



Universidad de Ciencias de la Cultura Física y el Deporte.

“Manuel Fajardo Rivero” Facultad Villa Clara.

“Acciones con medios naturales de la Cultura Física en el tratamiento ambulatorio de rehabilitación del niño(a) con Parálisis Cerebral en la Comunidad Condado Norte de Santa Clara”.

*Tesis en opción del grado académico de Máster en
Actividad Física Comunitaria.*

Autora: Lic. Odalys Ortíz Hortencia Rodríguez.

Tutor: Dr. C. Silvio Abreu Aday.

Consultante: Dr. C Jomo Kenyata Moré Chang.

2011

*Hoy me propongo formar
Un partido de sueños,
Talleres donde reparar,
Alas de Colibríes.*

Silvio Rodríguez.

Dedicatoria.

A Dios, por permitir que hoy este aquí.

Yailén, Por esa sonrisa que ilumina los días desde que tuve la dicha de tenerte.

Laura, Por ser mi eterna confidente.

Helen, Por alegrar mis mañanas, tardes y noches.

Rolando, Por toda una vida compartida.

A toda mi familia.

Agradecimiento.

A la Revolución, si no hubiese triunfado el 1ro de Enero de 1959 no estuviéramos

Hoy haciendo realidad los sueños.

Al Dr. C Silvio, por haber dicho **SI**, cuando otros dijeron no, siempre lo recordaré.

Al Dr. C Jomo, por tu sinceridad.

A Ernesto Pacheco, gracias amigo por todas las horas dedicadas.

A Ms. C Aliuska, deseándote que Dios bendiga a tu niño.

A los Máster, Antonio Varona, Caridad Castillo y Vilma Hernández por aportar sus
saberes.

A todos muchas gracias.

Odalys.

Resumen

En el año 2003, se realiza en nuestro país un pesquísaje con el objetivo de conocer en número y tipo las discapacidades existentes y así poder dar a las personas con esta condición atención y seguimiento sistemático. Posterior y dando continuidad a este proceso, se emite la resolución por Asistencia Social, donde se brinda la posibilidad a la madre trabajadora de recibir su salario íntegro y atender en el hogar a la persona con discapacidad, a las mismas se le llamo **Familia Cuidadora**.

Para ello se sientan las bases para que el discapacitado recibiera en casa, la atención del maestro y el rehabilitador ambulatorio. A pesar de estar creadas las condiciones para dar cumplimiento a esta propuesta, no siempre se ha podido realizar la misma de forma sistemática debido a causas que van desde:

- ❖ No contar con el número suficiente de rehabilitadores en los policlínicos para cubrir el trabajo en el área de rehabilitación y el ambulatorio.
- ❖ La carencia de medios de trabajo para realizar la labor rehabilitadora.
- ❖ La disponibilidad de la familia en recibir en los horarios establecidos la visita del mismo.
- ❖ La limitación de las actividades que se realizan que sólo redundan en la acción motora global.

Este trabajo, propone acciones con medios naturales de la cultura física dirigido al tratamiento ambulatorio del niño(a) con parálisis cerebral que incluya a la familia cuidadora en la Comunidad Condado Norte de Santa Clara.

Para ello propone aplicar talleres a la familia cuidadora, para que la misma una vez preparada pueda realizar un trabajo sistemático y diario, mejorando así las dimensiones presentadas en la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y la Salud (ICFS) por Naciones Unidas (2003) para los discapacitados.

Índice.

	Pág.
<i>Introducción.....</i>	1
<i>Capítulo 1. La diferenciación del enfoque médico-social y de la cultura física en el tratamiento de la parálisis cerebral.....</i>	11
<i>Capítulo 2. La organización del tratamiento de los pacientes en las condiciones naturales de la comunidad condado norte.....</i>	23
<i>Capítulo 3. Análisis de los resultados.....</i>	39
<i>Conclusiones.....</i>	56
<i>Recomendaciones.....</i>	57
<i>Bibliografía.....</i>	58
<i>Anexos</i>	

Introducción.

La discapacidad es una realidad humana que ha sido percibida de manera diferente en períodos históricos y civilizaciones. La visión que se le ha dado a lo largo del siglo XX, estaba relacionada con una condición o función que se considera deteriorada respecto del estándar general de un individuo o de su grupo. El término de uso frecuente, se refiere al funcionamiento individual, incluyendo:

- ❖ La discapacidad física.
- ❖ La discapacidad sensorial.
- ❖ La discapacidad cognitiva.
- ❖ La discapacidad intelectual.
- ❖ Enfermedad mental.
- ❖ Varios tipos de enfermedad crónica.

Por el contrario, la visión basada en los derechos humanos o modelos sociales, introduce el estudio de la interacción entre una persona con discapacidad y su ambiente, principalmente el papel de una sociedad en definir, causar o mantener la discapacidad dentro de esa sociedad, incluyendo actitudes o unas normas de accesibilidad que favorecen a una mayoría en detrimento de una minoría.

El Día Internacional de las Personas con Discapacidad se celebra el 3 de Diciembre en cada año.

El 13 de Diciembre de 2006, las Naciones Unidas acuerda formalmente la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, el primer tratado del sistema de derechos humanos del siglo XXI, para proteger y reforzar los derechos y la igualdad de oportunidades de las cerca 650 millones de personas con discapacidad que se estima hay a nivel mundial.

El interés de las Naciones Unidas por el bienestar y los derechos de las personas con discapacidad, tiene su origen en sus principios fundacionales, que están basados en los derechos humanos, las libertades fundamentales y la igualdad de todos los seres humanos.

Participación e igualdad plenas [1]

Los países firmantes de la convención, deberán adoptar nuevas leyes nacionales, y quitar viejas leyes, de modo que las personas con discapacidad, por ejemplo, tengan los mismos derechos a la educación, al empleo, y a la vida cultural.

