produce a consecuencia de una lesión localizada en el haz piramidal, los movimientos de los niños espásticos son rígidos, bruscos y lentos.

La espasticidad se reconoce por el aumento de resistencia de un músculo a la palpación o al movimiento pasivo de una extremidad, la espasticidad es más intensa en los músculos extensores de las piernas y en los músculos flexores de los brazos.” (WERNER, pág. 89).

Las personas que tienen esta clase de Parálisis Cerebral encuentran mucha dificultad para controlar algunos o todos sus músculos, que tienden a estirarse y debilitarse, y que a menudo son los que sostienen sus brazos, sus piernas o su cabeza.

La debilidad de los movimientos voluntarios afecta también a los labios y la lengua. La lengua, torpe e hipertónica, no puede extenderse más allá de los dientes, el rostro aparece inexpresivo y la saliva se escurre por las comisuras de la boca.

A medida que el niño crece, los músculos espásticos se contraen se vuelven más cortos y traen como resultado deformidades de las extremidades, la pelvis, y la espina dorsal.

A menudo los médicos describen el tipo de parálisis cerebral que tiene un niño basándose en los miembros que están afectados.

“Los nombres de las formas más comunes de parálisis cerebral usan términos en Latín para describir la ubicación o el número de los miembros afectados, combinados con las palabras: “Paresia” = Debilitado, “Plejía” = Paralizado; *hemiparesia* (*hemi* = medio) indica que sólo un lado del cuerpo está debilitado. *Cuadriplejía* (*cuad* = cuatro) significa que todos los miembros paralizados. (WERNER, pág. 89)

Hemiplejía Espástica.- Este tipo de parálisis cerebral típicamente afecta el brazo y la mano en un lado del cuerpo, pero también puede incluir la pierna. Los niños con hemiplejía espástica generalmente caminarán más tarde en punta de pie debido a la tirantez de los tendones de los tobillos. El brazo y la pierna del lado afectado frecuentemente son más cortos y delgados. Algunos niños desarrollarán una curvatura anormal de la columna (*escoliosis*).

Diplejía Espástica: Este tipo de parálisis cerebral, la rigidez muscular está predominantemente en las piernas y afecta con menor intensidad los brazos y la cara, aunque las manos pueden ser torpes. Los reflejos de los tendones son hiperactivos. La tirantez de ciertos músculos de las piernas hace que éstas se muevan como los brazos de una tijera”.

Cuadruplejía Espástica. Esta es la forma más grave de parálisis cerebral, a menudo asociada con retraso mental moderado a grave. Está causada por daño generalizado del cerebro o malformaciones cerebrales significativas. A menudo los niños tendrán rigidez intensa de los miembros, pero un cuello flácido.

1.1.4.1.2 MOVIMIENTOS INVOLUNTARIOS O “ATETOSIS”

“Estos son movimientos lentos y torcidos, o repentinos y rápidos, de los pies, brazos, manos o músculos de la cara. Los brazos y las piernas pueden dar “saltos”, o una mano o los dedos de los pies pueden moverse sin razón. Cuando el niño decide moverse, las partes del cuerpo se le mueven demasiado y muy rápido”. (*WERNER*, pag.89)

El mismo autor (pag.89) sostiene que se produce a consecuencia de una lesión localizada en el haz extrapiramidal, consiste en una oscilación lenta entre actitudes extremas de hiperextensión y de flexión. Es un movimiento involuntario e incesante que se agrava con la fatiga y las emociones, se atenúa en reposo y desaparece durante el sueño. Las personas que sufren este tipo de Parálisis Cerebral tienen unos músculos que cambian rápidamente de flojos a tensos, presenta movimientos involuntarios de los músculos articuladores y faríngeos en la producción del habla.

Los subtipos de la atetosis según Werner son los siguientes:

Atetosis con tensión.- Músculos tensos; esta tensión se diferencia de la espasticidad con los movimientos rápidos y repetitivos de las articulaciones de las extremidades.

Atetosis sin tensión.- Estos movimientos se describen a veces como: **Rotativos.**- las extremidades rotan y se doblan.

Distónicos.- Se presenta una distorsión en la posición de las extremidades, cuello, tronco.

Corea.- Se presenta movimientos involuntarios en los dedos de la mano o del pie.

Parálisis Cerebral Discinética (también incluye las parálisis cerebrales atetósica, coreoatetósica y distónica). Este tipo de parálisis cerebral está caracterizado por movimientos incontrolados de torsión de las manos, los pies, los brazos o las piernas.

1.1.4.1.3 MAL EQUILIBRIO O “ATAXIA”

El niño con “ataxia” o mal equilibrio tiene dificultades para empezar a sentarse o pararse. Se cae mucho y usa las manos torpemente. Todo esto es normal en niños pequeños, pero en un niño con ataxia el problema es mayor (a veces toda la vida). (WERNER, pág. 90). La ataxia se produce a consecuencia de una lesión localizada en el cerebelo.

“Sostiene que los niños atáxicos no consiguen medir la fuerza y la dirección de sus movimientos, los cuales son torpes, lentos y se apartan de la dirección inicialmente seguida. La musculatura es flácida, existe ausencia de estabilidad del tronco durante los movimientos libres de los brazos, lo que acarrea una inseguridad todavía mayor”. (WERNER, pág. 90)

Al contrario del espástico con su pobreza de movimientos por la limitación motora, y del atetósico con su motricidad desenfrenada y excesiva, el atáxico puede mover libre y voluntariamente los brazos y piernas en toda su intensidad. Sin embargo, los movimientos

no son significativamente dirigidos ni dosificados. Se echa de menos la intervención de la fuerza necesaria en cada caso. Hay también déficit del control motor ocular.

1.1.4.1.4 PARÁLISIS CEREBRAL MIXTA.

Cuando el tono muscular está muy disminuido en unos grupos musculares y aumentado en otros. Es común que los niños tengan síntomas que no correspondan a ningún tipo de parálisis cerebral. Sus síntomas son una mezcla de varios tipos. Por ejemplo, un niño con parálisis cerebral mixta puede tener algunos músculos que están muy tirantes y otros muy relajados, creando una mezcla de rigidez y flacidez.

Prácticamente la mayoría de casos son de tipo mixto. Es raro encontrar casos puros de espasticidad o de atetosis, lo más frecuente es que se presente una combinación de ambas, o de atetosis y ataxia, de ataxia y de espasticidad o de las tres formas a la vez, ya en casos graves o benignos.

1.1.4.2 CLASIFICACIÓN BASADA EN LA TOPOGRAFÍA CORPORAL

Existe una clasificación de la parálisis cerebral en función de la extensión de la lesión, también denominada clasificación topográfica.

- **Paraplejía o paraparesia:** afectación de los miembros inferiores.
- **Tetraplejía:** Es la afectación global, incluidos el tronco y las cuatro extremidades, con predominio de la afectación de las extremidades superiores.
- **Monoplejía:** Presupone la afectación de un miembro pero, al igual que la triplejía, no se da de manera pura ya que también suele haber afectación con menor intensidad, de alguna otra extremidad.
- **Triplejía:** Indica afectación de 3 miembros. Esta afectación es poco frecuente, ya que la extremidad no afectada, aunque suele ser funcional, también suele estar afectada pero con menor intensidad. En muchos casos se trata de una tetraplejía con menor afectación de un miembro o una diplejía con hemiparesia.
- **Hemiplejía:** Es la parálisis de un lado del cuerpo, que aparece como resultado de la lesión de las vías de conducción de impulsos nerviosos del encéfalo o de la médula

espinal. Según la parte del cerebro que resulte afectada, las lesiones que provoca la hemiplejia anulan el movimiento y la sensibilidad de parte del rostro, del brazo, pierna del mismo lado del cuerpo.

Con frecuencia además de la parálisis, quedan disminuidas otras funciones como la visión, la capacidad auditiva, el habla e incluso la capacidad de razonamiento. La hemiplejía puede afectar a personas de cualquier edad, si bien es más frecuente que aparezca entre los ancianos; la causa más frecuente es un accidente cerebro vascular que interrumpe el aporte sanguíneo hacia una región determinada del cerebro y, como consecuencia, produce una necrosis o muerte del tejido cerebral, correspondiente a la arteria afectada.

- **Hemiparesia:** La hemiparesia se produce a consecuencia de un daño en una parte del cerebro, la cual es responsable de la coordinación motora. "Hemi" significa que está afectado la mitad del cuerpo, puede ser la mitad derecha o la mitad izquierda. Están afectados la media cara, el brazo, el medio tronco (derecho o izquierdo) o la pierna. La otra mitad del cuerpo se encuentra totalmente sana y sin compromiso. Generalmente cuando está afectada la mitad derecha del cuerpo, puede haber problemas adicionales con el habla.

La hemiparesia no es una enfermedad, es la consecuencia de una lesión cerebral, normalmente producida por una falta de oxígeno en el cerebro. Técnicamente la hemiparesia es una disminución del movimiento sin llegar a la parálisis. Es un grado menor que la hemiplejía.

1.1.4.3 CLASIFICACIÓN BASADA EN EL GRADO DE AFECTACIÓN

Respecto al grado de afectación y a su relación con la independencia y funcionalidad, distingue y analiza la siguiente clasificación:

Ligera: Se produce cuando el afectado no está limitado en las actividades ordinarias, aunque presenta alguna alteración física.

Moderadamente severa: En este caso el individuo tiene dificultades para realizar las actividades diarias y necesita medios de asistencia o apoyos.

Severa: Aquí el sujeto se ve afectado por una gran limitación en las actividades diarias (<http://www.aspace.org/paralisis-cerebral/tipos-de-paralisis-cerebral/12/06/2012>)

1.1.5 TIPOS DE PARALISIS CEREBRAL

Se clasifican en cuatro tipos:

1.1.5.1 Según el tono:

Isotónico: tono normal.

Hipertónico: aumento del tono.

Hipotónico: tono disminuido.

Variable.

Es muy difícil que un parálítico cerebral pueda encuadrarse de forma clara en un tipo clasificatorio.

(www.nlm.nih.gov/medlineplus/30/08/2010/20H00)

1.1.6 CARACTERÍSTICAS COMPORTAMENTALES

Las características comportamentales observadas en la clasificación clínica ya analizada. (*Pellegrini*, pág. 30)

1.1.6.1 PARÁLISIS CEREBRAL ESPÁSTICA:

El trastorno motor va unido a menudo a múltiples defectos tales como: defectos del habla, convulsiones, defectos intelectivos.

Hemiplejía Espástica.- Dependiendo de la ubicación del daño cerebral, un niño con hemiplejía espástica también puede tener convulsiones. El lenguaje estará retrasado y en una situación ideal será competente, pero generalmente la inteligencia es normal.

Diplejía Espástica.

Los niños con este tipo de parálisis cerebral pueden necesitar un andador o aparatos para las piernas. Generalmente la inteligencia y la destreza del lenguaje son normales.

Cuadriplejía Espástica Raramente podrán caminar. Hablar y ser entendidos es difícil. Las convulsiones pueden ser frecuentes y difíciles de controlar.

1.1.6.2 PARÁLISIS CEREBRAL ATETOIDE

La lengua, los músculos de la masticación y de la articulación de la palabra, están afectados, las muecas de la cara y los movimientos involuntarios, la lengua interfiere en la articulación.

La mayoría de los niños con atetosis son de inteligencia normal, pero se les hace difícil comunicar sus ideas y necesidades.

1.1.6.3 PARÁLISIS CEREBRAL DISCINÉTICA

En algunos niños, la hiperactividad en los músculos de la cara y la lengua los hace gesticular y babear. Encuentran difícil sentarse erguidos o caminar. Los niños también pueden tener problemas para coordinar los movimientos musculares necesarios para hablar.

Raramente la inteligencia está afectada en estas formas de parálisis cerebral.

1.1.6.4 PARÁLISIS CEREBRAL ATÁXICA

Este tipo raro de parálisis cerebral afecta el equilibrio y la percepción de profundidad. A menudo los niños tienen mala coordinación y caminan de forma inestable con una marcha de base amplia, colocando los pies inusualmente muy separados. Tienen dificultad con los movimientos rápidos o precisos, como escribir o abotonarse una camisa. También pueden tener temblor no intencional, en el cual un movimiento voluntario como tomar un libro está acompañado de una sacudida que empeora cuanto más cerca estén las manos del objeto.

El característico trastorno del equilibrio y balance en general no es pues reconocido hasta que se inician los primeros intentos de marcha y entonces es valorado como “torpeza”. La carencia de sentido posicional condiciona una marcha en zig – zag, a tropezones y atáxica.

Los niños caen a menudo, al intentar coger un objeto, el trastorno motor se hace especialmente evidente, disimetría, colocación defectuosa.

1.1.6.5 PARÁLISIS CEREBRAL MIXTA.

En el caso de espasticidad ligera y atetosis la movilidad es mayor, pero, el componente atetósico es desfavorable para la habilidad manual, el niño puede tener problemas para escribir. Cuando la espasticidad va acompañada de ataxia, al niño le cuesta más tiempo caminar y su manera de andar es menos segura.

Rígidos: Son debidos a una gran dureza muscular, si se mueve un miembro, éste no vuelve a su posición anterior, destaca la hipertonía que en ocasiones llega a ser tan intensa que impide todo movimiento.

Temblosos: Los movimientos son breves, rápidos, oscilantes y rítmicos, con preferencia en los miembros superiores y menos frecuentemente en los inferiores, el tronco, los párpados, la cabeza y la lengua.

1.1.7 INCIDENCIA DE DISCAPACIDADES MOTORAS EN EL ECUADOR DISTRIBUCIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD POR TIPO DE DEFICIENCIA (CONADIS)

Del total de la población del Ecuador, el 13,2 % son personas con algún tipo de discapacidad (1`600.000 personas), y podemos señalar que en el país existen aproximadamente:

- 592.000 personas con discapacidad por deficiencias físicas
- 432.000 personas con discapacidad por deficiencias mentales y psicológicas

- 363.000 personas con discapacidad por deficiencias visuales; y,
- 213.000 personas con discapacidad por deficiencias auditivas y del lenguaje.

El porcentaje de discapacidad no es homogéneo en el territorio ecuatoriano, la provincia del Azuay presenta porcentajes significativamente superiores al promedio nacional.

Entre las limitaciones más frecuentes de los menores de 5 años señalamos a la limitación para ponerse de pie, para caminar solo y de la comunicación, causadas en mayor porcentaje por deficiencias funcionales (72.5%).

El 44% de la población infantil menor de 5 años con limitaciones presenta más de una limitación en la actividad.

Las condiciones negativas de salud son las causas más frecuentes de limitación infantil

De los menores de 5 años con limitaciones, el 80% reportó como causa originaria alguna condición negativa de salud: enfermedades hereditarias y adquiridas, problemas al momento del parto, infecciones y mala práctica médica. La condición negativa de salud es reportada a nivel rural como el 91% de las causas de las limitaciones motoras.

Las limitaciones graves múltiples aumentan con la edad

Los porcentajes de personas con más de una limitación grave van en aumento conforme avanza la edad, con un pico marcado a partir de los 65 años. Mientras la población de 10 años tiene un 3% de limitaciones múltiples, el 46% de los mayores de 65 años presentan la misma condición. El número de mujeres de más de 65 años con limitaciones múltiples graves supera al de los hombres en un 7%.

Participar en actividades recreativas sociales es la limitación grave más frecuente

De la población que presenta una sola limitación, la más frecuente es la relacionada con la recreación social que afecta al 9% de las personas con limitación grave de 5 años y más

Incidencia en la provincia del Azuay según el CONADIS.

PROVINCIA	AUDITIVA	FISICA	INTELECTUAL	LENGUAJE	PSICOLOGICO	VISUAL	TOTAL
AZUAY	1870	<u>11152</u>	4127	316	437	2002	19904

Según el CONADIS en la provincia del Azuay hay mayor número de personas con discapacidad Físicas.

1.2 RENDIMIENTO ANORMAL DE LOS NIÑOS CON PARALISIS CEREBRAL

Se presentará a continuación un análisis sobre los problemas más comunes, desde 0 a 12 meses, en base a la edad y a la posición decúbito ventral, decúbito dorsal, sentado, de pie en diferentes franjas de edad según afirma LEVITT, (100-101), los cuales compartimos ampliamente

1.2.1 DESARROLLO DE LA POSICIÓN DECUBITO VENTRAL Y SUS PROBLEMAS MÁS COMUNES

1.2.1.1 Problemas más comunes en el desarrollo del niño de 0-3 meses

En esta edad no se presenta mayor dificultad por lo que el niño pasa la mayoría del tiempo acostado. La dificultad más notoria es la falta de control del cuello en decúbito ventral.

1.2.1.2 Problemas más comunes en el desarrollo del niño de 4-6 meses

- El retraso en la adquisición de la elevación sobre las rodillas, manos, codos rígidos
- El soporte del peso sobre las rodillas. El niño es incapaz de permanecer en posición decúbito ventral con ambos o uno de los brazos estirados.
- Es casi imposible rodar a la posición decúbito dorsal o de arrastrarse sobre el abdomen.
- Tiene dificultad para realizar movimientos de los hombros, brazos y de las piernas al arrastrarse.
- La posición de los miembros es asimétrica. En esta etapa comienza el gateo de sirena.

- La elevación del niño primero sobre las manos usándolas para empujarse hacia atrás posición de sentado sobre los talones.

Todos estos modelos son anormales si se indica una falta de soporte del peso sobre las manos con los codos rígidos o sobre las rodillas con fijación de la cadera en 90°. (*LEVITT*, pág. 105-106)

1.2.1.2 Problemas más comunes en el desarrollo del niño de 6-9 meses

- El rendimiento anormal de las habilidades motores, las caderas, las rodillas o pies sobre flexionados, piernas o brazos en rotación interna.
- Falta de reciprocidad en el gateo “saltos de conejo” con las dos rodillas hacia delante en posición sentado, sobre los talones.
- Soporte asimétrico del peso.
- En posición decúbito ventral “gateo de sirena” tirando hacia delante sobre los brazos flexionados y con las piernas rápidamente extendidas. (*LEVITT*, pág. 106-107)

1.2.1.3 Problemas más comunes en el desarrollo del niño de 9-12 meses

- Rotación interna-aducción espástica de las caderas en el gateo
- La posición de semi arrodillado y el soporte del peso sobre las manos y los pies.
- Si el niño no puede “caminar como oso” sobre las manos y pies, tiene los talones fuera del suelo o excesiva flexión en las rodillas con caderas rotadas hacia adentro y aducidas. (*LEVITT*, pag. 111)

1.2.2 DESARROLLO DE LA POSICIÓN DECUBITO DORSAL Y SUS PROBLEMAS MÁS FRECUENTES

En el desarrollo de niño se presentan ciertos problemas que se analizan a continuación: (*LEVITT*, pag.130)

1.2.2.1 Desempeño anormal del desarrollo de 4-6 meses

- Las piernas flexionadas se extienden y aducen anormalmente y se rotan internamente en muchos espásticos en posición sentado.
- Normalmente las piernas se flexionan y aducen y rotan externamente en este nivel.
- Se observan manos con puños cerrados.
- Ausencia anormal de movimientos de los pies o de las rodillas,

1.2.2.2 Desempeño anormal del desarrollo de 6 a 9 meses

- No puede estar acostado estirado con los brazos y las piernas extendidos.
- Se puede observar una variedad de posturas anormales que incluyen asimetría de la cabeza, tronco o miembros o todos ellos.
- Normalmente el empuje para sentarse debe provocar la extensión y aducción de las piernas. (LEVITT, 132-133)

1.2.3 DESARROLLO DE LA POSICIÓN SENTADO Y SUS DIFICULTADES

Las posturas anormales en la posición sentada en todos los niveles del desarrollo.