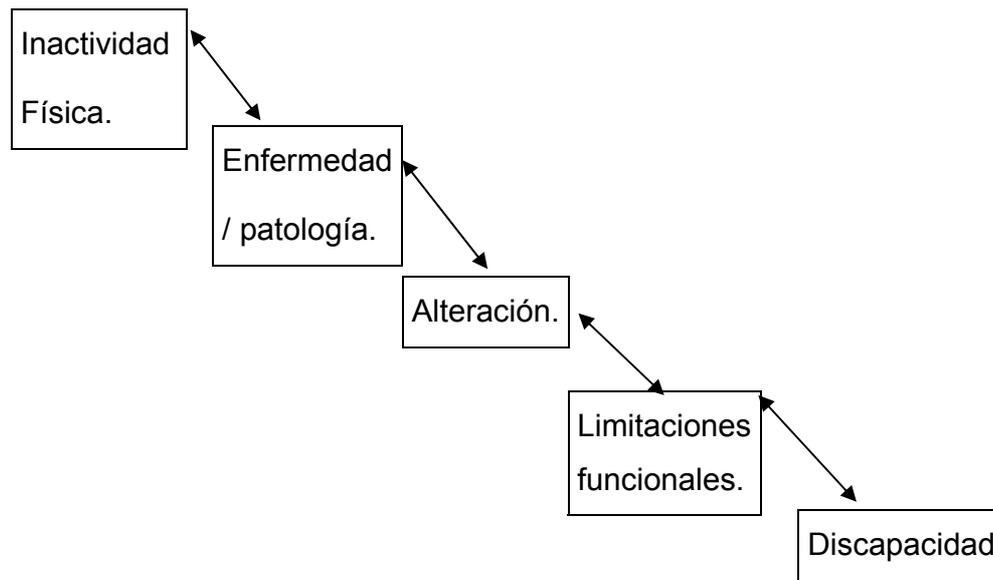
Las terminologías están asociadas a ideas y conceptos que representan valores culturalmente aceptados y la sociedad evoluciona sobre la percepción que se tenga de las discapacidades. Ciertos organismos relacionados con la diversidad funcional han intentado acuñar nuevos términos, en busca de una nueva visión social de este colectivo, recientemente la Organización Mundial de la Salud (OMS), promocionó la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF) Suiza, (2004), el siguiente esquema conceptual, sustituyendo la anterior clasificación Internacional de Deficiencias Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) de 1980 por uno que lo conceptualiza agrupando a personas con:

- ❖ Deficiencias por déficit en el funcionamiento, pérdida o anormalidad de una parte del cuerpo o de una función fisiológica o mental, la contextualiza a una desviación significativa de la mediana estandarizada de la población.
- ❖ Discapacidad por Limitación en la actividad, referida a las dificultades en la ejecución calificadas en distintos grados, que supongan una desviación importante en cantidad y calidad, en relación en una persona sin alteración de salud.
- ❖ Minusvalía por la restricción en la participación, son problemas que un individuo puede experimentar en su implicación en situaciones vitales, la participación esta determinada por lo esperado de un individuo sin discapacidad en una determinada cultura o sociedad. Lingüísticamente, en algunos ámbitos, el uso del término "discapacitados" a personas con deficiencias visuales (ciegos), auditivas (sordos) o dificultades en el aprendizaje (retraso y retardo mental) etc. pueden ser consideradas despectivos, debido a que de esta manera se puede estar etiquetando a la persona.

Es por ello que se propone en Cuba, oficializar la definición que agruparía a aquellos, cuya afectación física no limitara la posibilidad vincularse fundamentalmente a los procesos educativos, adoptada por la UNESCO a raíz de la Conferencia mundial, cuyo

tema trataba definir estos casos, surge así el concepto de “Personas con Necesidades Educativas Especiales”. Aunque a nivel mundial se sigue definiendo a las personas discapacitadas, si tienen comprometida la acción motora.

Así se toma como referencia, la emitida por el profesor Nagi, S.Z, (1991), quien elabora un Modelo de Discapacidad, que propone una progresión de cuatro estadios de la discapacidad (patología, alteración, limitaciones funcionales y discapacidad plena).



Desde el triunfo de la Revolución y asumiendo los principios que rigen la política de atención al ser social, la atención al discapacitado paso a ser una vía de trabajo principal que el estado cubano centra como tarea incondicional.

A partir del año 1965, con el nombre de **Salud Escolar** en su inicio, los ministerios de Educación y Salud en estrecho vínculo, se encargan de sentar las bases que regirán y perfeccionaran, el trabajo establecido para aquellas personas, que desde su nacimiento han presentado alteraciones de conducta, insuficiencia en el aprendizaje y alteraciones físicas motoras, entre otras.

Existe un primer perfeccionamiento de este programa en la década de los años 80, para el 90 se realiza un proceso de re conceptualización y ya en el período comprendido entre el 2003 y hasta la etapa actual, se viene desarrollando el plan de acción nacional de atención al discapacitado.

Tareas como:

- ❖ La preparación de personal altamente calificado.
- ❖ La creación de Centros Médicos Psicopedagógicos.
- ❖ La creación de asociaciones.
- ❖ El trabajo en escuelas de aprendizaje especial.
- ❖ La creación de centros de rehabilitación física.
- ❖ La incorporación a la práctica deportiva.
- ❖ La incorporación a la práctica de diferentes manifestaciones culturales.
- ❖ La vinculación laboral.
- ❖ La gratuidad en medicamentos
- ❖ La atención a la familia.
- ❖ La estimulación basal, entre otras.

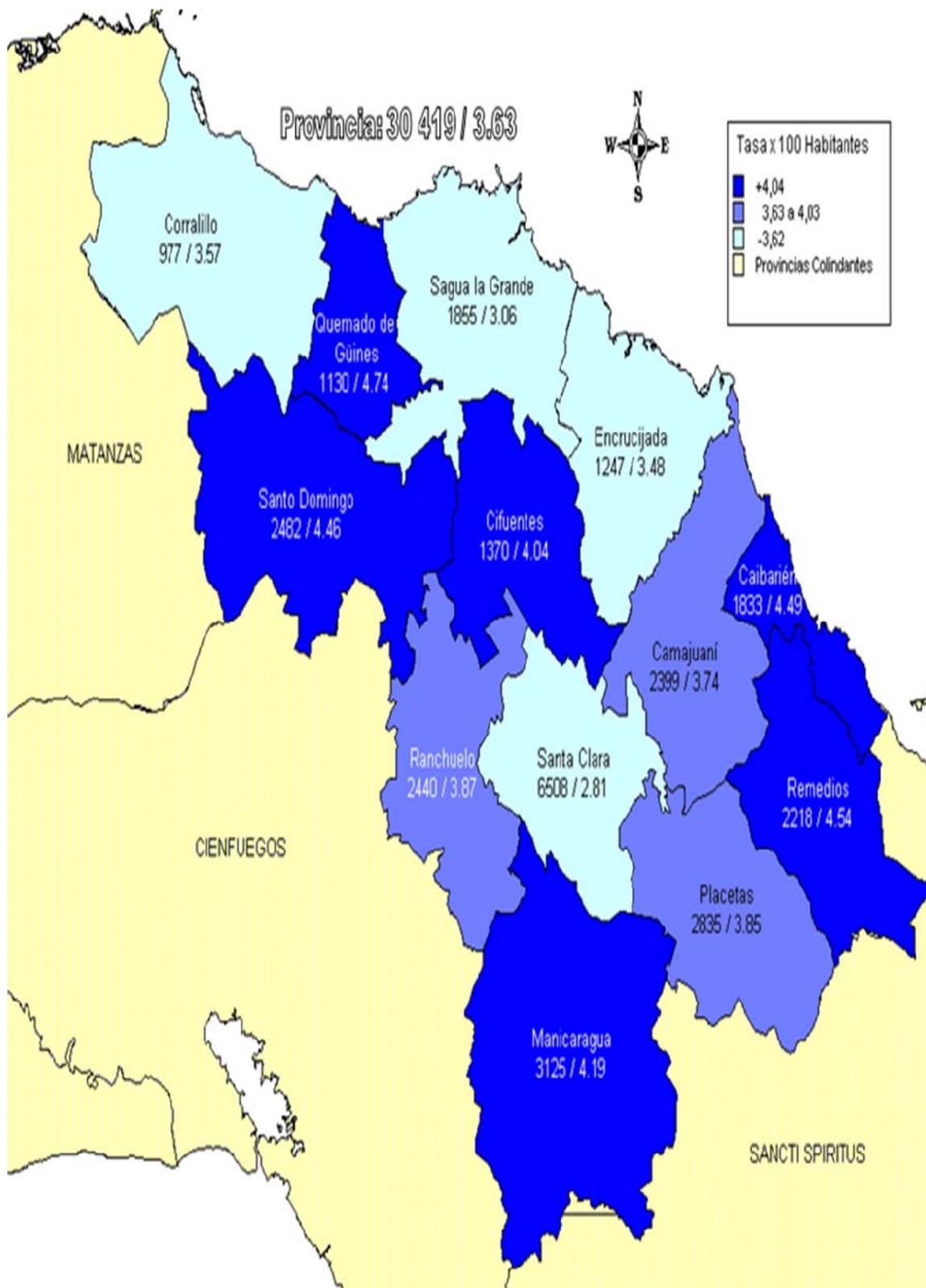
Pueden citarse como un ejemplo de consagración para elevar el nivel de vida de todos los ciudadanos con estas necesidades.

En el año 2003, se realiza en todo el País, por orientación emitida por nuestro máximo líder Comandante Fidel Castro Ruz, un estudio con el objetivo de conocer la cantidad y tipo de discapacidades existentes, para de esa forma y una vez ubicado cada caso, comenzar un proceso de atención diferenciada.

Este pesquísaje, emite un resultado de 30 419 casos, en la provincia de Villa Clara, de ellos corresponde a Santa Clara la cifra de 6508, agrupados en diferentes tipos de discapacidades, (según lo declarado por los metodólogos provinciales Cárdenas y Guillén que atienden esta esfera en salud y educación provincial respectivamente).

Ellos valoran como insuficiencias en este pesquísaje por ejemplo, el no haber contado en aquel momento con equipos técnicos que permitieran medir el grado de comprometimiento de afectaciones neuro motoras y no haber podido dar otro tipo de atención que no fuese la material en las zonas más intrincadas.

El comportamiento de casos por municipios arroja las estadísticas por discapacidad que se relacionan en (anexo 1).



Buscando alternativas que permitiesen mejorar la atención de estas personas, en esta misma etapa, se acuerda con Asistencia Social, emitir salarios íntegros a las madres que trabajaban, para que pasaran a cuidar a los niños con discapacidad en los hogares, definiéndose a estas personas como **Familias Cuidadoras**.

Dentro de las facilidades de atención brindadas, se ponía a disposición de los mismos, un maestro ambulatorio el cual visitaría estos hogares y un rehabilitador físico con este mismo accionar. Así podrían, asistir también a los centros de rehabilitación que con tales efectos se habían ubicados en los policlínicos docente comunitarios.