Pueden deberse a:

- Ausencia de los mecanismos posturales y de las posturas anormales compensatorias para obtener el equilibrio.
- Presencia de hipertonía.
- Intentos por controlar movimientos involuntarios.
- Empleo tamaño y tipo incorrectos de sillas, mesas, etc.

La ausencia y fijación postural

La cabeza y el tronco flexionados aunque la cadera esté extendida en ángulo recto puede estar hiperextendida, Los brazos pueden estar en alto y los codos rígidos, los hombros flexionados de hacia adelante, como si los brazos contrarrestaron el equilibrio de la reclinación hacia atrás; además, los brazos pueden estar en alto con flexión en los codos y

encorvados los hombros retraídos o extendidos o pueden estar tensamente flexionados a la altura de los hombros, codos y manos a medida que el niño toma un apoyo con su cuerpo.

No solo se extienden las piernas en forma parcial más allá del ángulo recto a la altura de la cadera, sino también rotan internamente con aducción extensión de las rodillas. (LEVITT, 139-140)

1.2.4 MARCHA ANORMAL Y SUS DIFICULTADES

Los problemas de la posición erecta afectarán la marcha, por lo que no se debe insistir que el niño camine si aún no consiguió adoptar dicha posición o ésta es muy anormal.

El retraso para caminar puede deberse a:

- Ausencia o insuficiencia de la fijación postural o capacidad asimétrica para contraponerse.
- Ausencia de cambio antero posterior.
- Ausencia de balanceo lateral.
- La falta de reacciones de balance en decúbito ventral, decúbito dorsal, posición sentado, arrodillado, erguido y de pie, retrasa el caminar.
- Reacción de defensa en brazos y piernas.

1.2.5 DESARROLLO DE LA POSICIÓN ERECTA Y EN EL CAMINAR Y SUS DIFICULTADES

Rendimiento anormal en el desarrollo de 6-9 meses

Las reacciones reflejas. Se espera el desarrollo de la siguiente manera (pág. 189):

- Reflejos de paracaídas o de defensa en los brazos para evitar la caída hacia adelante o hacia los costados.
- Las reacciones de sustentación en los brazos para interrumpir la caída
- Las reacciones de balance en posición de sentado.

- La presencia de los dedos de los pies firmemente contraídos en la posición erecta con apoyo.

1.2.5.1 Rendimiento anormal del desarrollo de 9-12 meses

Véase en marcha anormal

Todas estas posturas anormales de los niños causan contracturas en la mayoría de las articulaciones del cuerpo y sin su debido tratamiento llegan a deformarse.

1.3 CONTRACTURAS

“Cuando un brazo o una pierna ha estado doblado por mucho tiempo, algunos músculos se encogen de manera que el miembro no puede enderezarse completamente. O algunos músculos encogidos pueden impedir que una articulación se doble. Decimos entonces que la articulación tiene una “contractura”. Las contracturas pueden aparecer en cualquier articulación del cuerpo”. (WERNER pág.: 77)

Una contractura se desarrolla cuando los tejidos conectivos normalmente elásticos (estirable) son reemplazados por tejido no elástico de apariencia fibrosa, lo cual dificulta el estiramiento del área e impide el movimiento normal.

Las contracturas se presentan principalmente en la piel, tejidos subyacentes, músculos, tendones y áreas articulares. Las causas más comunes de esta afección son la cicatrización y la falta de uso debido a la inmovilidad o inactividad.

Las contracturas se forman cuando un miembro o una articulación no se mueven regularmente todo lo normal y esto puede pasar:

- Cuando una persona débil o enferma permanece mucho tiempo en cama.
- Un miembro paralizado se quede flexionado.
- Una persona tenga dolor que no le permita enderezar las articulaciones.

Lo mejor es prevenir que se formen las contracturas para evitar posibles deformaciones, pero si se empiezan a desarrollar, hay que corregirlas lo más pronto posible. Cuando una contractura empieza a formarse, es fácil corregirla en casa con ejercicios y buenas posiciones. Las contracturas avanzadas o antiguas son mucho más difíciles de corregir y puede ser necesario estirarlas poco a poco con yesos o cirugía.

1.3.1 CAUSAS DE LAS CONTRACTURAS

Las causas de las contracturas que nos reporta Werner (pag.78) Son:

- Trastornos hereditarios (como la distrofia muscular)
- Lesión (incluyendo quemaduras)
- Daño neurológico
- Reducción del uso (por ejemplo, por inmovilización)

Una de las principales causas de las contracturas es el desequilibrio muscular, un desequilibrio muscular que causa contracturas puede ser el resultado de espasticidad, de un aumento en la tensión de ciertos músculos.

1.3.2 CONTRACTURAS EN LA PARÁLISIS CEREBRAL

Las contracturas típicas de la parálisis cerebral son parecidas a las posiciones anormales de la parálisis cerebral. Pueden incluir:

- Contracturas o deformidades de la espalda
- Contracturas del cuello que jalan la cabeza hacia atrás o de lado.
- Cintura hundida o contractura de cadera
- Contractura de rodilla
- Pie engarrotado
- Contracturas en codo y muñeca
- Contractura que junta las rodillas

- Contracturas del pie y tobillo que pueden doblarse hacia adentro , arriba, abajo, afuera (Werner pág.: 77)

Contracturas de la espalda:

Curva hacia un lado o escoliosis: puede resultar de una parálisis dispareja de los músculos de la espalda, o cuando la cadera se ladea porque una pierna está más corta que la otra.

Espalda jorobada: por debilidad de los músculos de la espalda o por mala postura.

Cintura hundida: causada por la debilidad de los músculos del abdomen por contracturas aquí o por el modo en que el camina por tener débil una pierna o una cadera.

Cintura hundida o contractura de cadera:

Acortamiento o falta de distensión del músculo. Acortamiento o contractura de los aductores, que pueden llevar la cabeza femoral hacia fuera.

Combinación de la espasticidad y las contracturas

Una reducción de movimientos de una articulación puede deberse en parte a la espasticidad y en parte a contracturas. Por lo tanto, siempre que un niño tenga espasticidad, se debe revisar si está desarrollando una contractura, y si es así, qué tan avanzada está.

Cualquier deshabilidad en la parálisis cerebral o desequilibrio muscular causa posturas anormales o articulaciones sin movimiento.

Aun cuando las contracturas estén avanzadas, es mejor primero tratar de corregirlas lo mejor posible usando métodos sencillos y menos severos.

Recuerde, la postura del niño es importante y una de las metas más importante en el desarrollo del niño con parálisis cerebral es un buen equilibrio en cada etapa de su

desarrollo, ya sea al acostarse, sentarse, arrastrarse, gatear, pararse o caminar. El objetivo de este trabajo, justamente está encaminado a la prevención y corrección de las contracturas

1.3.3 PREVENCIÓN Y CORRECCIÓN DE CONTRACTURAS

Cuando las contracturas estén empezando a formarse, puede que todo lo que se necesite para corregirlas sean ejercicios de estiramiento y posiciones sencillas. Cuando una contractura está más avanzada, es necesario estirlas continuamente durante mucho tiempo utilizando posiciones fijas, yesos o aparatos especiales, que tiren constantemente las articulaciones afectadas. Para corregir las contracturas muy severas y antiguas puede ser necesaria la cirugía.

Todos los niños necesitan ejercicios para estar fuertes y saludables. Los niños que tienen una habilidad normal realizan actividades como el gateo, caminar, correr, jugar, ayudar en casa.

Los niños deshabilitados deben hacer ejercicio de esta misma forma, lo que más pueda.

Sin embargo a veces la deshabilidad del niño impide mover el cuerpo o partes del mismo lo suficiente como para el ejercicio necesario. Los músculos que el niño no use regularmente se volverán débiles y las articulaciones que no se muevan se encogerán y no se podrán doblar y enderezar por completo. Por eso, debemos asegurarnos que el niño deshabilitado use y mantenga fuertes sus músculos y de que mueva todas las partes de su cuerpo.

Los ejercicios para mantener el movimiento de las articulaciones y el estiramiento pueden ayudar a prevenir y corregir contracturas. Solo haga ejercicios de estiramiento cuando haya rigidez o se esté limitando el movimiento de las coyunturas. Si las contracturas están muy flojas no estire.

Los ejercicios para mantener el movimiento

Ejercicios pasivos: si el niño no puede mover el miembro Ud. puede hacerlo por él o él puede mover el miembro todo lo normal con la otra parte del cuerpo.

1. **Ejercicio con ayuda:** si el niño puede mover un poco la parte afectada del cuerpo, déjelo que la mueva lo más que pueda. Luego ayúdele a completar el movimiento.
2. **Ejercicio activo:** si el niño puede mover la parte afectada todo lo normal, entonces puede hacer los ejercicios sin ayuda.

1.4 PROBLEMAS DE DEFORMIDAD

Al presentarse las contracturas y no ser corregidas a tiempo se convierten en deformidades poniendo en riesgo la independencia del niño en la vida cotidiana. En el siguiente tema vamos a conocer cuando se considera una deformidad, por qué se da y la forma de evitarlo.

Una deformidad es la posición anormal de una articulación. En los niños que tienen parálisis cerebral o retraso en el desarrollo, no es infrecuente que se presenten posiciones anormales en las articulaciones, las cuales dependen solo de una articulación, por lo que debe examinarse a todo el niño.

La deformidad puede ser móvil o fija, lo que significa que es factible realizar su corrección de manera activa o pasiva. La deformidad puede convertirse en fija o en una contractura cuando existe acortamiento de adaptación de los tejidos blandos o cambios óseos. Si se presenta deformidades no fijas se puede tratar pero poco puede hacerse ante la presencia de una deformidad fija, para lo cual se aconsejaría cirugía ortopédica. No obstante, en determinados casos también se necesita cirugía ortopédica para deformidades no fijas.

La prevención y corrección de las deformidades con la terapia y el cuidado diario deben tener en cuenta las causas de las deformidades, algunas de estas causas están entrelazadas y sus relaciones son indiscutidas:

1. Inmovilidad (total o parcial)
2. Hipotonicidad
3. Hipertonicidad
4. Debilidad general o específica
5. Actividad refleja anormal

6. Asimetría
7. Movimientos involuntarios en un modelo repetitivo
8. Factores de crecimiento
9. Biomecánica (LEVITT, pág. 243)

Inmovilidad general

Se debe a los siguientes factores: deficiencia física por hipotonicidad, debilidad, movimientos involuntarios y espasmo graves, actividad refleja. Puede ser que las deformidades graves ya se hayan desarrollado y que ellas impidan el movimiento empeorando y produciendo otras nuevas.

Inmovilidad parcial

A pesar de que el niño presente alguna o varias causas mencionadas anteriormente, puede adquirir unas pocas posturas similares o movimientos estereotipados. Se presenta por lo general en niños espásticos, deficientes mentales, atetoides rígidos.

Hipotonicidad

Los niños hipotónicos presentan el problema común de la inmovilidad y es posible que permanezcan recostados en una o dos posiciones durante demasiado tiempo y que ello origine deformidades. Algunos niños hipotónicos pueden desarrollar parte de los mecanismos posturales y logran el desarrollo de la posición sentado y erecto.

Hipertonicidad

Es la causa más importante de la deformidad, sin embargo, la creación de las deformidades no depende de la hipertonicidad como tal, sino que existen algunos aspectos principales responsables de ellas en los niños hipertónicos, como la inmovilidad ya mencionada; actividad refleja anormal, antagonistas, ineficiencia específica de los músculos espásticos y co-contracción (anormal)

1.4.1 DEFORMIDADES EN DIFERENTES ARTICULACIONES

- ✓ Deformidades de la cadera: rotación interna-aducción-flexión de la cadera. La forma de la articulación de la cadera puede ser anormal.
- ✓ Deformidad en extensión de la cadera.
- ✓ Deformidades de la rodilla: flexión de la rodilla, hiperextensión de la rodilla
- ✓ Deformidades de los pies: equino y equino-varus
- ✓ Deformidad del brazo: rotación interna-aducción-flexión del hombro, flexión de la muñeca y desviación cubital
- ✓ Deformidades de pulgares y de la mano.
- ✓ Deformidades del tronco y cabeza

CONCLUSIONES: CAPITULO I

1. Abordando este capítulo se ha analizado algunos conceptos referentes a la parálisis cerebral y tomando en cuenta todos los autores citados definiremos a la Parálisis Cerebral como un trastorno o debilidad provocada por una lesión en el cerebro que afecta al lenguaje, la conducta y principalmente la movilidad del cuerpo impidiendo la maduración y la independencia del niño. Es un síndrome no progresivo y no tiene cura.
2. La Parálisis Cerebral se distingue por un daño dominante de las funciones motrices, el cual afecta al tono, a la postura y al movimiento, la lesión no es evolutiva, pero sus consecuencias pueden variar en el niño.
3. Las células nerviosas (neuronas) lesionadas no crecen, ni se mielinizan, y no afectan al resto de células nerviosas vivas. Los trastornos motrices afectan en la mayoría de casos a los órganos motores de la boca y dificultan el desarrollo de la alimentación y del habla.
4. Este trastorno tiene múltiples causas no necesariamente se presenta una específica. Las causas pueden ser prenatales, perinatales y posnatales.
5. Según algunos autores la parálisis cerebral se divide de acuerdo al: tipo, tono, topografía y grado de afectación: espasticidad, atetosis, ataxia, distonia y mixta; hipertonía, hipotonía, isotonía; hemiplejía, diplejía, paraplejía, diparesia, cuadriplejía; leve, moderado, grave y profundo.

6. Incidencia en la provincia del Azuay según el CONADIS. El Azuay es una de las provincias que presenta mayor índice de personas con discapacidad con un número de 11152 personas con discapacidad física.
7. Según LEVITT el niño con parálisis cerebral presenta un desarrollo anormal en las diferentes posiciones y según la edad del niño, las mismas que se deben tomar muy en cuenta el momento de la intervención y particularmente cuando se debe corregir y prevenir las contracturas.
8. Las causas más comunes de las contracturas son dadas por la la falta de uso debido a la inmovilidad o inactividad y por las posiciones inadecuadas. Cuando las contracturas estén empezando a formarse, puede que todo lo que se necesite para corregirlas sean ejercicios de estiramiento y posiciones sencillas.
9. Una deformidad es la posición anormal de una articulación. En los niños que tienen parálisis cerebral es muy frecuente que se presenten si no se cuidan y previenen a tiempo y en forma correcta.

INTRODUCCIÓN

CAPITULO II

Todos los niños necesitan ejercicios para estar fuertes y saludables. Los niños que tienen una habilidad normal realizan actividades que necesitan como el gateo, caminar, correr, jugar, ayudar en casa.

Los niños deshabilitados deben hacer ejercicio de esta misma forma, lo que más pueda.

Sin embargo a veces la deshabilidad del niño impide mover el cuerpo o partes del cuerpo lo suficiente como para el ejercicio necesario. Los músculos que el niño no use regularmente se volverán débiles y las articulaciones que no se muevan se encogerán y no se podrán doblar y enderezar por completo. Por eso, debemos asegurarnos que el niño deshabilitado use y mantenga fuertes sus músculos y de que mueva todas las partes de su cuerpo que estén a su alcance.

Los ejercicios para mantener el movimiento de las articulaciones y el estiramiento pueden ayudar a prevenir y corregir contracturas.

En este capítulo conoceremos el estado inicial con los informes de cada niño por porcentaje según las evaluaciones proporcionadas por los terapeutas y de las estudiantes mediante el flexiquín y la valoración de contracturas por grados. Después de conocer los resultados iniciales procederemos a realizar los programas en el que constarán: el diagnóstico médico, físico, de lenguaje y de estimulación, luego procederemos a plantear los objetivos a trabajar según las áreas como contracturas, lenguaje, motricidad gruesa y fina, cognición, socialización y sensorial.

Las evoluciones de terapia física y de estimulación fueron proporcionados por los profesionales del IPCA en base a la función niño tiene sus objetivos y áreas de trabajo.

Con los objetivos ya planeados por cada niño procederemos a realizar las planificaciones en las que consta el área de trabajo, el objetivo planteado, las actividades a realizarse en las terapias, las actividades o tareas para los padres, los recursos necesarios para la actividad y la evaluación de aplicación de los ejercicios. Las planificaciones se realizan por mes según el avance de cada niño y el compromiso de sus padres.

2.1 EVALUACIONES Y PROGRAMAS INDIVIDUALES

Se realiza la evaluación individual a los niños y a partir de esta se aplica los programas según el caso que se explica a continuación:

2.1.1 EVALUACION INICIAL N° 1

DATOS

NOMBRE: Melissa

FECHA DE NACIMIENTO: 19 de febrero de 2006

EDAD: 5 años

DIAGNOSTICO: PCI, microcefalia y deficiencia cognitiva (IPCA)

Después de realizar la evaluación con el flexiquín y la evaluación de contracturas en grados, se pudo determinar que presenta contracturas en las muñecas, rodillas y pies. La evaluación realizada por la estimuladora temprana demuestra que en el área de motricidad gruesa logra sentarse sola en una posición incorrecta. En el área de lenguaje responde al nombre cuando se le llama y no emite palabras En el área de motricidad fina comienza a explorar con el dedo índice. En socialización juega a tirar objetos. Y en cognición explora objetos con la boca. Presenta una edad neurológica **de 10 meses**. La evaluación de la terapeuta física nos demuestra la presencia de contracturas en músculos isquiotibiales y aductores.