Para comprender por qué se selecciona a la familia, para asumir esta alternativa, que buscaba dar una mejor atención a los discapacitados del país, debe partirse de lo planteado en:

La Constitución de la República:

“El Estado, reconoce a la familia, como la célula fundamental de la sociedad y le atribuye responsabilidades y funciones esenciales en la educación de las nuevas generaciones. Más adelante señala (...) la familia, la escuela, los órganos estatales y las organizaciones sociales y de masa tienen el deber de prestar atención a la formación de la niñez y la juventud”.

A partir de ese momento 3 005 madres trabajadoras en Santa Clara, se acogen a esta vía, que les permite atender a sus hijos en el hogar, con el pago de su salario íntegro (Censo de Asistencia Social 2003).

En sus inicios esta actividad, fluye de la manera diseñada, pero con el paso del tiempo y el aumento de intereses particulares, establecidos por la misma supervivencia, la persona señalada como cuidadora, sede esta actividad a otras que conforman la familia, se frena la asistencia sistemática a los centros de rehabilitación física, no se insertan a otras actividades para ellos diseñadas; por ello disminuye la atención que se ofrece en los centros especializados, haciéndose esta casi nula.

La investigación toma este elemento como referencia inicial, buscando dar respuesta al Banco de Problemas declarado en la provincia de Villa Clara, afectando principalmente a la comunidad y donde se refirma, la no asistencia sistemática de los discapacitados a las áreas de rehabilitación, la limitación y carencia de programas en soporte de diagnósticos y

acciones para trabajar con los mismos, el casi total desconocimiento de la familia cuidadora de realizar la atención al discapacitado en condiciones naturales (hogar).

Para ello se selecciona al niño(a) con parálisis cerebral, por ser esta discapacidad de mayor estadística en el mundo y la segunda en la provincia.

De acuerdo con lo tratado anteriormente nos enfrentamos a la **situación problemática** caracterizada, por la no existencia de un referente teórico que prepare a la familia cuidadora en el tratamiento ambulatorio del niño(a) con parálisis cerebral a través de acciones con medios naturales de la cultura física.

Por lo que el **Problema Científico** de la investigación radica en:

¿Cómo influye un conjunto de acciones con medios naturales de la cultura física para preparar a la familia cuidadora en el tratamiento ambulatorio del niño(a) con parálisis cerebral en la Comunidad Condado Norte de Santa Clara?

Objetivos.

General

Diseñar un conjunto de acciones con medios naturales de la cultura física que prepare a la familia cuidadora en el tratamiento ambulatorio del niño(a) con parálisis cerebral en la Comunidad Condado Norte de Santa Clara.

Específicos

1. Diagnosticar el estado inicial del tratamiento de rehabilitación del niño(a) con parálisis cerebral de la Comunidad Condado Norte de Santa Clara.
2. Elaborar un conjunto de acciones con medios naturales de la cultura física, dirigido a preparar a la familia cuidadora en el tratamiento ambulatorio del niño(a) con parálisis cerebral en la Comunidad Condado Norte de Santa Clara.
3. Conocer el nivel de preparación que tiene la familia cuidadora para realizar la rehabilitación ambulatoria del niño(a) con parálisis cerebral aplicando las acciones con medios naturales de la cultura física en la Comunidad Condado Norte de Santa Clara.
4. Valorar a través del criterio de expertos el conjunto de acciones con medios naturales de la cultura física dirigidos a preparar a la familia cuidadora en el tratamiento ambulatorio del niño(a) con parálisis cerebral en la Comunidad Condado Norte de Santa Clara.

5. Aplicar a la familia cuidadora a través de talleres, acciones con medios naturales de la cultura física en el tratamiento ambulatorio del niño(a) con parálisis cerebral de la Comunidad Condado Norte de Santa Clara.
6. Valorar las incidencias que han tenido en el mejoramiento de las dimensiones, las acciones con medios naturales de la cultura física que realiza la familia cuidadora en el tratamiento ambulatorio del niño(a) con parálisis en la Comunidad Condado Norte de Santa Clara.

Justificación de la investigación.

El trabajo de la rehabilitación en la parálisis cerebral, parte de una dinámica que necesariamente se da a través de la unión del rehabilitador y la familia. De acuerdo con el método Bobath..., “el jugar y trabajar brinda al niño(a), con parálisis cerebral, la posibilidad de poner en práctica sus habilidades y organizar las mismas y de esta forma podrán desarrollar otras”.

Se deriva de este planteamiento, la necesidad de sumar a todos en la rehabilitación del niño(a) con parálisis cerebral, partiendo de cualquier actividad contemplada dentro de la cultura física.

Consideraciones de significación práctica:

Se ofrece un instrumento que permitirá personalizar el tratamiento de la parálisis cerebral de forma ambulatoria con medios naturales de la cultura Física, que vinculan directamente a la familia cuidadora, mejorando las dimensiones al aumentar las sesiones de trabajo y la inclusión de otros aspectos en las condiciones de convivencia.

Estructura de la Tesis

La tesis se estructuró en tres capítulos:

Capítulo uno, donde se contextualiza todo lo referido a:

Valorar la diferenciación del enfoque médico-social y de la cultura física en el tratamiento de la parálisis cerebral, (definición, causas).

Citar los diferentes tipos de rehabilitación.

Valorar la deficiencia física.

Caracterizar a la familia que tiene en su seno un niño(a) con parálisis cerebral.

El capítulo dos refiere:

Las consideraciones metodológicas para el desarrollo de la investigación.

Elaboración del conjunto de acciones con medios naturales de la cultura física dirigidos al tratamiento ambulatorio del niño(a) con parálisis cerebral.

Las dimensiones e indicadores que se trabajaran a través del conjunto de acciones con medios naturales de la cultura física.

La validación de la misma por el criterio de expertos, todo fundamentado en la concepción metodológica general utilizada.

El capítulo tres se dedicó al análisis de los resultados.

En el trabajo se reflejan las conclusiones, recomendaciones, bibliografía consultada y los anexos que complementa toda la información presentada.

En el desarrollo de la investigación se emplearon los siguientes métodos.

Del nivel teórico:

Empleado en toda la investigación estuvo encaminada a analizar antecedentes y presupuestos teóricos que sustentan la misma con el objetivo de integrar la esencia del proceso de estudio. Y conocer las particularidades que ha tenido la rehabilitación en los procesos terapéuticos del niño niña con parálisis cerebral.

Del nivel empírico

Revisión de documentos.

Revisión de bibliografía.

Estudio de historias clínicas.

Estos permitieron diagnosticar y tener una visión real de la atención que reciben desde el punto de vista de la rehabilitación el niño(a) con parálisis cerebral de la Comunidad Condado Norte de Santa Clara y su estado de salud y físico en general.

Criterio de Expertos Las acciones diseñadas se sometieron a su análisis para valorar la viabilidad del conjunto de acciones con medios naturales de la cultura física diseñado.

Encuesta escrita grupal

Empleada en un primer momento de la investigación, permitió conocer, la veracidad del estado de preparación y disponibilidad para trabajar el conjunto de acciones de la cultura física en condiciones naturales, que tienen la familia cuidadora, posteriormente permitió establecer diferencias entre el conocimiento inicial y el final de las dimensiones tratadas.

Observación

Permitió en la etapa inicial conocer el comportamiento de las dimensiones incluidas en la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y la Salud (ICFS), en los 9 dominios a trabajar y en la etapa final observar si existía mejoría en la ejecución de las mismas una vez aplicadas el conjunto de acciones de la cultura física en condiciones naturales por parte de la familia cuidadora.

Técnicas Estadísticas y/o de procesamiento de la información

Capítulo 1

La diferenciación del enfoque médico social y de la cultura física en el tratamiento de la PC.

1.1 Un análisis necesario.

La discapacidad, se explica como una debilitación en estructura o en la función corporal, se define como participación de la anomalía, del defecto, de la pérdida o de la otra desviación significativa de ciertos estándares generalmente aceptados de la población, que pueden fluctuar en un cierto plazo. Learraga H. (2004).

La actividad se establece como la ejecución de una tarea o de una acción. La Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y la Salud (ICFS), enumera 9 amplios dominios que dirigen el trabajo a realizar con una persona con discapacidad.

Tareas y demandas generales.

- ❖ Comunicación.
- ❖ Movilidad.
- ❖ Cuidado en sí mismo.
- ❖ Vida doméstica.
- ❖ Interacciones y relaciones interpersonales.
- ❖ Áreas importantes de la vida.
- ❖ Vida de la comunidad, social y cívica.
- ❖ Rehabilitación.
- ❖ Independencia.

La introducción a la misma, indica que una variedad de modelos conceptuales, se han propuesto para entender y explicar lo referente a estas personas y el funcionamiento, que intenta integrar con ellos. Para lo cual parte de dos modelos el social y el médico.

Enfoque social

El enfoque social, lo considera principalmente como problema social creado, y básicamente como cuestión de la integración completa de individuos en sociedad (la inclusión, como los derechos de la persona con necesidades educativas especiales). En este enfoque es una no cualidad de un individuo, sino una colección compleja de las condiciones, muchas de las cuales son creadas por el ambiente social. Por lo tanto, la gerencia del problema requiere la acción social, y así, es la responsabilidad colectiva de la sociedad en grande, hacer las modificaciones ambientales necesarias para la participación completa de la persona con discapacidad en todas las áreas de la vida social.

Enfoque médico.

Agrupar a un sin número de acciones que parten de investigaciones, análisis de laboratorios, aplicación de tratamientos con diferentes medios que incluyen la rehabilitación y el seguimiento de otras secuelas relacionadas a cada caso, todo ello con un referente evolutivo desde la aparición de la afectación. En él se ve la deficiencia, trauma, o otra condición de la salud que requiere la asistencia médica sostenida proporcionada bajo la forma de tratamiento individual por los profesionales. Es la rehabilitación el punto de partida de este trabajo y para ello se relacionará todo lo que de la misma se necesita conocer.

1.2 Rehabilitación:

Es un proceso global continuo que busca lograr niveles de independencia física, habilidad funcional, ajuste psico- emocional, social, vocacional y económico, sobre las capacidades residuales de los afectados. Según lo planteado en *Terapia Física y Rehabilitación*. Dirección Nacional Docencia Médica, definición más actual.(2000).

La salud, la educación y el deporte son pilares de sustentación por lo que cualquier intento de estudio y perfeccionamiento en este sentido resulta loable de ahí la importancia y la necesidad de hacerlo trascender.

En Cuba, donde los esfuerzos que fundamentan el desarrollo acelerado de la sociedad, la mayor expectativa viene dada por alcanzar una mejor calidad de vida, se trabaja sistemáticamente en lograr una concepción integradora de la naturaleza humana.

La atención rehabilitadora se realiza en tres modalidades:

Institucional.

Aquella que se realiza, en centros que cuentan con acondicionamiento material y medios, donde convergen diferentes especialistas que brindan la atención requerida por el discapacitado, así tenemos a médicos, enfermeras, defectólogos, rehabilitadores, técnicos y profesores de educación física, entre otros.

Institucional con extensión comunitaria.

Como base lo planteado en la definición anterior en la misma se incorpora la tarea de forma ambulatoria.

Rehabilitación basada en la comunidad.

En la cual se utilizan los esfuerzos propios de la familia, la comunidad, las asociaciones y las áreas terapéuticas- profilácticas de la cultura física. (Referidas todas en el programa de orientación de las Naciones Unidas para el trabajo con el discapacitado. (1994)

Según, Cajigal, J.M (1968)...” el objeto del estudio es el hombre en movimiento y las relaciones creadas a partir de esa actitud...por tanto...el sujeto aprende lo que práctica...y esa práctica está vinculada a motivaciones personales de una clara influencia”.