Al finalizar todas las evaluaciones debemos trabajar en todas las áreas para fortalecer y mejorar el desarrollo de la niña.

2.1.2 PROGRAMA GENERAL INDIVIDUAL

NOMBRE: Melissa

FECHA: 20 de octubre de 2011

DURACIÓN: Noviembre a febrero

DIAGNÓSTICO MÉDICO: Parálisis Cerebral Infantil por microcefalia, deficiencia intelectual.

DIAGNÓSTICO FÍSICO: presenta contracturas en los músculos isquiotibiales y contracturas en músculos aductores.

DIAGNÓSTICO DE DESARROLLO: Presenta un desarrollo neurológico de 10 meses

DIAGNÓSTICO DE LENGUAJE: En el lenguaje expresivo emite sonidos y en el lenguaje comprensivo reacciona al nombre.

OBJETIVO GENERAL

Conseguir un mejoramiento significativo a nivel de contracturas y del desarrollo integral.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

AREA.- En lo referente a las Contracturas:

- Control de una correcta posición de las extremidades superiores.
- Control de una correcta posición de las extremidades inferiores.
- Mejorar las contracturas de las muñecas, rodillas y de los pies

AREA.- En cuanto al Lenguaje:

- Estimular el reconocimiento de cinco palabras: mamá, papá, mano, pie y rodilla, sin equivocación por lo menos 3 veces seguidas.

AREA.- Motricidad fina:

- Tomar objetos con el dedo índice y pulgar el 50% de las veces.

AREA.- Motricidad gruesa:

- Reforzar el arrastre hacia delante, en forma homolateral, una distancia de por lo menos 2 metros.
- Estimular el gateo con apoyo por 5 metros.

AREA.- Cognición:

- Conseguir que se entretenga manipulando objetos de tamaño grande (uso de las dos manos) y pequeño (uso de los dos dedos en pinza digital).

AREA.- Sensorial

- Estimular los diferentes sentidos (tacto, vista, oído)

2.1.2 EVALUACION INICIAL N°2

DATOS

NOMBRE: Juan

FECHA DE NACIMIENTO: 22 de agosto de 2008

EDAD: 3 años

DIAGNÓSTICO: Parálisis Cerebral Infantil y calcificación en el núcleo de la base (IPCA)

Después de realizar la evaluación con el flexiquín y la evaluación de contracturas en grados se pudo constatar la presencia de contracturas en codos y pies. La evaluación realizada por la estimuladora temprana demuestra que, en el área de motricidad gruesa logra pasar de posición supino a prono. En el área de lenguaje gira la cabeza cuando escucha la voz de la madre En el área de motricidad fina sostiene por un instante un objeto liviano. En socialización quita el pañal de su cara. Y en cognición reacciona al sonajero que toca su mano. Su edad neurológica es **de 6 meses**. Y la evaluación de la terapeuta física nos demuestra que presenta contracturas en músculos isquiotibiales y miembros superiores.

Al finalizar todas las evaluaciones debemos trabajar en todas las áreas para fortalecer y mejorar el desarrollo del niño.

2.1.2.1 PROGRAMA GENERAL INDIVIDUAL

DURACIÓN: Noviembre a febrero

DIAGNÓSTICO MÉDICO: Parálisis Cerebral Infantil y calcificación en el núcleo de la base.

DIAGNÓSTICO FÍSICO: presenta contracturas en los músculos isquiotibiales y contracturas en miembros superiores.

DIAGNÓSTICO DE DESARROLLO: Presenta un desarrollo neurológico de 6 meses

DIAGNÓSTICO DE LENGUAJE: no tiene lenguaje expresivo y el lenguaje comprensivo gira la cabeza cuando escucha la voz de la madre.

OBJETIVO GENERAL

Conseguir un mejoramiento significativo a nivel de contracturas y del desarrollo integral.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Área: Contracturas:

- Control de una correcta posición extremidades superiores.
- Control de una correcta posición de las extremidades inferiores
- Mejorar y evitar las contracturas de pies y codos

Área: Lenguaje:

Emitir sílabas onomatopéyicas el 75% de las veces cuando se le habla.

Área: Motricidad fina:

- Apretar el dedo índice del examinador al contacto.
- Tomar objetos en forma de rastrillo el 75% de las veces

Área: Motricidad gruesa:

- Levantar la cabeza en tracción cuando se le toma de las manos., el 75% de las veces.

Área: Cognición:

- Explorar las manos cuando está solo.

AREA.- Sensorial

- Estimular los diferentes sentidos (tacto, vista, oído)

2.1.3 EVALUACION INICIAL N°3

DATOS

NOMBRE: Alex

FECHA DE NACIMIENTO: 27 de febrero de 2008

EDAD: 5 años

DIAGNOSTICO: PCI por sufrimiento fetal (IPCA)

Después de realizar la evaluación con el flexiquín y la evaluación de contracturas en grados se determina que el niño presenta contracturas en miembros superiores y presenta una

posición incorrecta en rodillas y pies. La evaluación realizada por la estimuladora temprana indica: en el área de motricidad gruesa camina con apoyo. En el área de lenguaje responde al nombre cuando se le llama pero no emite palabras. En el área de motricidad fina toma objetos con la participación del pulgar. En socialización se entretiene manipulando objetos.

Y en cognición tira de un cordel para agarrar un objeto dando una edad neurológica **de 10 meses**. Y la evaluación de la terapeuta física confirma que presenta contracturas en miembros superiores.

Al finalizar las evaluaciones se concluye que hay que trabajar en todas las áreas para fortalecer y mejorar el desarrollo del niño.

2.1.3.1 PROGRAMA GENERAL INDIVIDUAL

DURACIÓN: Noviembre a febrero

DIAGNÓSTICO MÉDICO: Parálisis Cerebral Infantil por sufrimiento fetal.

DIAGNÓSTICO FÍSICO: Presenta contracturas en miembros superiores.

DIAGNÓSTICO DE DESARROLLO: Presenta un desarrollo neuro funcional de **10 meses**

DIAGNÓSTICO DE LENGUAJE: Tiene repeticiones rítmicas frecuentes.

OBJETIVO GENERAL

Conseguir un mejoramiento significativo a nivel de prevención de contracturas y del desarrollo integral.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

AREA.- Contracturas

- Control de una correcta posición de las extremidades superiores.
- Control de una correcta posición de las extremidades inferiores
- Mejorar y evitar contracturas en muñecas.

AREA.- Lenguaje:

- Emitir sílabas onomatopéyicas el 75% de las veces cuando se le habla.

AREA.- Motricidad fina:

- Tomar objetos en forma de rastrillo el 75% de las veces.

AREA.- Motricidad gruesa:

- Levantar la cabeza en tracción cuando se le toma de las manos., el 75% de las veces.
- Mantener sentado con apoyo, el mayor tiempo posible.

AREA.- Cognición:

- Reaccionar al sonajero que toca su mano el 100% de las veces
- Aprender a jugar con sus pies.

AREA.- Sensorial

- Estimular los diferentes sentidos (tacto, vista, oído)

2.1.4 EVALUACION INICIAL N° 4

DATOS

NOMBRE: Mateo

FECHA DE NACIMIENTO: 11 de Noviembre de 2006

EDAD: 4 años

DIAGNOSTICO: PCI hipotónico genético (IPCA)

Después de realizar la evaluación con el flexiquín y la evaluación de contracturas en grados no presenta contracturas; sin embargo, la posición de la cabeza es incorrecta. La evaluación realizada por la estimuladora temprana demuestra que: en el área de motricidad gruesa logra caminar con apoyo. En el área de lenguaje nombra 5 objetos que se le muestra En el área de motricidad fina coloca y quita objetos de un recipiente. En socialización entrega y recibe juguetes. Y en cognición señala los objetos que se le nombra. Su edad neurológica es de **3 años**. Y la evaluación de la terapeuta física nos demuestra que no presenta contracturas. Al finalizar todas las evaluaciones debemos trabajar en todas las áreas para fortalecer y mejorar el desarrollo del niño.

2.1.4.1 PROGRAMA GENERAL INDIVIDUAL

DURACIÓN: Noviembre a febrero

DIAGNÓSTICO MÉDICO: PCI hipotónico genético

DIAGNÓSTICO FÍSICO: no presenta contracturas.

DIAGNÓSTICO DE DESARROLLO: Presenta un desarrollo neurológico de 3 años

DIAGNÓSTICO DE LENGUAJE: nombra 5 o señala 7 dibujos

OBJETIVO GENERAL

Conseguir un mejoramiento significativo a nivel de posición postural y del desarrollo integral.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

AREA.- Control Postural:

- Control de una correcta posición de los miembros superiores.
- Control de una correcta posición de los miembros inferiores.

AREA.- Lenguaje:

- Enumerar objetos del dibujo.

AREA.- Motricidad fina:

- Imitar un cuadrado

AREA.- Motricidad gruesa:

- Mejorar la marcha con apoyo

AREA.- Cognición:

- Construir una escalera con 10 cubos (con modelo)

AREA.- Sensorial

- Estimular los diferentes sentidos (tacto, vista, oído)

2.1.5 EVALUACION INICIAL N° 5

DATOS

NOMBRE: Jennifer

FECHA DE NACIMIENTO: 23 de Agosto de 2006

EDAD: 5 años

DIAGNOSTICO: PCI espástica y deficiencia cognitiva (IPCA)

Después de realizar la evaluación con el flexiquín y la evaluación de contracturas en grados se determina que presenta contracturas en codo, muñeca. La evaluación realizada por la estimuladora temprana demuestra que, en el área de motricidad gruesa logra sentarse sola en una posición incorrecta. En el área de lenguaje responde al nombre cuando se le llama pero no emite palabras. En el área de motricidad fina comienza a explorar con el dedo índice. En socialización juega a tirar objetos. Y en cognición explora objetos con la boca, dando una edad neurológica **de 6 meses**. Y la evaluación de la terapeuta física confirma la presencia de contracturas en miembros superiores.

Al finalizar todas las evaluaciones debemos trabajar en todas las áreas para fortalecer y mejorar el desarrollo de la niña.

2.1.5.1 PROGRAMA GENERAL INDIVIDUAL

DURACIÓN: Noviembre a febrero

DIAGNÓSTICO MEDICO: Parálisis Cerebral Infantil espástica y deficiencia cognitiva.

DIAGNÓSTICO FISICO: presenta contracturas en miembros superiores

DIAGNÓSTICO DE DESARROLLO: Presenta un desarrollo neurológico de 6 meses

DIAGNÓSTICO DE LENGUAJE: no tiene lenguaje expresivo y el lenguaje comprensivo responde al nombre cuando se le llama

OBJETIVO GENERAL

Conseguir un mejoramiento significativo a nivel de contracturas y del desarrollo integral.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

AREAS.- Contracturas:

- Control de una correcta posición extremidades superiores.
- Control de una correcta posición extremidades inferiores.

- Mejorar las contracturas de los codos, manos.

AREA.- Lenguaje:

- Emitir sílabas onomatopéyicas cuando se le habla el 75% de las veces.
- Estimular repeticiones por golpes rítmicos.

AREA.- Motricidad fina:

- Tomar objetos en forma de rastrillo el 75% de las veces.
- Llevar las manos a la línea media para tomar objetos el 75% de las veces.

AREA.- Motricidad gruesa:

- Levantar la cabeza en tracción cuando se le toma de las manos., el 75% de las veces.

AREA.- Cognición:

- Explorar las manos cuando está sola.

AREA.- Sensorial

- Estimular los diferentes sentidos (tacto, vista, oído)

2.1.6 EVALUACION INICIAL N° 6

DATOS

NOMBRE: Camilo

FECHA DE NACIMIENTO: 22 de febrero de 2006

EDAD: 5 años

DIAGNOSTICO: PCI, atrofia óptica y deficiencia auditiva (IPCA)

Después de realizar la evaluación con el flexiquín y la evaluación de contracturas en grados, presenta contracturas en las muñecas, codos y pies, la columna está en posición incorrecta para que el niño logre sentarse correctamente. La evaluación realizada por la estimuladora temprana demuestra que, en el área de motricidad gruesa se mantiene en posición de gateo, en el área de lenguaje responde al nombre cuando se le llama pero no emite palabras, en el área de motricidad fina comienza a explorar con el dedo índice, en socialización juega a tirar objetos y cognición explora objetos con la boca dando una edad neurológica **de 10 meses**. La evaluación de la terapeuta física confirma que presenta

contracturas en miembros superiores principalmente los dedos y en el miembro inferior derecho.

Al finalizar todas las evaluaciones debemos tener en cuenta que el niño ha sufrido un retroceso en su desarrollo por la sobreprotección; por lo tanto, se trabajará en todas las áreas para fortalecer y mejorar el desarrollo del niño.

2.1.6.1 PROGRAMA GENERAL INDIVIDUAL

DURACIÓN: Noviembre a febrero

DIAGNÓSTICO MÉDICO: PCI, atrofia óptica y deficiencia auditiva

DIAGNÓSTICO FÍSICO: presenta contracturas miembros superiores y en el miembro inferior derecho.

DIAGNÓSTICO DE DESARROLLO: Presenta un desarrollo neurológico de 10 meses

DIAGNÓSTICO DE LENGUAJE: En el lenguaje comprensivo gira la cabeza cuando escucha su nombre.

OBJETIVO GENERAL

Conseguir un mejoramiento significativo a nivel de contracturas y del desarrollo integral.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Área.- Contracturas

- Control de una correcta posición de extremidades superiores.
- Control de una correcta posición de las extremidades inferiores.
- Corregir de las contracturas de las muñecas.
- Corregir las contracturas de la rodilla y pie derecho.

Área.- Lenguaje:

- Emitir sílabas onomatopéyicas el 75% de las veces cuando se le habla.

Área.- Motricidad fina

- Colocar y quitar objetos de un recipiente.

Área.- Motricidad gruesa:

- Mantener y balancear sobre las manos y rodillas.

Área.- Cognición

- Reconocer dos texturas (blando y duro)

AREA.- Sensorial

- Estimular los diferentes sentidos (tacto, vista, oído).

2.2 PLANIFICACIONES MENSUALES PARA EL GRUPO DE NIÑOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.2.1 PLANIFICACIÓN MENSUAL NOVIEMBRE-DICIEMBRE

Fecha: 15 de noviembre al 15 de diciembre

Objetivo General: Control de una correcta posición de extremidades superiores

Área	Niños	Objetivo Especifico	Actividades	Tareas para los padres	Material	Resultados
C O N T R A	Jennifer Alex Juan	Controlar una correcta posición de las extremidades superiores.	- Doy masajes con suavidad en la cabeza, cuello y hombros describiendo pequeños círculos con la yema de los dedos.	-De masajes con suavidad en la cabeza realizando movimientos en círculos con las yemas de los dedos, luego siga con el cuello hombros con pequeños círculos con la yema de los dedos y luego	Colchoneta	Se aplicaron los ejercicios en todos los niños.

C T U R A S	Camilo			de arriba hacia debajo de la misma manera (3 veces al día toda la semana).		Los padres realizaron la tarea en un 90%
	Melissa					
	Mateo		- Doy masajes con suavidad en los brazos, manos y dedos	-De masajes con suavidad en los brazos, manos y dedos: comenzando desde los brazos de arriba hacia abajo, luego las manos en forma circular primero en el dorso y luego en la palma. Después los dedos con pequeños masajes de arriba – abajo logrando que el niño relaje los músculos. (3 veces al día toda la		Los padres realizaron el trabajo en un 90% . Los ejercicios se aplicaron en todos

				semana)		los niños
			<p>- Incentivo al niño a estirarse hacia adelante y hacia arriba para alcanzar los juguetes, empujar la pelota, el globo.</p>	<p>-Coloque juguetes frente al niño y le ayudamos a que se estire para alcanzarlos.</p>	Juguetes	<p>A Melisa y Mateo se aplicaron todos los ejercicios. Alex, Juan, Camilo y Jennifer se aplicó el 75% de las veces</p>

						los padres aplicaron el 75% de los ejercicios
			- Hago que alcance objetos por encima de la cabeza, y por detrás del mismo. Emplee ambos brazos de manera simultánea.	-Motive al niño que busque y tome los juguetes ubicados sobre la cabeza, en su espalda. Emplee ambos brazos de manera simultánea (durante el juego)		En todos los niños se aplicó los ejercicios Y los padres lo aplicaron el 75% de las veces

			<ul style="list-style-type: none"> - Ubico al niño sobre una pelota de estimulación con los brazos sobre la parte superior. - Muevo la pelota hacia adelante e incentive al niño a que llegue y estire los brazos hacia el suelo para apoyarlos y no caerse (reflejo de paracaídas) 	<p>-Juego con el niño al aserrín aserrán moviéndolo hacia delante y atrás estirando y doblando los brazos (10 veces 3 veces al día).</p>	<p>Pelota de estimulación Juguetes</p>	<p>Melisa, Mateo, Jennifer, Camilo y Alex se aplicó todo el ejercicio Jennifer faltó a las terapias Y los padres aplicaron el ejercicio el 75%</p>
--	--	--	--	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> - Sostengo al niño en posición decúbito dorsal y lo levanto hasta que esté en posición sentado cerca de una superficie, como una mesa. 	<p>-Cuando el niño este acostado en su cama controle que: Los hombros y las caderas estén rectos. Las rodillas hacia fuera.</p>		<p>Melisa, Mateo, Alex, Juan, Camilo y Jennifer se aplicó el 90% del</p>
			<ul style="list-style-type: none"> - Realizo ejercicios de los: - hombros: Brazo hacia arriba y abajo, Brazo hacia atrás y adelante, rotación, Brazo hacia un lado y afuera 	<p>-Ofrezca al niño objetos de diferente forma y tamaño, para que los tome con sus manos, desde de frente, de lado, de arriba y de abajo.</p>		<p>ejercicio Y los padres aplicaron el 90% Melisa, Mateo, Alex,</p>

			<p>codos: enderezo y doblo</p> <p>antebrazos: volteo</p> <p>muñecas: hacia arriba y abajo, de lado a lado</p>	<p>Realice ejercicios de los:</p> <p>Hombros: Levantamos los brazos y bajos, luego los brazos hacia atrás y adelante, hacemos círculos suaves con los brazos, después los brazos hacia un lado y afuera (20 veces cada una, 3 veces al día).</p> <p>Codos: enderece y doble los codos (20 veces cada una, 3 veces al día).</p> <p>Antebrazos: voltéelo suavemente hasta donde pueda el niño (20 veces cada una, 3 veces al día).</p>	<p>Juan, Camilo y Jennifer se aplicó el 90% de los ejercicios Y los padres aplicaron el 90%</p>
--	--	--	--	---	---