Aturral, J.M (2003) sostiene...”las corrientes actuales de aprendizaje, basadas en tareas, revalorizan la importancia de la motivación en cualquier marco referencial”.

La rehabilitación como proceso educativo, se concibe por diversos autores como... “La educación como tratamiento compuesta por un conjunto de actividades coordinadas hacia la construcción de saberes, habilidades y estrategias de anticipación y solución de problemas que deben traducirse en el desarrollo de las capacidades minimizando la dependencia de la enfermedad y los servicios de salud”. Lacroix. A, (2005).

Por último Amaya.R (2003), plantea que “El re aprendizaje motor, basado en tareas, tiene mayores resultados y parece ser la nueva tendencia de la rehabilitación física a nivel mundial”.

1.3 Deficiencias Físicas

Comenzar definiendo estas, ayudó en la investigación a agruparlas, según criterios para aplicar el trabajo con acciones naturales de la cultura física en condiciones naturales.

Es cierto que esta categoría, tanto como las correspondientes a los trastornos mentales y sensoriales, no es enteramente precisa, sino más bien un esquema que responde a objetivos de delimitación dentro de un espectro amplio. No obstante, su uso puede ayudar a comprender la compleja realidad de estas personas.

Según el sitio <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2007/>

Se considerará que una persona tiene deficiencia física cuando padezca anomalías orgánicas en el aparato locomotor o las extremidades (cabeza, columna vertebral, extremidades superiores y extremidades inferiores).

También se incluirán las deficiencias del sistema nervioso, referidas a las parálisis de extremidades superiores e inferiores, paraplejías y tetraplejías y a los trastornos de coordinación de los movimientos, entre otras.

Un último subconjunto recogido en la categoría de discapacidades físicas es el referido a las alteraciones viscerales, esto implica los aparatos respiratorio, cardiovascular, digestivo, genitourinario, sistema endocrino-metabólico y sistema inmunitario.

En todos los casos de deficiencias de carácter físico, el eje problemático en torno al cual se estructura la trama de la integración (deficitaria) es la autonomía personal, ya que aunque en cada etapa del ciclo vital las expectativas en torno a la autonomía son distintas, como también lo son entre las personas que no padecen discapacidad, se trata de un elemento esencial desde el punto de vista de la calidad de vida. Debra J.R (2005).

Pues bien, hablar de autonomía supone referirse a ámbitos tan variados como el laboral, el educativo, la comunicación social y por supuesto la accesibilidad, que aglutina a todas estas facetas vitales. La escasa participación en actividad y empleo, el déficit y el desajuste educativo, así como la sobreprotección familiar, que redundan en la falta de autonomía, son problemas comunes a todas las personas con discapacidad. Pero tal vez se manifiesten de forma especialmente reconocible en términos de accesibilidad en aquellas personas que tienen muy reducida su capacidad de movimiento, como los usuarios de sillas de ruedas. Moure.M (2005).

Si partimos de los anteriores planteamientos, encontraríamos en un campo variado de afectaciones para investigar. En este caso se refiere la misma al niño(a) con parálisis cerebral.

1.4 Parálisis Cerebral:

Secuela del comportamiento encefálico, que se caracteriza fundamentalmente por un disturbio persistente, no invariable de tono, postura y movimiento, lo cual influye en la maduración neurológica de la persona. Zuanaga, P. (1995).

Las manifestaciones clínicas o signos neurológicos son diversos, transitan desde signos visuales y visomotoras, trastornos del lenguaje hasta la más severa la cuadriplejía.

Es por ello que las áreas que deben ser tratadas desde el punto de vista psicomotor desde la niñez son: área motora fina y gruesa, lenguaje, audición y la personal social, siendo esta de gran importancia para las relaciones interpersonales, auto identidad, auto cuidado y auto aceptación. Kenyata. (1998)

Según el sitio: <http://www.cruzverde.org.br/ParalisiaCerebral/paralisiacerebral.html>

Existen tres características principales para determinar la parálisis cerebral infantil:

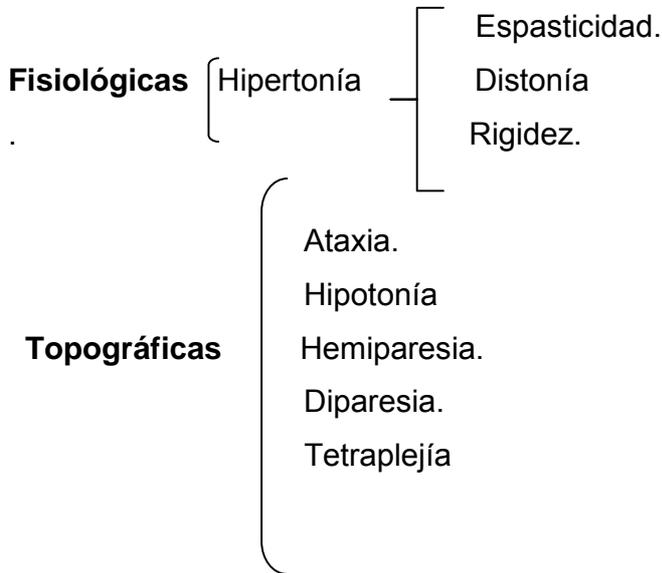
- ❖ Los trastornos debidos a lesiones cerebrales, cerebro inmaduro, que interfieren en el desarrollo normal del niño(a).
- ❖ Daño dominante de las funciones motrices, se afecta tono, postura y movimiento.
- ❖ Lesión no evolutiva pero cuyas consecuencias pueden variar en el niño(a).

Las situaciones fundamentales de las afectaciones neurológicas que provocan las afectaciones parten de:

- ❖ Hipoxia en el parto.
- ❖ Hemorragias interventriculares en niños pre términos.
- ❖ Infecciones prenatales y posnatales del sistema nervioso central.
- ❖ Traumatismos.
- ❖ Incompatibilidad materna fetal.
- ❖ Intoxicaciones por agentes desconocidos.

Las manifestaciones de la parálisis cerebral, varían mucho, desde problemas leves de control motor hasta la ausencia casi total del control motor voluntario que afecta las extremidades, el tronco y la cabeza. Los tipos de parálisis se describen según el patrón neurológico o fisiológico del tono muscular y la tipografía de la difusión corporal y están

relacionados con la localización y el alcance de la lesión no progresiva. Garrison, J.S (2003).



La hipertonía, la de mayor incidencia, consiste en un tono o patrón fisiológico anormal y se define por la resistencia elevada al movimiento expuesto por la articulación. Se describe como espasticidad, distonía, rigidez o una combinación de ellas, actualmente se describe que la misma no suele manifestarse de forma aislada, existiendo una sintomatología asociada o por una adopción de postura.

Hay algunas enfermedades asociadas habitualmente a la parálisis cerebral que con frecuencia influyen en la clasificación de la gravedad de la misma. Un sistema clásico y sencillo de clasificar la gravedad de las parálisis es el que utilizan los términos de:

Leve (no hay limitaciones a las actividades habituales).

Moderada (limitaciones en las actividades de la vida diaria y posible uso de dispositivo de ayuda).

Grave (limitaciones moderadas o intensas).

1.5 Factores de riesgo y etiología.

Los motivos de la parálisis cerebral abarcan todas las causas de lesión cerebral durante los períodos pre, peri y posnatal, así los factores que refieren a las mismas son:

Prenatal

- ❖ Prematuridad.
- ❖ Bajo peso.
- ❖ Retardo del crecimiento intrauterino.
- ❖ Malformaciones cerebrales.

Infecciones congénitas.

- ❖ Problemas de encefalopatías.

Perinatal

- ❖ Trauma obstétrico.
- ❖ Anorexia.
- ❖ Hipoxia.

Posnatal

- ❖ Convulsiones.
- ❖ Secundarias o meningitis.
- ❖ Secundarias o hemorragias intracraneales.

La prematuridad esta considerado como el factor de riesgo más frecuente, siendo la leuco malacia peri ventricular la patología más observada. En un gran porcentaje a nivel mundial, no se ha logrado explicar las causas de la aparición de la parálisis cerebral, aunque están bien definidos grupos de factores de riesgos asociados a la misma. Fattini, A. C.; Dangelo G.J. (2001)

Fetos múltiples.

Embarazos: Desnutrición materna.

Infección.

Factores genéticos.

	Sufrimiento fetal.
Partos	Presentación anómala. Partos múltiples.
	Prematuridad. Bajo peso al nacer.
Neonatal	Hipoxia. Infección. Hemorragia interventricular.

1.7 Diagnóstico y valoración.

Todos estos elementos, hacen de esta discapacidad, la de mayor estadística detectada por afectación en el mundo. Por lo que existe una cronología para su detección, valoración, diagnóstico y rehabilitación. Cabrera R.R (2005)

El diagnóstico de la parálisis cerebral se basa en el estudio de las historias clínicas, la exploración física y los estudios diagnósticos cuando están indicados.

La obtención de una historia clínica detallada del embarazo, el período de dilatación, el parto y el período neonatal de inmediato, proporciona información sobre los factores de riesgo.

La historia del desarrollo en un niño(a) pequeño o mayor proporciona una idea de la calidad del control motor y de la consecución de los logros del desarrollo propios de la edad.

La exploración se adaptará a la edad del niño(a) e incluirá una evaluación activa (patrones de movimientos, asimetría de la función, control motor, postura, capacidad funcional, valoración del tono y marcha).

Los análisis de laboratorio y los estudios por imagen pueden ayudar a clasificar el tipo de parálisis cerebral y a pronosticar el curso clínico.

1.7 Tratamientos

La evaluación global del paciente con parálisis cerebral es multidisciplinar y debe incluir valoraciones de la salud, habilidades funcionales (motoras y cognitivas), valoraciones sensitivas y evaluaciones de apoyo y las necesidades familiares.

El trabajar con los elementos mencionados anteriormente puede ser útil, y también serán una herramienta específica en el seguimiento del desarrollo y los cambios producidos en los portadores.

El tratamiento médico indica parámetros a tener siempre en cuenta:

- ❖ Cumplir estrictamente el tratamiento de psicofármacos.
- ❖ Cumplir estrictamente el tratamiento de fármacos.
- ❖ Vigilar el estado nutricional.
- ❖ Seguir estrategias que prevengan otras enfermedades secundarias.

El tratamiento rehabilitador ha sido trabajado y experimentado por diversos autores, entre ellos se han destacado en diferentes momentos:

Bobath: con una línea de trabajo dirigida a disminuir el tono muscular.

Fay: con una técnica de tratamiento basada en reflejos simples.

Phelps: con el uso de tratamientos de terapia física y ocupacional.

Lo que si es necesario comenzar estos tratamientos en las etapas más tempranas, cambiando los contenidos del trabajo, según se vayan venciendo los objetivos, se logren progresos, para ello se emplean diversos métodos y técnicas que se modifican atendiendo a la edad cronológica del niño(a).

El entrenamiento del equilibrio y la coordinación se hacen necesarios en cualquier etapa, trabajándose a través de tareas repetitivas.

A los niños con estas características y necesidades de cuidado especiales se hace necesario aplicarle una atención estable, dirigida fundamentalmente a:

- ❖ Mejorar la postura.
- ❖ Mejorar el desplazamiento.
- ❖ Activar a través de técnicas (masaje, técnicas de medicina tradicional, ejercicios físicos, estimulación temprana y otras) las diferentes partes del cuerpo.