				<p>Muñecas: mueva hacia arriba y abajo, de lado a lado (20 veces cada una, 3 veces al día).</p>	
--	--	--	--	--	--

L	Alex	Emitir sílabas onomatopéyicas	- Hablo al niño todo el tiempo.	Háblele al niño todo el tiempo y cuénteles las actividades que está realizando.	Almohadas	Se aplicó todas las actividades con los niños teniendo dificultad con Camilo por su deficiencia
E	Jennifer	cuando se le habla el 75% de las veces.	- Hago el juego de emisión de sílabas simples: papapapapa, mamamama, lalalala, etc., sonidos onomatopéyicos con sílabas simples: vavava, muuuuu, etc.	Repita: pa-pa-pa y ma-ma-ma frente al niño cuando esté jugando al niño		
N	Camilo	Pa-pa-pa-pa				
G	Juan	Ma-ma-ma-ma				
A		La-la-la-la-la-la-la				

	Mateo	Enumerar objetos del dibujo	<ul style="list-style-type: none"> - Cantar “la granja” - Observo varios animales y preguntamos al niño como dice cada uno de ellos. - cuento cuántos animales hay en la imagen - hago el sonido del animal y que el niño lo señale 	<ul style="list-style-type: none"> -Observe un cuántos donde hay varios animales y preguntamos al niño como dice cada uno de ellos. -cuento cuántos animales hay en la imagen -haga el sonido del animal y que el niño lo señale 	Cuento Animales	<p>auditiva</p> <p>Se aplicó el 100% del ejercicio</p> <p>Los padres el 80% del ejercicio</p>
--	-------	-----------------------------	---	---	-----------------	---

	Melissa	Estimular el reconocimiento de cinco palabras: mamá, papá, mano, pie y rodilla, sin equivocación por lo menos 3 veces seguidas.	<ul style="list-style-type: none"> - Comienzo cantando suavemente: “saco una manito” - Realizo movimientos corporales como aplaudir o levantar las manos, ayudando a que lo realice. - Le llamo por su nombre para atraer su atención jugando a las escondidas. - Doy órdenes sencillas empleando un tono de voz suave y cariños, 	<ul style="list-style-type: none"> -Comience cantando “tengo una manito” con ayuda física. -Vaya aplaudiendo, levantando las manos y el niño seguirá. -Con una manta tape la cara y jugará a las escondidas. -Con un tono cariñoso pida que le dé el pie o lo que se le pida. 	<p>Se aplicó en Melissa el 100% del ejercicio Los padres aplicaron el 100% de las actividades</p>
--	---------	---	---	---	---

			<p>ej.: (dame la mano), dame el pie y la rodilla.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estimulo que el niño ubique a los papás, mientras se esconde el rostro con diferentes objetos, repetir varias veces en el día - Juego delante de un espejo a hacer muecas para que haga lo mismo, para conseguir una buena articulación de las palabras. 	<p>-Con diferentes objetos juegue a las escondidas.</p> <p>-Juegue con el niño frente al espejo a hacer muecas.</p> <p>-Frente al espejo señalo la mano, el pie y la rodilla y establecer un contacto visual.</p>	
--	--	--	---	---	--

			<ul style="list-style-type: none"> - Frente al espejo señalo la mano, el pie y la rodilla y establezco un contacto visual. 			
--	--	--	---	--	--	--

M. F I N A	Jennifer Alex	Llevar las manos a la línea media para tomar objetos el 75% de las veces.	<ul style="list-style-type: none"> - Canto: “qué tienes en la mano” - Muevo la mano y la llevamos hasta la línea media. - Pinto las manos del niño para llamar su atención. 	-Colocamos los juguetes en el pecho del niño y llevamos las manos para que los alcance.	Pintura	Se aplicó a su totalidad las actividades con los niños
------------------------	----------------------	---	--	---	---------	--

			<ul style="list-style-type: none"> - Poco a poco le voy quitando la ayuda hasta que pueda llevar solo las manos a la línea media. 			Los padres aplicaron el 75%
--	--	--	--	--	--	-----------------------------

M. G R U E S A	Alex	Aprender a jugar con sus pies	<ul style="list-style-type: none"> - Acuesto al niño, sacamos medias y zapatos y llevamos sus pies al campo visual de él. - Pintamos los piecitos con colores que le llamen la atención al 	Presione los pies alternando como si fuera una bicicleta rítmicamente		Alex 100% Padres 100%
----------------------------------	------	-------------------------------	--	---	--	--------------------------------

			niño.			
	Melissa	Reforzar el arrastre hacia adelante	<ul style="list-style-type: none"> - Coloco las palmas de nuestras manos apoyadas en sus pies, extendemos y doblamos las piernas rítmicamente. - Presiono los pies en la planta alternando lo suficiente para que ejerza una fuerza para rechazar las manos. Derecho, izquierdo, derecho, izquierdo... como ir en bicicleta. 	-Coloque al niño boca arriba mientras nuestras manos apoyamos en sus pies y doblará rítmicamente y en forma alternada		<p>Melissa se aplicó el 100% de las actividades</p> <p>Los padres aplicaron el 100%</p>

			<ul style="list-style-type: none">- Pongo al niño boca arriba encima de las piernas, sujetándole las manos y tirando de ellas, acercarle hacia adelante poquito a poco hasta tenerlo en posición sentado.- Levanto las piernas. Esta posición en "V" es lo que fortalece sus abdominales.- Pongo el juguete preferido delante de él pero a una altura que le obligue a estirar un			
--	--	--	---	--	--	--

			<p>brazo mientras se apoya en el otro.</p> <p>- Cambio el objeto de posición para que estire y ejercite los dos bracitos alternando.</p>			
--	--	--	--	--	--	--

S E N S	TODOS	Conseguir un mejoramiento visual y auditivo indirecto	- Trabajo con cada una de las actividades anteriores utilizando sonidos, luces, etc.	-Cuenta historias al niño cuando trabaja. -converse de cada actividad que realiza con él.	Cuentos Música Juguetes Linterna	Los padres lo aplicaron el 80% de
------------------	-------	---	--	--	---	-----------------------------------

O R I A L			para llamar su atención sensorial	<p>-ponga música infantil al niño cuando esté jugando.</p> <p>-juegue con una linterna que el niño siga la luz en un cuarto medio oscuro</p> <p>- Muestre un juguete al niño con muchos colores</p> <p>Realice los ejercicios en un lugar claro.</p>		<p>las veces</p> <p>En terapia se aplicó todo el tiempo</p>
-----------------------	--	--	--------------------------------------	--	--	---

OBSERVACIÓN: La evaluación no es en base a los logros alcanzados por los niños sino por los ejercicios aplicados por las investigadoras.

2.2.2 PLANIFICACIÓN MENSUAL DICIEMBRE-ENERO

Fecha: 15 de diciembre al 15 de enero

Objetivo General: Control de una correcta posición de extremidades inferiores.

Área	Niño	Objetivo Especifico	Actividades	Tareas para los padres	Material	Resultados
C O N T R A C T U	Jennifer Alex Juan Camilo Melissa	Control de una correcta posición extremidades inferiores.	- Doy masajes con suavidad la espalda, cadera, muslos, piernas, pies describiendo pequeños círculos con la yema de los dedos.	-de masajes con suavidad la espalda de arriba hacia abajo y luego en círculos, lo mismo hacemos con la cadera, muslos, piernas, pies y dedos (3 veces al día toda la semana).	Colchoneta Pelota de estimulación Juguetes Almohadillas	Se logró el 100% con Mateo, Melisa, Camilo, Jennifer, Juan y Alex en la aplicación

R A S						de los ejercicios
			<ul style="list-style-type: none"> - Incentivo al niño a estirarse hacia adelante y hacia arriba las piernas. - Ubico al niño sobre una pelota de estimulación boca abajo y lo balanceamos hacia adelante y atrás de un lado al otro logrando que toque los pies en 	Ayude al niño a estirarse hacia adelante y hacia arriba las piernas (cuando el niño este jugando).		<p>Se logró el 75% con Alex, Jennifer y Juan en la aplicación de los ejercicios</p> <p>Se logró el 100% con Mateo, Melisa Y Camilo en la</p>

			el piso.			aplicación
			- Controlo que las caderas estén en ángulo recto en las posiciones de soporte del peso. Las rodillas hacia afuera. Las caderas y las rodillas rígidas, separadas y, si es posible, vueltas hacia afuera.	-Controle que las caderas estén en ángulo recto en las posiciones de soporte del peso. Las rodillas hacia afuera.		de los ejercicios Se logró el 75% con Alex, Jennifer y Juan en la aplicación de los ejercicios Se logró el 100% con Mateo, Melisa Y

						Camilo en la aplicación de los ejercicios
			- Ejercito la prensión dentro de todos los modelos correctores de las piernas (arriba, en direcciones diferentes, y en posiciones del cuerpo distintas).	-Ejercite las piernas en diferentes direcciones (arriba, abajo, a un lado y l otro) (20 veces 3 veces al día).		Se logró el 80% con Alex, Jennifer y Juan en la aplicación de los ejercicios Se logró el 100% con

						Mateo, Melisa Y Camilo en la aplicación de los ejercicios
			- Coloco al niño en decúbito ventral con las piernas semidobladas tomando en cuenta que la posición de las caderas sea la	-Coloque al niño boca abajo con las piernas semidobladas sin descuidarnos que la cadera esté recta.		Se logró el 90% con Alex, Jennifer y Juan en la aplicación de los ejercicios

			correcta o simétrica, las rodillas semiseparadas			Se logró el 100% con Mateo, Melisa y Camilo en la aplicación de ejercicios
--	--	--	--	--	--	--

M. G R U E S A	Alex Juan Jennifer	Levantar la cabeza en tracción cuando se le toma de las manos., el 75% de las veces.	<ul style="list-style-type: none"> - Tomo al niño de los hombros y lo levantamos para que levante la cabeza. - Poco a poco vamos quitando las ayudas - Tomo al niño de los codos y lo levantamos. - Luego le tomamos de las manos 	-Cuando levante al niño hágalo primero de los hombros para que levante la cabeza, después de los codos y luego de las manos (10 veces con cada miembro, todos los días)	Almohadas	Se logró 85% con todos los niños en la aplicación de los ejercicios
----------------------------------	----------------------------------	--	---	---	-----------	---

M. F I N A	Alex Juan Jennifer	Tomar objetos en forma de rastrillo el 75% de las veces	<ul style="list-style-type: none"> - Canto “tengo una manito” - Coloco objetos en la mano del niño para que los sostenga. - Pongo objetos cerca de las manos del niño para que lo intente tomar 	<ul style="list-style-type: none"> -Inicie la actividad cantando una canción -Coloque objetos en la mano del niño para que los sostenga. -ayude a sostener el sonajero o juguete -quite el apoyo físico como el niño lo vaya requiriendo -Ponga objetos cerca de las manos del niño para que lo intente tomar 	Juguetes Sonajero	Se logró el 90% con Juan y Alex El 75% con Jennifer en la aplicación de las actividades
------------------------	--------------------------	---	--	--	----------------------	---

C O G N I C I O N	Camilo	Colocar y quitar objetos de un recipiente	<ul style="list-style-type: none"> - Con el niño o niña sentada darle un juguete que juegue libremente - Presento un recipiente ancho y decir "mételo dentro", dirigiendo su mano para que lo ejecute. - Presento al niño o niña un juguete metido en un recipiente - Digo "sácalo", mientras dirigimos la mano hacia el juguete 	<p>Con el niño o niña sentada en su sillita dele un juguete, dejárselo unos segundos y después presentarle un recipiente ancho y decir "mételo dentro", dirigiendo su mano para que lo ejecute.</p> <p>El recipiente puede ser un bote de plástico, caja de zapatos o galletas, etc...</p> <p>-Dele una caja cerrada con una ranura (tipo hucha). Indicarle cómo debe meter fichas (círculos de cartón elaborados por el adulto cuyo</p>	<p>Recipientes</p> <p>Juguetes</p>	<p>Se logró el 75% en clase todas las actividades planteadas y los padres realizaron la actividades 100% planteadas</p>
---	--------	---	--	--	------------------------------------	---

			<p>para que realice la acción.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Muestro cómo sacar objetos de una caja dando la vuelta al recipiente. - Doy al niño o niña varias piezas de juego para que realice la acción - Disminuyo las ayudas como el niño va logrando realizar la acción 	<p>tamaño entre por la ranura o elementos similares de plástico). Procurar que la ranura sea ancha.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presente al niño o niña un juguete metido en un recipiente ancho y poco profundo. Decirle "sácalo", mientras dirigimos la mano hacia el juguete para que realice la acción. - Muestre cómo sacar objetos de una caja dando la vuelta al recipiente. 		
--	--	--	--	--	--	--

				<p>- De al niño o niña varias piezas de juego. El adulto cogerá una caja grande e irá pidiéndole que meta las piezas, una a una, en la caja. Después indicarle que las saque.</p> <p>- Pida al niño o niña que introduzca una pelotita de colores en un frasco transparente. Después de observarla unos segundos, le pedirá que la saque.</p>		
Jennifer Juan	Explorar las manos cuando está solo.		- Juego con las manos	-Juegue con las manos de la niña		Se logró el 100% de la

			<p>de la niña</p> <ul style="list-style-type: none"> - Canto “saco una manito” - Llevo las manos al campo visual de la niña - Canto los cerditos - Llevo las manos de la niña hacia su cara y dejo que las observe. 	<ul style="list-style-type: none"> -Cante “saco una manito” -Lleve las manos al campo visual de la niña -Cante los cerditos -Lleve las manos de la niña hacia su cara y dejo que las observe. 	Cuentos	<p>aplicación de todas las actividades</p>
Melissa	<p>Conseguir que se entretenga manipulando objetos de tamaño grande (uso de las dos manos) y pequeño</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Observo que juguete le llama más la atención - Juego con la niña y su 	<ul style="list-style-type: none"> -Observe qué juguete le llama más la atención -Juegue con la niña y su juguete 	Juguetes	<p>Se logró el 80% en la aplicación de las actividades</p>	

	(uso de los dos dedos en pinza digital).	<p>juguete</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuento una historia relacionada al juguete - Le entrego el juguete y observo lo que hace 	<p>-Cuento una historia relacionada al juguete</p> <p>-Entréguele el juguete y observo lo que hace</p>		
Mateo	Imitar un cuadrado	<ul style="list-style-type: none"> - Entrego al niño los materiales necesarios para garabatear o dibujar: papel, lápices de color, crayola etc. - Muestro un modelo de cuadrado 	<p>-Entregue al niño una hoja y crayones para que raye.</p> <p>-Muestre un modelo de cuadrado</p> <p>-Ayude al niño a moldear con plastilina un cuadrado</p> <p>-Ayude al niño a dibujar el cuadrado</p>	<p>Hojas</p> <p>Crayones</p> <p>plastilina</p>	<p>Se logró un 80% en la aplicación de todas las actividades</p>

			<ul style="list-style-type: none"> - Ayudo al niño a moldear con plastilina un cuadrado - Ayudo al niño a dibujar el cuadrado sosteniendo su mano y dirigiendo para realizar las líneas - Voy disminuyendo los apoyos hasta que lo logre solo 	-Vaya disminuyendo los apoyos hasta que lo logre solo		
--	--	--	--	---	--	--

S	TODOS	Conseguir un	- Trabajo con cada una	-Cuento historias al niño cuando	Linterna	Se trabajó
E		mejoramiento visual y	de las actividades	trabaja.	Cuentos	75% en

N S O R I A L		auditivo indirecto	anteriores utilizando sonidos, luces, etc. para llamar su atención sensorial	-converse de cada actividad que realiza con él. -ponga música infantil al niño cuando esté jugando. -juegue con una linterna que el niño siga la luz en un cuarto medio oscuro - Muestre un juguete al niño con muchos colores Realice los ejercicios en un lugar claro.	Música Juguetes	todas las actividades
---------------------------------	--	--------------------	---	--	--------------------	--------------------------

Observaciones: se ha trabajado todos los objetivos y además se ha reforzado los objetivos del mes anterior

2.2.3 PLANIFICACIÓN MENSUAL ENERO-FEBRERO

Fecha: 15 de enero al 15 de febrero.

Objetivo General: Mejorar y evitar contracturas

Área	Niños	Objetivo	Actividades	Tarea para los padres	Recursos	Evaluación
C O N T R	Melissa Juan Camilo	Mejorar y evitar contracturas en rodillas y pies	Realizo los siguientes ejercicios: CADERA: Doblo las rodillas y las subimos hasta la cintura y abrimos las piernas. RODILLA: Arriba-abajo varias veces.	Realice los siguientes ejercicios: CADERA: Acueste al niño en una alfombra doblamos las rodillas y las subimos hasta la cintura y abrimos las piernas. 20 veces. RODILLA: Mueva las piernas de arriba-abajo 20 veces en cada una.	Colchoneta	Se logró 75% en la aplicación de los ejercicios con todos los niños la

<p>A C T U R A S</p>			<p>TOBILLO: Hago rotación adentro- afuera</p> <p>Muevo el tobillo en círculos.</p> <p>PIE Y TOBILLO: hacia arriba y abajo para estirar una contractura del tobillo, jale el talón hacia abajo y a la vez empuje el pie hacia arriba. Jale más fuerte el talón que lo que empuje el pie de otro modo podría dislocar el pie hacia arriba en vez de estirar el tendón y los músculos del talón.</p>	<p>TOBILLO: mueva el tobillo en círculos de adentro hacia fuera. (30 veces al día todos los días).</p> <p>PIE Y TOBILLO: Tomo el pie del niño y muévalo de arriba hacia abajo para estirar una contractura del tobillo, jale suavemente el talón hacia abajo y a la vez empuje el pie hacia arriba con cuidado para no lastimarlo.</p> <p>Jale más fuerte el talón que lo que empuje el pie de otro modo podría dislocar el pie hacia arriba en vez de estirar el tendón y los músculos</p>		
--	--	--	---	---	--	--

			<p>DEDOS: Muevohacia arriba y abajo los dedos y después en forma circular.</p>	<p>(30 veces en cada pie todos los días.)</p> <p>DEDOS: Mueva los dedos de arriba hacia abajo (20 veces cada uno, 3 veces al día toda la semana).</p>		
Mateo	Control de una correcta posición de pie	<p>PIE Y TOBILLO: hacia arriba y abajo para estirar una contractura del tobillo, jale el talón hacia abajo y a la vez empuje el pie hacia arriba. Jale más fuerte el talón que lo que empuje el pie de otro modo podría dislocar el pie hacia arriba en vez de estirar el</p>	<p>PIE Y TOBILLO: tome el pie del niño y muévalo de arriba hacia abajo para estirar una contractura del tobillo, jale suavemente el talón hacia abajo y a la vez empuje el pie hacia arriba con cuidado para no lastimarlo.</p>		Colchoneta	

			tendón y los músculos del talón.	Jale más fuerte el talón que lo que empuje el pie de otro modo podría dislocar el pie hacia arriba en vez de estirar el tendón y los músculos (30 veces en cada pie todos los días.)		Se logró un 90% de las actividades en la terapia y un 80% con los padres
Melissa Alex Jennifer Camilo Juan	Mejorar y evitar contracturas en codo, muñeca.	Realizo ejercicios de los:	Hombros: Brazo hacia arriba y abajo, Brazo hacia atrás y adelante, rotación, Brazo hacia un lado y afuera Codos: Enderece y doble	Realice ejercicios de los: Hombros: Levante los brazos y bajos, luego los brazos hacia atrás y adelante, hacemos círculos suaves con los brazos, después los brazos hacia un lado y afuera (20 veces cada una, 3 veces al día).	colchonetas	Se aplicó el 100% de los ejercicios con todos los niños

			<p>varias veces.</p> <p>Antebrazos: Masajeo los músculos del antebrazo suavemente</p> <p>Muñecas: Muevo hacia arriba y abajo, de lado a lado. Masajeo la palma de la mano y estiro</p>	<p>Codos: Enderece y doble los codos (20 veces cada uno, 3 veces al día).</p> <p>Antebrazos: voltéelo suavemente hasta donde pueda el niño (20 veces cada uno, 3 veces al día).</p> <p>Muñecas: Muevo hacia arriba y abajo, de lado a lado (20 veces cada uno, 3 veces al día).</p>	
--	--	--	--	--	--

			debajo de los brazos y alzo para que se ponga en posición de gateo	que mueva las piernas.		
Mateo	Mejorar la marcha con apoyo	la con	<ul style="list-style-type: none"> - Subo escaleras: sujeto a la baranda y luego suelto. - Bajo escaleras: sujeto a la baranda y luego suelto. - Ande de puntillas. - Saltar con los dos pies, cayendo en el mismo lugar. - Camino sobre una línea recta 	<p>-Ayude a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Subir y bajar escaleras - Caminar de puntillas - Saltar con los dos pies - Caminar sobre una línea recta - Caminar sobre líneas curvas <p>3 veces al día 5 veces cada una</p>	Escaleras Tizas	Se logró 75% en la aplicación de los ejercicios en la terapia y 70% con los padres.

			<p>manteniendo el equilibrio: se puede pintar con tiza un camino</p> <ul style="list-style-type: none"> - Camino hacia atrás manteniendo el equilibrio. - Camino sobre un bordillo manteniendo el equilibrio. - Salto de baldosa en baldosa. - Camino por baldosas de dos colores (en damero) - 			
--	--	--	--	--	--	--

	Alex	Mantener sentado con apoyo, el mayor tiempo posible.	<ul style="list-style-type: none"> - Siento al niño en la colchoneta con módulos a su alrededor - Coloco juguetes para que se distraiga - Poco a poco voy quitando los apoyos hasta que el niño logre sentarse solo por un lapso pequeño de tiempo. 	<ul style="list-style-type: none"> -Siente al niño en una alfombra con almohadas a su alrededor -Coloque juguetes para que se distraiga -Poco a poco quite los apoyos hasta que el niño logre sentarse solo por un lapso pequeño de tiempo. 	Colchonetas Módulos Alfombra Almohadas Juguetes	Se logró el 90% en la aplicación de los ejercicios en las terapias y un 90% en la casa
--	------	--	--	--	---	--

			<p>cara con el dedo índice frente al espejo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pinto el dedo índice y coloca en una hoja. 			
Juan	Apretar el dedo índice del examinador al contacto.	<ul style="list-style-type: none"> - Juego con las manos del niño - Sostengo la mano del niño colocando el dedo índice en la palma de la mano - Poco a poco quitar el apoyo hasta que el niño coja el dedo del examinador por si solo 	<ul style="list-style-type: none"> -Juegue con las manos del niño -Sostenga la mano del niño colocando el dedo índice en la palma de la mano -Poco a poco quitar el apoyo hasta que el niño coja el dedo del examinador por si solo.(realice esta actividad en el momento del aseo) 			Se logró el 100% en la aplicación de los ejercicios en las terapias y con los padres

L E N G U A J E	Jennifer	Estimular las repeticiones rítmicas frecuentes	<ul style="list-style-type: none"> - Canto: “tengo una mano” - Juego con la pandereta. - Realizo dos golpes con la pandereta - Con ayuda hago que niño repita. - Repito varias veces 	<ul style="list-style-type: none"> -Cante una canción que le guste a la niña -Juegue con una pandereta. - Realizo dos golpes con la pandereta -Ayude a que la niña repita los golpes en la pandereta. -Repita 10 veces todos los días 	Pandereta	Se logró en las terapias un 90% y con los padres un 40% en la aplicación de los actividades
--------------------------------------	----------	--	---	--	-----------	---

C O G N	Mateo	Construye una escalera con 10 cubos (con modelo)	<ul style="list-style-type: none"> - Muestro al niño los cubos y dejo que juegue libremente - Realizo una torre de 5 	-Juegue con el niño libremente con cubos de plástico grandes	Cubos de madera y de plástico	Se logró 80% en la aplicación de los ejercicios
------------------	-------	--	--	--	-------------------------------	---

I C I O N			<p>cubos y hago que el niño repita</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizo una escalera de 3 cubos formando un tren y hago que el niño repita - Realizo una escalera de 6 cubos y pido que imite - Realizo una escalera de 10 cubos y ayudo a que el niño lo haga - Voy retirando el apoyo físico hasta que el niño lo logre. 			y los padres 70%
	Camilo	Reconocer dos	- Hago que explore a	.-Cuando el niño toque o tome un	Algodón	Se logró un

		texturas (blando y duro)	<p>través del tacto su cara y sienta las distintas partes</p> <p>- Hago que Sienta distintas “vibraciones” a través de un cepillo eléctrico. Siente las vibraciones en cara, brazos y otras partes del cuerpo.</p> <p>- Con diferentes materiales (algodón, seda, madera, piedra.), pasamos los materiales</p>	<p>juguete dígame si es blando o duro</p> <p>-pase algodón por las manos y especifique que es suave</p> <p>-pase por las manos del niño una piedra y especifique que es duro. (cada vez que el niño tome un juguete)</p>	<p>Seda</p> <p>Madera</p> <p>piedra</p>	<p>90% en la aplicación de los ejercicios en las terapias y un 80% con los padres</p>
--	--	--------------------------	--	--	---	---

			<p>por las manos y su cara para que sienta y a la vez le digo si es blando o duro.</p>			
--	--	--	--	--	--	--

S E N S O R I A L	TODOS	Conseguir un mejoramiento visual y auditivo indirecto	<ul style="list-style-type: none"> - Trabajo con cada una de las actividades anteriores utilizando sonidos , luces, etc para llamar su atención sensorial 	<ul style="list-style-type: none"> -Cuenta historias al niño cuando trabaja. -converse de cada actividad que realiza con él. -ponga música infantil al niño cuando esté jugando. -juegue con una linterna para que el niño siga la luz en un cuarto medio oscuro - Muestre un juguete al niño con 	<ul style="list-style-type: none"> Linterna Cuentos Música Juguetes 	<p>Se aplicó en todos los niños las actividades presentand o dificultad en Camilo</p>
---	-------	---	--	--	---	---

				<p>muchos colores</p> <p>Realice los ejercicios en un lugar claro.</p>		<p>por su</p> <p>deficiencia</p> <p>auditiva y</p> <p>visual</p>
--	--	--	--	--	--	--

Observaciones: se ha trabajado todos los objetivos y además se ha reforzado los objetivos de los meses anteriores

CONCLUSIONES II

En el segundo capítulo presentamos los programas de cada niño que consta de las siguientes partes: Informe de la evaluación inicial, el programa de trabajo y las planificaciones de cada mes.

Con las evaluaciones iniciales correspondientes hemos tenido la oportunidad de conocer cuáles son las habilidades y limitaciones de cada niño.

Los objetivos planteados fueron analizados minuciosamente por las tesis para las distintas necesidades de cada niño y las actividades propuestas fueron las adecuadas en su forma sencilla para una correcta ejecución por parte de los padres de familia.

En las planificaciones en el área de contracturas se proporcionó a los padres distintas alternativas como: masajes, posturas corporales, ejercicios en el lado afectado, complementando el trabajo de contracturas se planteó y aplicó objetivos y actividades en las diferentes áreas de desarrollo que ayudaron a mejorar la calidad de trabajo y el desarrollo integral de los niños y sus familiares. En cada planificación se evidencia los logros alcanzados cada mes por cada niño.

A los padres se les enseñó cada actividad para que puedan realizarlo en casa durante toda la semana indicando la frecuencia con la que se deben realizar y el número de veces de cada ejercicio. Gracias al trabajo conjunto de terapeutas, padres y estudiantes los niños logran mejorar en todas las áreas.

INTRODUCCIÓN

CAPITULO III

En este capítulo se demuestra los resultados obtenidos durante el proceso de aplicación de los programas por cada niño. Las evaluaciones realizadas fueron aplicadas tanto a los niños como a padres, terapistas e investigadoras.

La modalidad que se utiliza para verificar los resultados será por medio de encuestas a los padres y terapistas y la evaluación constante y directa a los niños. La encuesta consta de 6 preguntas adaptadas para los padres para mejorar el conocimiento de contracturas y la aplicación de los ejercicios en casa. La encuesta realizada a los terapistas fue similar a la de los padres con la diferencia de las terapias realizadas en el instituto.

Después de recopilar toda la información se procede a realizar un informe del estado del niño anexado un cuadro con los resultados de cada uno de los participantes del programa y luego un cuadro estadístico para verificar las mejoras, mantenimiento o retroceso de los niños.

3. RESULTADOS INDIVIDUALES

3.1 EVALUACION FINAL N°1

DATOS

NOMBRE: Melissa

FECHA DE NACIMIENTO: 19 de febrero de 2006

EDAD: 5 años

DIAGNOSTICO: PCI, microcefalia y deficiencia intelectual

Fecha de evaluación: 01 de marzo de 2012

Melissa después del trabajo realizado durante tres meses se pudo determinar que en las actividades de contracturas en las muñecas presenta un avance de muñeca izquierda 10° y derecha 5°, en rodillas derecha 10° e izquierda se mantiene y pies se logró en el derecho 5° y el izquierdo se mantiene; también, se demuestra que en el área que en el de motricidad

gruesa avanza 20%. En el área de lenguaje 30%. En el área de motricidad fina 40%. En socialización 80%, en cognición 55%, autoayuda 40% y sensorial 55%.

La colaboración de los papás fue indispensable para el mejoramiento del desarrollo integral del niño, la ayuda dada por la estimuladora temprana y la terapeuta física fue de mucha importancia para la calidad de trabajo realizada a los niños.

La evaluación final con el flexiquín se determina pequeños cambios.

Se recomienda continuar con el trabajo para no retroceder en los avances adquiridos.

Responsables: Catalina Solano y Bernarda Castro

3.1.1 EVALUACIÓN GENERAL FINAL

Analizaremos el trabajo realizado al principio y al final de del programa aplicado:

3.1.1.1 Evaluación de contracturas y de desarrollo por parte de las Investigadoras

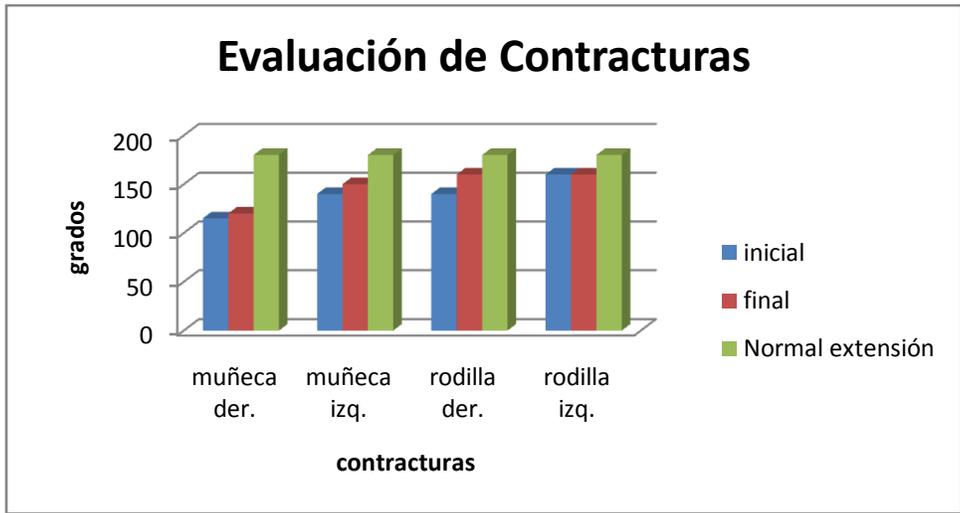
CUADRO #1

Evaluación de contracturas

Áreas	Evaluación Inicial	Evaluación Final
contracturas	<p>Flexiquín: presenta una incorrecta posición de las muñecas, en rodillas y pies (total).</p> <p>Por grados: La posición normal de la mano es de 180° y Melissa tiene: Manos: izq. 140° hacia abajo Der. 115° hacia abajo</p> <p>Posición normal de la rodilla en extensión es 180° rodillas: der:140° en extensión izq.160° en extensión</p> <p>posición normal del pie es de 90°, en abducción y aducción 0°</p>	<p>Flexiquín: Presenta una incorrecta posición de las muñecas, en rodillas y pies (parcial).</p> <p>Por grados: Manos: izq. 150° Der. 120°. hacia abajo</p> <p>rodillas: der:160° en extensión izq. 160° en extensión</p>

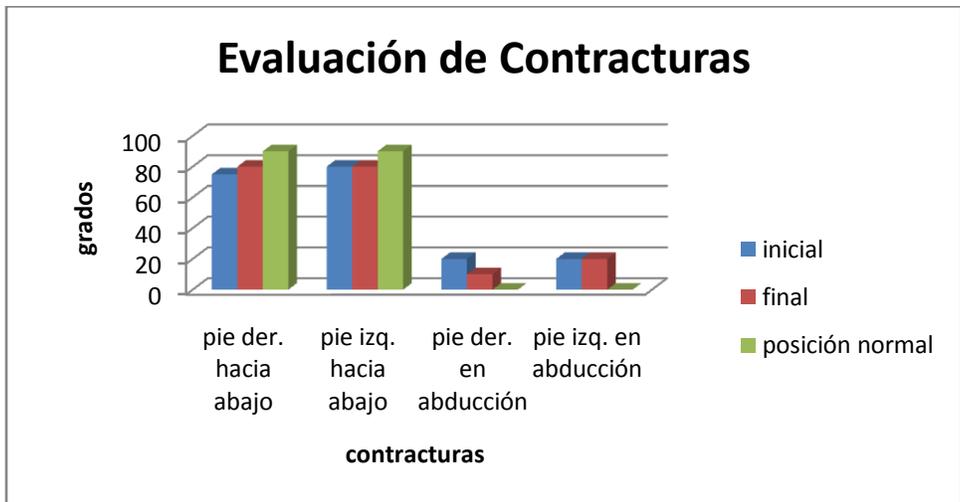
	a 25° Pie: Der. 20° abducción Izq. 20° en abducción Der. 75° hacia arriba Izq. 80° hacia arriba	Pie: der. 10° Izq. 20° abducción De lado: Der. 80° hacia arriba Izq. 80° hacia arriba
--	---	--

GRAFICO # 1



El gráfico demuestra los resultados de corrección de la contractura de la rodilla derecha en 20° y la izquierda se mantiene. La muñeca derecha 5° y en la izquierda 10°

GRÁFICO #2



Las contracturas de los pies demuestran una corrección del pie derecho en abducción de 10° y pie derecho hacia debajo de 5°, mientras que en el pie izquierdo se mantiene.

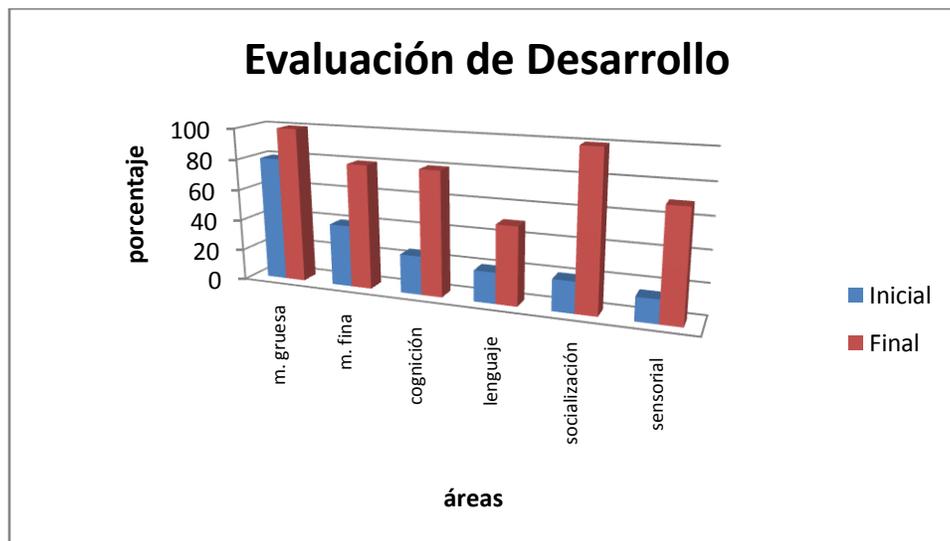
CUADRO #2

Evaluación de desarrollo

Con Melissa se planteó un solo objetivo por área por esa razón se logran avances a diferencia que en la evaluación que tenía 5 objetivos por área

Áreas	Evaluación Inicial	Evaluación Final
Motricidad gruesa	Del objetivo: se arrastra hacia adelante y gatea con apoyo cumple el 80%	De dos objetivos planteado se logró un avance del 100%
Motricidad fina	Del objetivo: toma objetos con el dedo índice y pulgar cumple 40%	Del objetivo planteado se logró un avance del 80%
Cognición	Del objetivo: Se entretiene manipulando objetos grandes y pequeños cumple 25%	Del objetivo planteado se logró un avance del 80%
Lenguaje	Del objetivo: reconoce cinco palabras cumple 20%	Del objetivo planteado se logró un avance del 50%
Socialización	Del objetivo: colabora y socializa en las terapias cumple 20%	El niño logró colaborar en las terapias 100%
Sensorial	Se trabaja de forma indirecta: desarrollo de los diferentes sentidos 15%	Se logró avances de un 70%

GRAFICO #2



La evaluación final demostró que en las áreas de motricidad gruesa avanzó 20%, lenguaje avanzó 30%, motricidad fina 40%, cognición y sensorial 55% y socialización 80%.

3.1.1.3 Evaluación a Padres

La evaluación de los padres consiste en la colaboración y los ejercicios que aplicaron a sus hijos.

CUADRO #3

Áreas	Evaluación Inicial	Evaluación Final
contracturas	Tenían muy poco conocimiento 10%	Se ha logrado que los padres realicen las actividades planteadas en 100%
Motricidad gruesa	Solo trabajaban los terapistas	Se ha logrado que los padres realicen las actividades planteadas en 100%
Motricidad fina	Solo trabajaban los terapistas	Se ha logrado que los padres realicen las actividades planteadas en 90%
Cognición	Solo trabajaban los terapistas	Se ha logrado que los padres realicen las actividades planteadas en 90%
lenguaje	Solo trabajaban los terapistas	Se ha logrado que los padres realicen las actividades planteadas en 70%
Socialización	Solo trabajaban los terapistas	Se ha logrado que los padres realicen las actividades planteadas en 90%
Auto ayuda	Solo trabajaban los terapistas	Se ha logrado que los padres realicen las actividades planteadas en 90%
Sensorial	Solo trabajaban los terapistas	Se ha logrado que los padres realicen las actividades planteadas en 100%

GRÁFICO #3



Este gráfico demuestra el desempeño de los padres para ayudar a sus hijos de aproximadamente el 10% al inicio a un 90% al final.

3.2 EVALUACION FINAL N°2

DATOS

NOMBRE: Juan

FECHA DE NACIMIENTO: 22 de agosto de 2008

EDAD: 3 años

Fecha de evaluación: 28 de febrero de 2012

Después del trabajo realizado durante tres meses se ha logrado un avance en corrección de contracturas de 15° y del pie 5°. La evaluación de desarrollo demuestra que, en el área de cognición avanza 25%, en el área de lenguaje 15%, en el área de motricidad fina 25%, en motricidad gruesa 15%.

La colaboración de los papás fue indispensable para el mejoramiento del desarrollo integral del niño, la ayuda dada por la estimuladora temprana y la terapeuta física fue de mucha importancia para la calidad de trabajo realizada a los niños.

Se recomienda continuar con el trabajo para no retroceder en los avances adquiridos.

Responsables: Catalina Solano y Bernarda Castro

3.2.1 EVALUACIÓN GENERAL FINAL

Analizaremos el trabajo realizado al principio y al final de del programa aplicado:

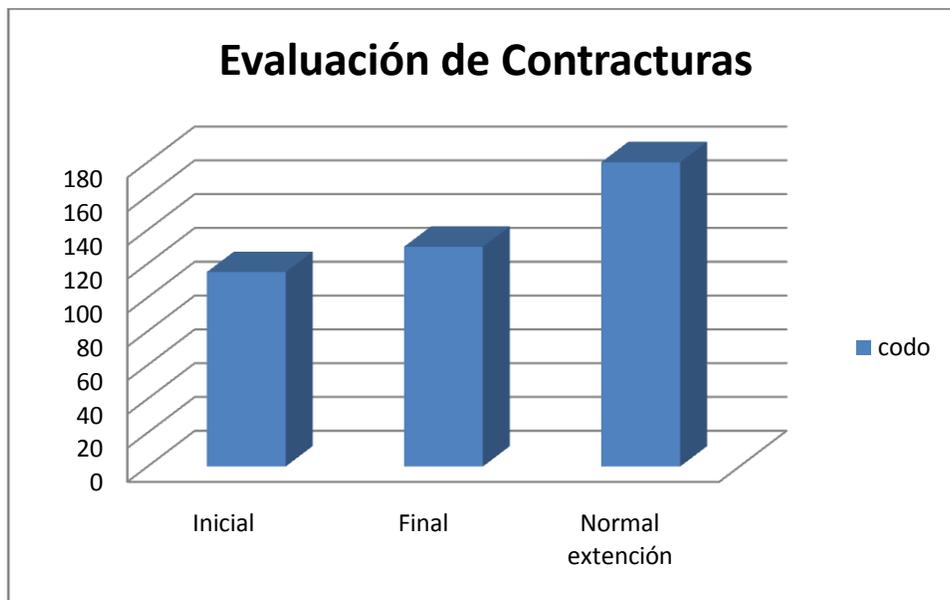
4.4.1.1 Evaluación de contracturas y de desarrollo por parte de las Investigadoras.

CUADRO #1

Evaluación de contracturas

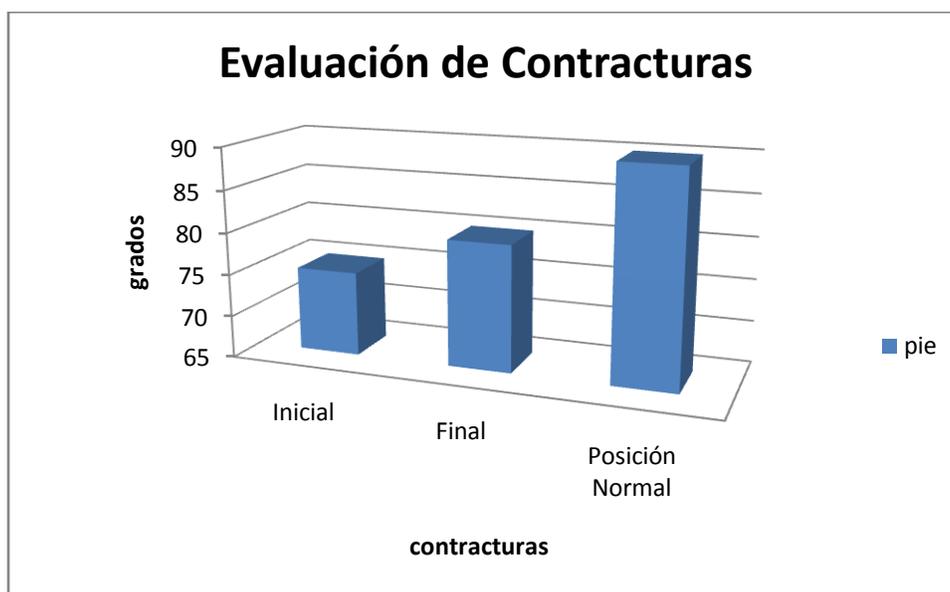
Áreas	Evaluación Inicial	Evaluación Final
contracturas	Flexiquín: presenta una postura incorrecta total de la cabeza al sentarse. Por grados: Posición normal del codo 180° Codos: Der. 115° Posición normal del pie 90° Pie: Der. 75°	Flexiquín: Presenta una postura incorrecta parcial de la cabeza al sentarse. Por grados: Codos: Der. 130° Pie: Der. 80°

GRÁFICO# 1



El gráfico demuestra la evaluación inicial de la contractura del codo 115° y la evaluación final de 130° acercándose a lo normal que es 180°

GRÁFICO 2



El gráfico demuestra la evaluación inicial del pie 75° y la evaluación final de 80° acercándose a la posición normal de 90°

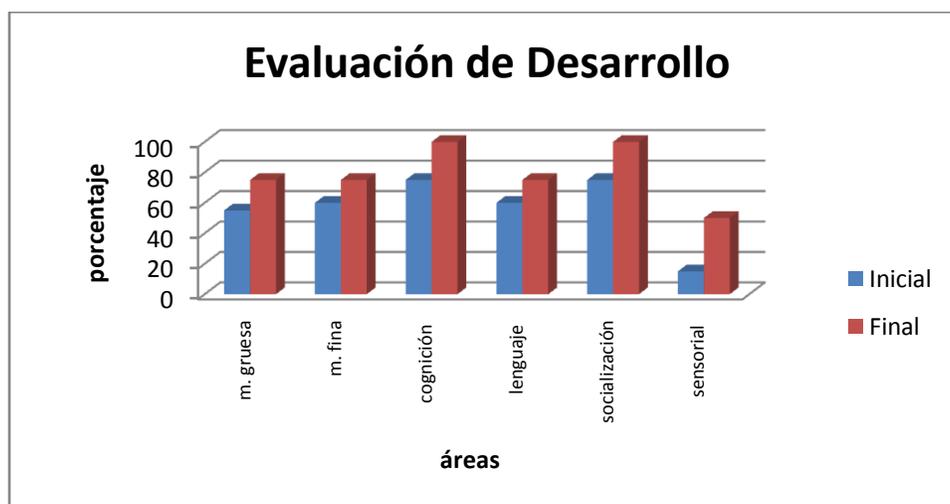
CUADRO #2

Evaluación de desarrollo

Con todos los niños se planteó un solo objetivo por área por esa razón se logran avances a diferencia que en la evaluación que tenía 5 objetivos por área

Áreas	Evaluación Inicial	Evaluación Final
Motricidad gruesa	Del objetivo: levantar la cabeza en tracción cuando se le toma de las manos 60%	Del objetivo planteado se logró un avance del 75%
Motricidad fina	Del objetivo: toma objetos en forma de rastrillo 50%	De un objetivo planteado se logró un avance del 75%
Cognición	Del objetivo: explora las manos cuando esta solo 75%	De un objetivo planteado se logró un avance del 100%
lenguaje	Del objetivo: emite sílabas onomatopéyicas cuando se le habla 60%	De un objetivo planteado se logró un avance del 75%
Socialización	Del objetivo: colabora en las terapias 75%	El niño logró colaborar en las terapias 100%
Sensorial	Se trabaja de forma indirecta: desarrollo de los diferentes sentidos 15%	se logró avances de un 50%

GRÁFICO #3



Este gráfico nos da a conocer el avance del niño al culminar el programa en lenguaje, motricidad gruesa de 15%, motricidad fina cognición y socialización 25% y el área sensorial 35%.

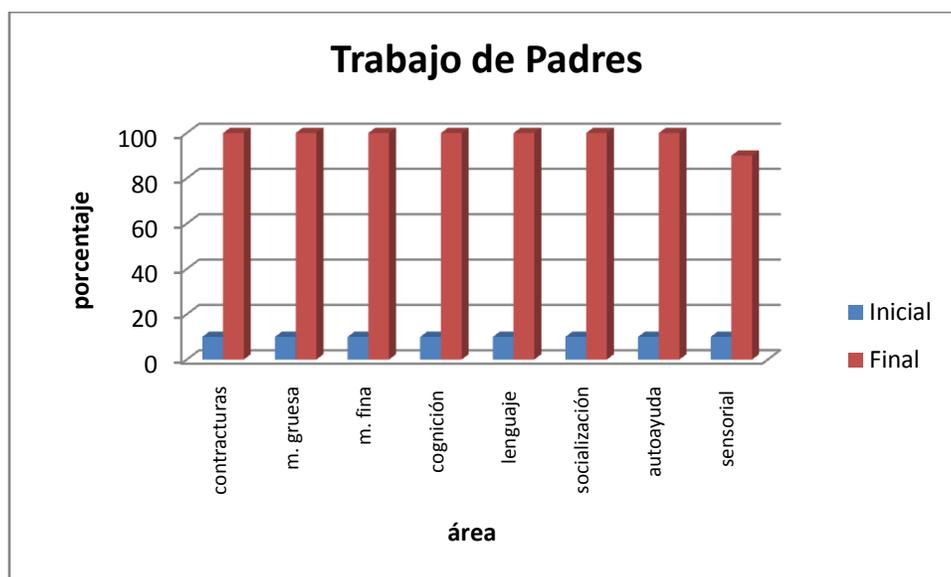
3.2.1.2 Evaluación a Padres

En la evaluación a padres se tomó en cuenta la colaboración y la aplicación de los ejercicios por parte de los mismos.

CUADRO #3

Áreas	Evaluación Inicial	Evaluación Final
contracturas	No tenían conocimiento	Se ha logrado que los padres realicen las actividades planteadas en 75%
Motricidad gruesa	Solo trabajaban los terapistas	Se ha logrado que los padres realicen las actividades planteadas en 75%
Motricidad fina	Solo trabajaban los terapistas	Se ha logrado que los padres realicen las actividades planteadas en 75%
Cognición	Solo trabajaban los terapistas	Se ha logrado que los padres realicen las actividades planteadas en 75%
lenguaje	Solo trabajaban los terapistas	Se ha logrado que los padres realicen las actividades planteadas en 75%
Socialización	Solo trabajaban los terapistas	Se ha logrado que los padres realicen las actividades planteadas en 80%
Auto ayuda	Solo trabajaban los terapistas	Se ha logrado que los padres realicen las actividades planteadas en 80%
Sensorial	Solo trabajaban los terapistas	Se ha logrado que los padres realicen las actividades planteadas en 90%

GRÁFICO #4



Este gráfico demuestra el desempeño de los padres para ayudar a sus hijos de aproximadamente el 10% al inicio a un 100% al final.

3.3 EVALUACION FINAL N°3

DATOS

NOMBRE: Alex

FECHA DE NACIMIENTO: 27 de febrero de 2008

EDAD: 5 años

DIAGNÓSTICO: PCI por sufrimiento fetal

Fecha de evaluación: 28 de febrero de 2012

Después del trabajo realizado durante tres meses se ha logrado un avance de contracturas se logró muñeca 5°. La evaluación de desarrollo demuestra que, en el área de cognición 35%, en el área de lenguaje 40%, en el área de motricidad fina 42%, en socialización 17%, en motricidad gruesa 25% y sensorial 35%.

La colaboración de los papás fue indispensable para el mejoramiento del desarrollo integral del niño, la ayuda dada por la estimuladora temprana y la terapeuta física fue de mucha importancia para la calidad de trabajo realizada a los niños.

La evaluación final con el flexiquín y los grados de contracturas se ha dado un mejoramiento notable.

Se recomienda continuar con el trabajo para no retroceder en los avances adquiridos

Responsables: Catalina Solano y Bernarda Castro

3.3.1 EVALUACIÓN GENERAL FINAL

Analizaremos el trabajo realizado al principio y al final de del programa aplicado:

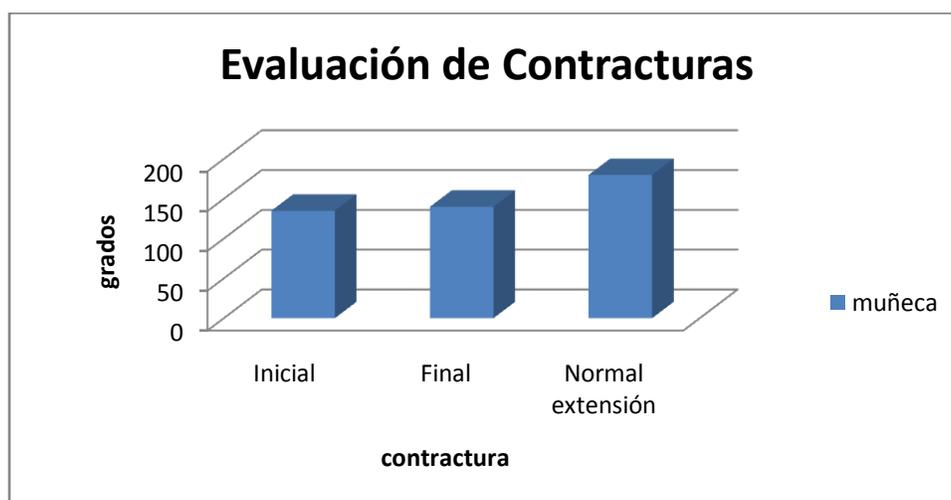
3.3.1.1 Evaluación de contracturas y de desarrollo por parte de las Investigadoras

CUADRO #1

Evaluación de contracturas

Áreas	Evaluación Inicial	Evaluación Final
contracturas	Flexiquín: presenta una postura incorrecta total de la cabeza al sentarse, los brazos semidoblados. Por grados: la posición normal de la muñeca es de 180° Muñeca: izq. 130° hacia abajo	Flexiquín: Presenta una postura incorrecta parcial de la cabeza al sentarse, los brazos semidoblados y las manos hacia adentro. Por grados: Muñeca: izq. 135° hacia abajo

GRÁFICO #1



El gráfico muestra pequeños avances en el niño en la contractura evaluada, alrededor de 5°.

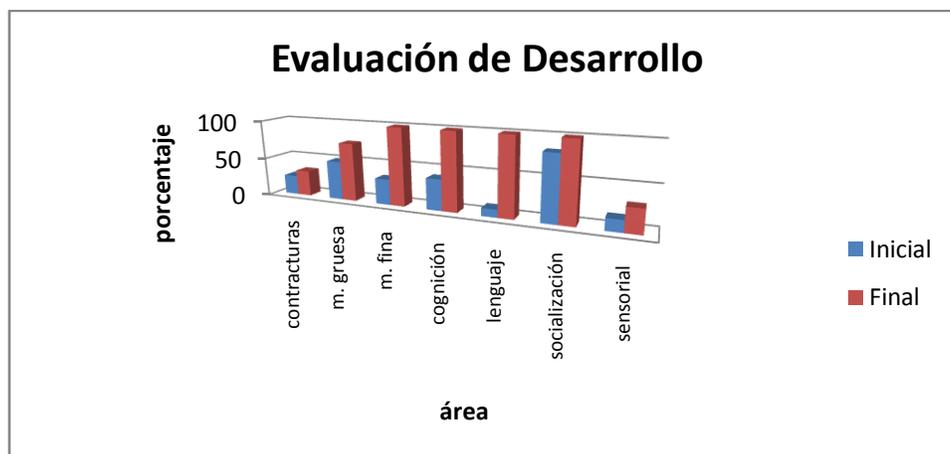
CUADRO #2

Evaluación de desarrollo

Con todos los niños se planteó un solo objetivo por área por esa razón se logran avances a diferencia que en la evaluación que tenía 5 objetivos por área

Áreas	Evaluación Inicial	Evaluación Final
Motricidad gruesa	Del objetivo: levanta la cabeza en tracción cuando se le toma de las manos y se mantiene sentado con apoyo , el mayor tiempo posible 50%	De los objetivos planteados se logró un avance del 75%
Motricidad fina	Del objetivo: toma objetos en forma de rastrillo 33%	Del objetivo planteado se logró un avance del 75%
Cognición	De los objetivos: reacciona al sonajero que toca la mano y aprende a jugar con los pies 40%	De los objetivos planteados se logró un avance del 75%
Lenguaje	Del objetivo: emite sílabas onomatopéyicas cuando se le habla 10%	Del objetivo planteado se logró un avance del 50%
Socialización	Del objetivo: colabora en las terapias 83%	El niño logró colaborar en las terapias 100%
Sensorial	Se trabaja de forma indirecta: desarrolla los diferentes sentidos 15%	Se trabaja de forma indirecta 50%

GRÁFICO #2



Este gráfico que los logros alcanzados en las diferentes áreas son en socialización 17%, motricidad gruesa 25%, cognición, motricidad fina y sensorial 35%, lenguaje 40%.

3.3.1.2 Evaluación a Padres

La evaluación de los padres consiste en la aplicación de los ejercicios y la colaboración de los mismos.

CUADRO #3

Áreas	Evaluación Inicial	Evaluación Final
contracturas	No tenían conocimiento	Se ha logrado que los padres realicen las actividades planteadas en 100%
Motricidad gruesa	Solo trabajaban los terapeutas	Se ha logrado que los padres realicen las actividades planteadas en 100%
Motricidad fina	Solo trabajaban los terapeutas	Se ha logrado que los padres realicen las actividades planteadas en 75%
Cognición	Solo trabajaban los terapeutas	Se ha logrado que los padres realicen las actividades planteadas en 90%
Lenguaje	Solo trabajaban los terapeutas	Se ha logrado que los padres realicen las actividades planteadas en 80%
Socialización	Solo trabajaban los terapeutas	Se ha logrado que los padres realicen las actividades planteadas en 100%
Auto ayuda	Solo trabajaban los terapeutas	Se ha logrado que los padres realicen las actividades planteadas en 80%
Sensorial	Solo trabajaban los terapeutas	Se ha logrado que los padres realicen las actividades planteadas en 90%

GRÁFICO #3



Este gráfico demuestra el desempeño de los padres para ayudar a sus hijos de aproximadamente el 10% al inicio a un 85% al final.

3.4 EVALUACION FINAL N°4

DATOS

NOMBRE: Mateo

FECHA DE NACIMIENTO: 11 de Noviembre de 2006

EDAD: 4 años

DIAGNÓSTICO: PCI hipotónica genética

Fecha de evaluación: 28 de febrero de 2012

Mateo después del trabajo realizado durante tres meses se ha logrado un avance notable en todas las áreas principalmente en las áreas de motricidad fina y lenguaje. En el área de motricidad gruesa 35%. En el área de lenguaje 20% de las veces. En el área de motricidad fina 10%. En socialización 40%. En cognición 30%. Y en sensorial 20%.

La colaboración de los papás fue indispensable para el mejoramiento del desarrollo integral del niño, la ayuda dada por loa estimuladora temprana y la terapeuta física fue de mucha importancia para la calidad de trabajo realizada a los niños.

La evaluación final con el flexiquín ha mejorado la posición 70%.

Se recomienda continuar con el trabajo para no retroceder en los avances adquiridos.

Responsables: Catalina Solano y Bernarda Castro..

3.4.1 EVALUACIÓN GENERAL FINAL

3.4.1.1 Evaluación de contracturas y de desarrollo de las investigadoras.

CUADRO #1

Evaluación de contracturas

Áreas	Evaluación Inicial	Evaluación Final
contracturas	Flexiquín: presenta una Incorrecta postura de pie. Por grados: No presenta contracturas	Flexiquín: Presenta una postura incorrecta parcial de pie Por grados: No presenta contracturas

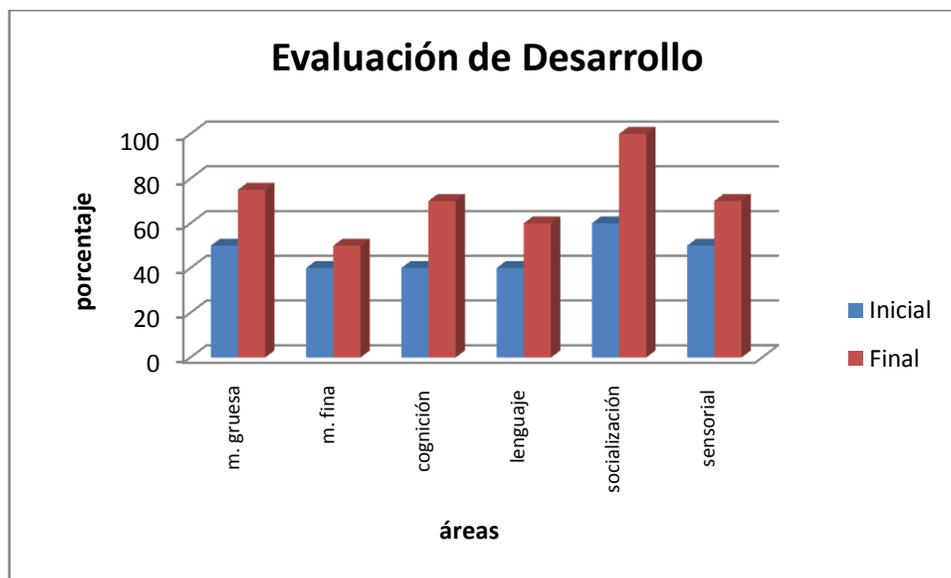
CUADRO #2

Evaluación de desarrollo

Con todos los niños se planteó un solo objetivo por área por esa razón se logran avances a diferencia que en la evaluación que tenía 5 objetivos por área.

Áreas	Evaluación Inicial	Evaluación Final
Motricidad gruesa	Del objetivo: Marcha con apoyo 40%	Del objetivo planteado se logró un avance del 75%
Motricidad fina	Del objetivo: imita un cuadrado 40%	Del objetivo planteado se logró un avance del 60%
Cognición	Del objetivo: construye una torre de 10 cubos 40%	Del objetivo planteado se logró un avance del 70%
lenguaje	Del objetivo: enumera objetos de un dibujo 40%	Del objetivo planteado se logró un avance del 60%
Socialización	Del objetivo: colabora en las terapias 60%	El niño logró colaborar en las terapias 100%
Sensorial	Se trabaja de forma indirecta: desarrollo de los sentidos 50%	No se logró avances por la dificultad auditiva y visual que presenta el niño 70%

GRÁFICO #1



Este cuadro refleja los avances del niño en todas las áreas: motricidad fina 20%, lenguaje y sensorial 20%, cognición 30%, motricidad gruesa 35% y socialización 40%.

3.4.1.2 Evaluación a Padres

La evaluación de los padres consiste en la colaboración y aplicación de los ejercicios por parte de los mismos.

CUADRO #3

Áreas	Evaluación Inicial	Evaluación Final
contracturas	No tenían conocimiento 10%	Se ha logrado que los padres realicen las actividades planteadas en 100%
Motricidad gruesa	Solo trabajaban los terapistas 10%	Se ha logrado que los padres realicen las actividades planteadas en 90%
Motricidad fina	Solo trabajaban los terapistas 10%	Se ha logrado que los padres realicen las actividades planteadas en 90%
Cognición	Solo trabajaban los terapistas 10%	Se ha logrado que los padres realicen las actividades planteadas en 90%
lenguaje	Solo trabajaban los terapistas 10%	Se ha logrado que los padres realicen las actividades planteadas en 90%
Socialización	Solo trabajaban los terapistas 10%	Se ha logrado que los padres realicen las actividades planteadas en 90%
Auto ayuda	Solo trabajaban los terapistas 10%	Se ha logrado que los padres realicen las actividades planteadas en 90%
Sensorial	Solo trabajaban los terapistas 10%	Se ha logrado que los padres realicen las actividades planteadas en 90%

GRÁFICO #3



Este gráfico demuestra el desempeño de los padres para ayudar a sus hijos de aproximadamente el 10% al inicio a un 90% al final.

3.5 EVALUACION FINAL N°5

DATOS

NOMBRE: Jennifer

FECHA DE NACIMIENTO: 23 de Agosto de 2006

EDAD: 5 años

DIAGNOSTICO: PCI espástico y deficiencia cognitiva

Fecha de evaluación: 28 de febrero de 2012

Después del trabajo realizado durante tres meses se ha logrado un avance en corrección de contracturas de codos 5° y muñeca 5°. La evaluación de desarrollo demuestra que, en el área de cognición 75%, en el área de lenguaje 10%, en el área de motricidad fina 20%, en motricidad gruesa 35% y el área sensorial 35%.

La colaboración de los papás fue indispensable para el mejoramiento del desarrollo integral del niño, la ayuda dada por la estimuladora temprana y la terapeuta física fue de mucha importancia para la calidad de trabajo realizada a los niños.

La evaluación final con el flexiquín y los grados de contracturas se ha dado un mejoramiento notable.

Se recomienda continuar con el trabajo para no retroceder en los avances adquiridos.

Responsables: Catalina Solano y Bernarda Castro.

3.5.1 EVALUACIÓN GENERAL FINAL

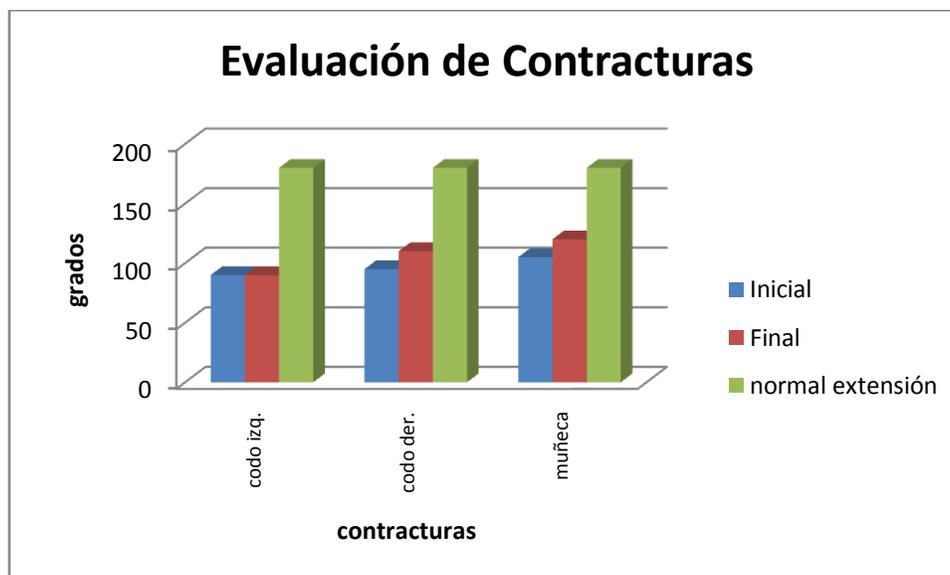
3.1.5.1 Evaluación de contracturas y desarrollo por parte de las investigadoras.

CUADRO #1

Evaluación de contracturas

Áreas	Evaluación Inicial	Evaluación Final
contracturas	<p>Flexiquín: presenta una postura incorrecta total en los brazos y manos y rodillas</p> <p>Por grados: posición normal del codo y muñeca en extensión es 180°</p> <p>Codos: izq. 90° en extensión Der. 95°</p> <p>Muñeca: izq. 105° Cadera: 130°</p>	<p>Flexiquín: Presenta una postura incorrecta total en los brazos y manos y rodillas.</p> <p>Por grados:</p> <p>Codos: izq. 90° en extensión Der. 100°</p> <p>Muñeca: izq. 120°</p>

GRÁFICO #1



Los resultados reflejan que en el codo derecho avanzó 5° y en la muñeca 5°, mientras que lo demás se mantiene.

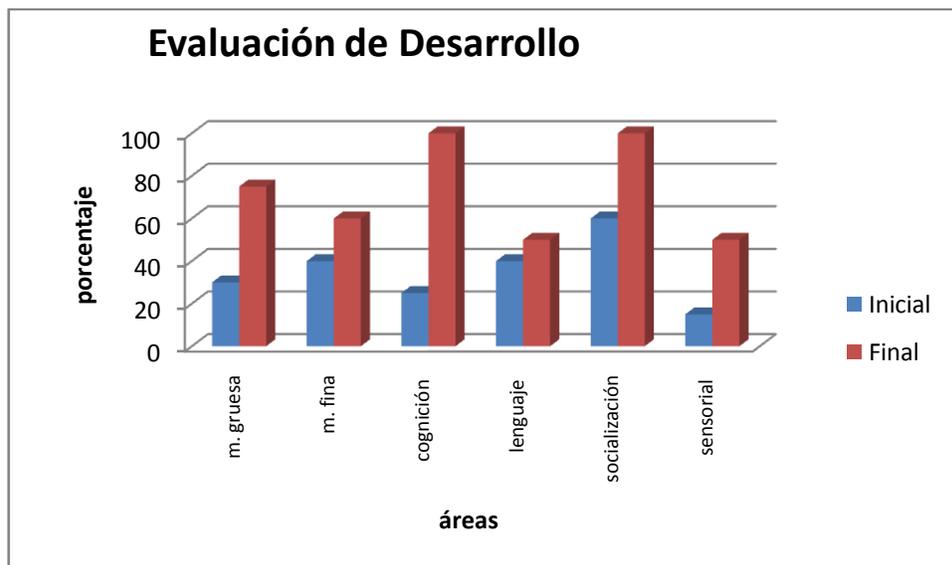
CUADRO #2

Evaluación de desarrollo

Con todos los niños se planteó un solo objetivo por área por esa razón se logran avances a diferencia que en la evaluación que tenía 5 objetivos por área

Áreas	Evaluación Inicial	Evaluación Final
Motricidad gruesa	Del objetivo: levanta la cabeza en tracción cuando se le toma de las manos 40%	Del objetivo planteado se logró un avance del 75%
Motricidad fina	De los objetivos: sostiene un objeto liviano y lleva las manos a la línea media 40%	De los objetivos planteados se logró un avance del 60%
Cognición	Del objetivo: explora las manos 25%	Del objetivo planteado se logró un avance del 100%
lenguaje	De los objetivos: emite sílabas onomatopéyicas y hace repeticiones rítmicas 40%	De los objetivos planteados se logró un avance del 50%
Socialización	Del objetivo: colabora en las terapias 60%	El niño logró colaborar en las terapias 100%
Sensorial	Se trabaja de forma indirecta: desarrollo de los sentidos 15%	Se trabaja de forma indirecta 50%

GRÁFICO #2



El gráfico demuestra los avances del niño por áreas: lenguaje 10%, motricidad fina 20%, motricidad gruesa y sensorial 35%, socialización 40% y cognición 75%.

3.5.1.2 Evaluación Padres

La evaluación de los padres consiste en la colaboración y aplicación de los ejercicios por parte de los mismos.

CUADRO #3

Áreas	Evaluación Inicial	Evaluación Final
contracturas	No tenían conocimiento	Se ha logrado que los padres realicen las actividades planteadas en 70%
Motricidad gruesa	Solo trabajaban los terapeutas	Se ha logrado que los padres realicen las actividades planteadas en 70%
Motricidad fina	Solo trabajaban los terapeutas	Se ha logrado que los padres realicen las actividades planteadas en 70%
Cognición	Solo trabajaban los terapeutas	Se ha logrado que los padres realicen las actividades planteadas en 70%
lenguaje	Solo trabajaban los terapeutas	Se ha logrado que los padres realicen las actividades planteadas en 70%
Socialización	Solo trabajaban los terapeutas	Se ha logrado que los padres realicen las actividades planteadas en 70%
Auto ayuda	Solo trabajaban los terapeutas	Se ha logrado que los padres realicen las actividades planteadas en 70%
Sensorial	Solo trabajaban los terapeutas	Se ha logrado que los padres realicen las actividades planteadas en 70%

GRÁFICO #3



Este gráfico demuestra el desempeño de los padres para ayudar a sus hijos de aproximadamente el 10% al inicio a un 70% al final.

3.6 EVALUACION FINAL N°6

DATOS

NOMBRE: Camilo

FECHA DE NACIMIENTO: 22 de febrero de 2006

EDAD: 5 años

DIAGNOSTICO: PCI y atrofia óptica

Fecha de evaluación: 28 de febrero de 2012

Camilo después del trabajo realizado durante tres meses se ha logrado un avance en corrección de contracturas de codos 15°, muñecas 10° y pies se mantiene. La evaluación de desarrollo demuestra que, en el área de cognición 35%, en el área de lenguaje 10%, en el área de motricidad fina 10%, en socialización se mantuvo en 100%, motricidad gruesa 20% y sensorial 15%.

La colaboración de los papás fue indispensable para el mejoramiento del desarrollo integral del niño, la ayuda dada por los estimuladores temprana y la terapeuta física fue de mucha importancia para la calidad de trabajo realizada a los niños.

La evaluación final con el flexiquín y los grados de contracturas se ha dado un mejoramiento notable.

Se recomienda continuar con el trabajo para no retroceder en los avances adquiridos.

Responsables: Catalina Solano y Bernarda Castro.

3.6.1 EVALUACIÓN GENERAL FINAL

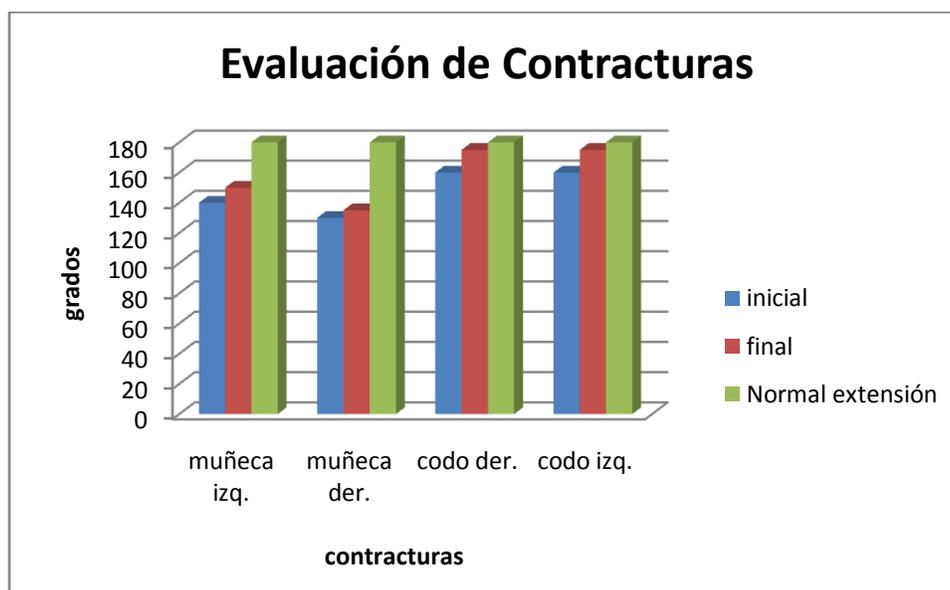
3.6.1.1 Evaluación de contracturas y desarrollo por parte de las investigadoras

CUADRO #1

Evaluación de contracturas

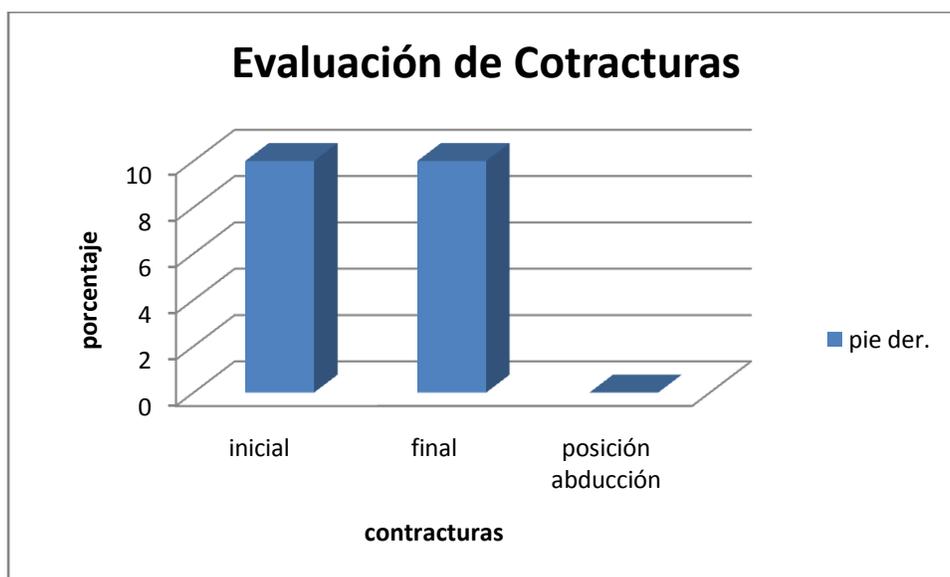
Áreas	Evaluación Inicial	Evaluación Final
contracturas	<p>Flexiquín: presenta una postura incorrecta total la sentarse, los brazos semidoblados y las manos hacia adentro.</p> <p>Por grados: Posición normal en extensión 180° tanto de codo como de muñeca Codos: izq. 160° en extensión Der. 160° Muñeca: izq. 140° der. 130° en extensión Posición normal del pie en abducción 0° Pie: fre. Der. 10° en abducción</p>	<p>Flexiquín: Presenta una postura incorrecta parcial al sentarse, los brazos semidoblados y las manos hacia adentro.</p> <p>Por grados: Codos: izq. 175° en extensión Der. 175° Muñeca: izq. 150° der. 135° en extensión</p> <p>Pie: fre. Der. 10°</p>

GRÁ#1



El avance de contracturas de Camilo es codos 15° en los dos, en muñecas de 10° y 5°.

GRÁFICO #2



El gráfico demuestra que en la contractura del pie se mantiene.

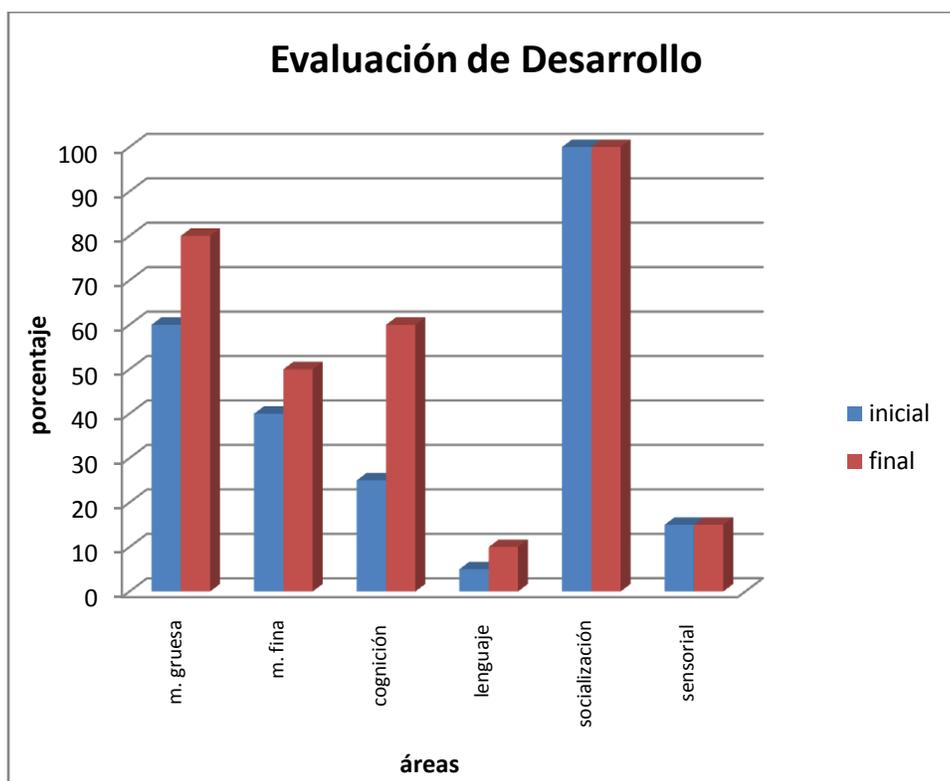
CUADRO #2

Evaluación de desarrollo

Con todos los niños se planteó un solo objetivo por área por esa razón se logran avances a diferencia que en la evaluación que tenía 5 objetivos por área

Áreas	Evaluación Inicial	Evaluación Final
Motricidad gruesa	Del objetivo: se mantiene y balancea sobre las manos y rodillas 60%	Del objetivo planteado se logró un avance del 80%
Motricidad fina	Del objetivo: coloca y quita objetos de un recipiente 40%	Del objetivo planteado se logró un avance del 50%
Cognición	Del objetivo: reconoce dos texturas 25%	Del objetivo planteado se logró un avance del 60%
lenguaje	No cumple el objetivo	De un objetivo planteado se logró un avance del 10%
Socialización	Del objetivo: colabora en las terapias 100%	El niño logró colaborar en las terapias 100%
Sensorial	Se trabaja de forma indirecta: desarrollo los sentidos	No se logró avances por la dificultad auditiva y visual que presenta el niño 15%

GRÁFICO #2



El avance de Camilo durante el programa en las áreas es de: sensorial se mantiene, lenguaje y motricidad fina 10%, motricidad gruesa 20%, cognición 35%, y socialización se mantuvo en 100%.

3.6.1.2 Evaluación a Padres

La evaluación de los padres consiste en la colaboración y aplicación de los ejercicios por parte de los mismos.

CUADRO #3

Áreas	Evaluación Inicial	Evaluación Final
contracturas	No tenían conocimiento	Se ha logrado que los padres realicen las actividades planteadas en 90%
Motricidad gruesa	Solo trabajaban los terapeutas	Se ha logrado que los padres realicen las actividades planteadas en 90%
Motricidad fina	Solo trabajaban los terapeutas	Se ha logrado que los padres realicen las actividades planteadas

		en 90%
Cognición	Solo trabajaban los terapeutas	Se ha logrado que los padres realicen las actividades planteadas en 90%
Lenguaje	Solo trabajaban los terapeutas	Se ha logrado que los padres realicen las actividades planteadas en 90%
Socialización	Solo trabajaban los terapeutas	Se ha logrado que los padres realicen las actividades planteadas en 90%
Auto ayuda	Solo trabajaban los terapeutas	Se ha logrado que los padres realicen las actividades planteadas en 90%
Sensorial	Solo trabajaban los terapeutas	Se ha logrado que los padres realicen las actividades planteadas en 90%

GRÁFICO #3



Este gráfico demuestra el desempeño de los padres para ayudar a sus hijos de aproximadamente el 10% al inicio a un 90% al final.

CONCLUSIONES

CAPITULO III

Las evaluaciones finales aplicada a los niños por parte de las estudiantes, terapistas dieron como resultado un mejoramiento notable en el desarrollo integral del niño.

Durante estos meses de trabajo tanto los niños como los padres han colaborado de manera enriquecedora permitiendo así un mejoramiento de su independencia.

Los informes de la evaluación final demuestran que se trabajó todas las áreas planteadas con cada niño.

En el conversatorio con los padres manifestaron estar contentos con las cosas que ellos han aprendido y lo satisfechos que se sienten de poder ayudar a sus hijos.

En la aplicación han estado presentes los padres de familia para indicarles cada ejercicio que debían ejecutar y tareas para reforzar los mismos ejercicios en casa. Se ha necesitado de mucha paciencia y persistencia para lograr un avance significativo.

Los cuadros comparativos y estadísticos entre la evaluación inicial y final demostraron los porcentajes de mantenimiento y de avances de los niños. Está organizado individualmente en las diferentes áreas tratadas por: investigadoras, terapistas y padres.

CONCLUSIONES GENERALES

Después de haber culminado con el trabajo realizado con 6 niños del área de estimulación temprana del IPCA hemos concluido:

Abordando este capítulo se ha analizado algunos conceptos referentes a la parálisis cerebral siendo uno de los más representativos y que nos servirá para nuestra investigación: la Parálisis Cerebral es un trastorno o debilidad provocada por una lesión en el cerebro que

afecta al lenguaje, la conducta y principalmente la movilidad del cuerpo impidiendo la maduración y la independencia del niño. Es un síndrome no progresivo y no tiene cura.

La Parálisis Cerebral se distingue por el daño dominante de las funciones motrices, la cual afecta al tono, a la postura y al movimiento, la lesión no es evolutiva, pero sus consecuencias pueden variar en el niño.

Los trastornos motrices afectan en la mayoría de casos a los órganos motores de la boca y dificultan el desarrollo de la alimentación y del habla.

Este trastorno tiene múltiples causas no necesariamente se presenta una específica. Las causas pueden ser prenatales, perinatales y posnatales.

La parálisis cerebral se divide de acuerdo al: tipo, tono, topografía y grado de afectación: espasticidad, atetosis, ataxia, distónica y mixta hipertónica, hipotónica, isotónico; hemiplejia, diplejía, paraplejia, disparexia, cuadriplejia; leve, moderado, grave y profundo.

El niño con parálisis cerebral presenta un desarrollo anormal en las diferentes posiciones y según la edad del niño, las mismas que se deben tomar muy en cuenta el momento de la intervención y particularmente cuando se debe corregir y prevenir las contracturas.

Las causas más comunes de las contracturas son dadas por la falta de uso debido a la inmovilidad o inactividad y por las posiciones inadecuadas. Cuando las contracturas estén empezando a formarse, puede que todo lo que se necesite para corregirlas sean ejercicios de estiramiento y posiciones sencillas.

Una deformidad es la posición anormal de una articulación. En los niños que tienen parálisis cerebral es muy frecuente que se presenten si no se cuida y previene a tiempo y en forma correcta.

Las evaluaciones respectivas ayudaron a demostrar el estado inicial de los niños. Los objetivos planteados fueron analizados minuciosamente por las estudiantes para las distintas necesidades de cada niño y las actividades propuestas fueron las adecuadas en su forma sencilla para una correcta ejecución por parte de los padres de familia.

En las planificaciones en el área de contracturas se proporciona a los padres distintas alternativas como: masajes, posturas corporales, ejercicios, complementando el trabajo de contracturas se planteó y aplico objetivos y actividades en las diferentes áreas de desarrollo.

Se enseñó cada actividad a los padres para que puedan realizarlo en casa durante toda la semana indicando la frecuencia con la que se deben realizar y el número de veces de cada ejercicio.

Al principio todos los niños necesitaban una ayuda total pero a medida que se iban realizando cada ejercicio se pudo observar que los movimientos especialmente en el caso de Mateo y Juan, los que se van volviendo más coordinados ya que en el caso de los otros niños que tienen dificultades más graves, no se ha visto mayor avance pero si un poco de más movimiento.

Las evaluaciones finales aplicada a los niños por parte de las estudiantes y padres dieron como resultado un mejoramiento notable en el desarrollo integral del niño.

Los cuadros comparativos y estadísticos entre la evaluación inicial y final demostraron los porcentajes de avances de los niños. Está dividido por cada niño y por estudiantes y padres. Por último, se recomienda seguir trabajando ya que es un proceso largo que necesita un trabajo constante.

Esta experiencia fue de mucha importancia para seguir buscando soluciones para ayudar a los niños en su desarrollo integral mejorando su calidad de vida y que esta tesis ha obtenido una buena acogida y resultados considerables en la práctica.

RECOMENDACIONES

Durante estos meses de trabajo con los niños ha sido satisfactorio por lo que recomendamos a los terapeutas que se siga trabajando en todas las terapias para seguir viendo resultados.

- Los niños han tenido la oportunidad de desarrollar y ser estimulados en todas las áreas especialmente en motricidad gruesa y los ejercicios han sido fáciles y sencillos tanto para los niños como para los padres de familia por lo tanto la ayuda de ellos debe seguir por lo tanto los terapeutas deben continuar guiando a los padres en este trabajo.
- Se les recomienda a los padres tener mucha paciencia y perseverancia al aplicar los ejercicios por el bienestar de sus hijos.
- A los padres se les recomienda que el ambiente siempre debe ser el adecuado muy cómodo y si se puede con muchos estímulos visuales y auditivos.

5 ANEXOS

5.2 ANEXO 1

Ficha de Evaluación Inicial

Datos Informativos:

Nombre:.....
.....

Fecha de nacimiento:
.....

Edad:.....

Sexo:.....

Diagnóstico:.....
.....

Fecha de evaluación:.....
.....

Evaluación terapeuta físico:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Evaluación del flexiquín:

EVALUACIÓN DE CONTRACTURAS POR GRADOS:

Ubicación de la contractura	Evaluación inicial	Evaluación Intermedia	Evaluación final	Observaciones
CABEZA				
HOMBROS				
CODO				
MUÑECA				
MANOS				
COLUMNA				
CADERA				
RODILLA				
PIE				

Observaciones:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Realizado por:.....

5.3 ANEXO 2

**ENCUESTA A PADRES DE FAMILIA DEL AREA DE ESTIMULACION
TEMPRANA POR LAS INVESTIGADORAS**

(IPCA)

Nombre:

.....
.....

Fecha: Lugar:

1º ¿Qué entiende Ud. por Parálisis Cerebral?

.....
.....
.....
.....
.....

2ºEscriba con sus palabras a que hace referencia la palabra CONTRACTURA.

.....
.....
.....
.....

3º ¿Con qué frecuencia recibe sus niño terapia física?

- () 1 vez a la semana
- () 2 veces a la semana
- () 3 veces a la semana
- () Todos los días

4° ¿Cuántas veces al día realiza ejercicios de relajación o estiramiento con su hijo en la casa?

.....
.....

5° ¿Cómo reacciona el niño cuando realiza los ejercicios?

- () Se enfada
- () Lloro todo el tiempo
- () Se relaja y colabora
- () Lloro al inicio y luego colabora.

6° ¿Tuvo alguna dificultad en los ejercicios planteados?

SI () NO ()

Cual:.....
.....

7° ¿evidenció avances o retrocesos en sus niños? ¿Cuáles?

.....
.....
.....
.....
.....

Realizado por:

Catalina Solano y Bernarda Castro

5.4 ANEXO 3

ENCUESTA A TERAPISTAS DEL AREA DE ESTIMULACION TEMPRANA POR PARTE DE LAS INVESTIGADORAS (IPCA)

Nombre:

.....
.....

Fecha: Lugar:

1ºEscriba con sus palabras a que hace referencia la palabra CONTRACTURA.

.....
.....
.....
.....

2º ¿Con qué frecuencia recibe sus niño terapia física?

- () 1 vez a la semana
- () 2 veces a la semana
- () 3 veces a la semana
- () Todos los días

3º ¿Cuántas terapias a la semana recibe el niño?

.....
.....

4º asistencia a la terapia

- () Regular
- () Irregular

5° ¿Cómo reacciona el niño cuando realiza los ejercicios?

- () Se enfada
- () Lloro todo el tiempo
- () Se relaja y colabora
- () Lloro al inicio y luego colabora.

6° ¿el niño presenta dificultades los ejercicios planteados?

SI () NO ()

Cual:.....
.....

7° ¿evidenció avances o retrocesos en sus niños? ¿Cuáles?

.....
.....
.....
.....
.....

Realizado por:

Catalina Solano

Bernarda Castro

4 BIBLIOGRAFIA

LEVITT S., Tratamiento de la Parálisis Cerebral y del Retraso Motor. Editorial 2145-Año 1970

GARCIA LORENTE, M^a ROS Alberto, et, Instrucción y progreso escolar en los niños con Parálisis Cerebral en preescolar y ciclo inicial un estudio de seguimiento, C.I.D.E. Editorial: Centro de Publicaciones Secretaría General Técnica. Madrid España 1993

LOPEZ CORTERILLA, Aspectos Médicos (Curso de Parálisis Cerebral) Madrid 1987.

MIANGOLARRA J, Rehabilitación Clínica Integral Funcionamiento y Discapacidad. Editorial Manson S.A. Barcelona España 2003

MUTCH, ALBERMAN E, HAGBERG B, et al. Cerebral Palsy Epidemiology: where are we now and where are we going?. Dev Med Child Neurol. Jun 1992;34(6):547-51

PELLEGRYA., Traducido por Proaño Margarita

WERNER David, El Niño Campesino Deshabilitado, Parte 1, Editorial Panamericana 1990

WERNER David, El Trabajo con la Comunidad, Parte 2, Editorial Panamericana 1990

CONADIS

www.conadis.gov.ec/incidencia/17/04/2011/15h00

MEDLINE PLUS, Enciclopedia Médica

www.nlm.nih.gov/medlineplus/.../000716.htm/29/08/2010/19h00

Asociación de Jóvenes y Adultos con Parálisis Cerebral

www.galeon.com/qpc.htm/29/08/2010/19h30

Centro Caren de Neurorehabilitación

www.neurorehabilitacion.com/recursosparaliscerebralinfantil.htm/29/08/2010/18h00

ZELDIN Aris, Medicine Cerebral Palsy

http://es.wikipedia.org/wiki/Par%C3%A1lisis_cerebral/29/08/2010/20h00

CONFEDERACIÓN ASPACE

<http://www.aspace.org/paralisis-cerebral/tipos-de-paralisis-cerebral/12/06/12/15h00>