- ❖ Mejorar la comunicación.
- ❖ Mejorar las afectaciones afectivas volitivas.
- ❖ Mejorar el lenguaje.

1.9 Consideraciones generales sobre la familia.

En el VI Encuentro de Educación Inicial y Preescolar, celebrado en Ciudad Habana en Julio del 2003. Se ratificó a la familia como célula básica de la sociedad, como institución en la cual se producen las relaciones específicas.

Este consenso, en considerar a la familia como un grupo humano primario cuyos lazos de parentesco y/o convivencia forman un sistema peculiar que cumple entre sus funciones las de educar a sus hijos, su responsabilidad en el cuidado y protección da a la familia un amplio campo de accionar social.

Al efecto se toma una denominación dada por la Dra.: Ares Muzio (1993)... "Familia son todas aquellas personas que siempre me han acompañado, querido, cuidado y apoyado".

José Martí (1853-1895), concede a la familia un sitio en el cimiento necesario de la vida "La familia unida por la semejanza de las almas es más sólida y más querida, que la familia unida por las comunidades de la sangre".

La educación de la familia es un aspecto social de vital importancia pues esta desempeña el papel formativo ya que los padres educan a sus hijos según sus patrones.

Entonces es considerada la familia como un poderoso agente mediador del desarrollo en todos los períodos etarios del individuo donde se asumen regularidades propias, determinadas por normas, valores, tradiciones y criterios educativos que prevalecen en cada una de ellas.

En el VI Encuentro de Educación Inicial y Preescolar, celebrado en La Habana en Julio de 2003... "Se ratificó a la familia como célula básica de la sociedad, como institución en la cual se producen las relaciones específicas".

Este consenso lleva al adulto al papel de asumir su responsabilidad en el cuidado, protección y educación de su descendencia.

Para el estudio del funcionamiento de la familia se parte de elementos como:

El grado de participación en la vida social de la pareja:

Sustentado en principios como:

- ❖ Pleno ejercicio de igualdad.
- ❖ La función educativa como célula básica de la familia.
- ❖ El aprovechamiento óptimo del todo el potencial humano de ambos, entre otros.

Distribución de tareas domésticas:

Referida a la forma en que distribuyen las responsabilidades domésticas de acuerdo a forma, contenido y número.

Estructura de la autoridad familiar.

Considera la distribución jerárquica de la autoridad, teniendo en cuenta el método educativo empleado.

Rol funcional.

Este abarca la participación, estilo, comunicación, contacto físico y afectividad en la educación del niño.

1.10 ¿Qué caracteriza a la familia que tiene en su seno un niño-niña con parálisis cerebral?

Según lo emitido por... (Federación ASPACE. Su hijo tiene parálisis cerebral: una guía para los padres que viven y aprenden con sus hijos...et al... Madrid: Federación Española de Asociaciones de atención a las personas con P.C., 2002._p 7.

- ❖ En la mayoría de los casos las mismas son disfuncionales.
- ❖ Funcionamiento familiar inadecuado.
- ❖ La actividad social es deficiente.
- ❖ Se encuentra afectada la solvencia económica.
- ❖ Las condiciones del habitar no son las mejores.
- ❖ El ambiente familiar es tenso y poco alegre.

Podría decirse, que el tener un niño-niña con PC, determina que estos factores afloren al mejor funcionamiento de la familia y desde cierta perspectiva, no se estaría muy errado pues la afectación psicológica que se manifiesta, trae consigo se alteren estos elementos. Al referir elementos dados por defectólogos, psicólogos y trabajadores sociales, en la familia con niño(a) con parálisis cerebral, se rompe todo lo establecido, en el funcionamiento normal de la misma para establecer nuevas reglas de convivencia que van mucho más allá de una convivencia normal para convertirse en una supervivencia diaria.

La sociedad cubana, las organizaciones de masa, la escuela, los centros de salud, la comunidad, trabajan fielmente en mantener esta correcta función de la familia, no cesan en su empeño de que siga siendo la base sustentadora de la vida, para ello y por ello se le brinda apoyo, atención social, económica y educación, buscando que siempre el mañana sea mejor y la primera atención que reciba el niño con parálisis cerebral sea de las personas que tienen un mayor tiempo de convivencia junto a el, **la familia cuidadora**.

Pero la realidad lleva a otros momentos, donde se encuentra que no todas las familias cumplen con su papel, este falla, fundamentalmente cuando existe un desconocimiento de que puede hacer propiamente por la persona que depende para todo de la disposición y preparación, este elemento es el que no siempre está presente y por ende el que se debe reforzar.

1.11 Dimensiones a trabajar en la investigación.

Cognitiva relativa al conocimiento, busca en el niño(a) con parálisis cerebral, relacionar sonidos onomatopéyicos con las figuras presentadas, entre otras.

Emocional lograr estados positivos mantenidos.

Comunicación emitir sonidos y repetir sílabas.

Coordinación motora global: dirigida a realizar actividades simples y combinadas sobre la marcha y de forma estática.

Coordinación motora fina y juegos: poder realizar trabajo de mesa con acciones simples y ser capaz de repetir de forma continua acciones de juegos con tareas sencillas.

Habilidades manuales poder realizar tareas sencillas como doblar un pañuelo, insertar objetos, entre otras.

Integración perceptiva sensorial buscando el lugar de donde se emiten diferentes sonidos hasta localizarlo, entre otras.

Percepción táctil reconocer diferentes texturas.

Independencia y hábito social en actividades diarias buscando fundamentalmente que tomen iniciativas propias y se relaciones con otras personas.

Alimentación comenzando por las más sencillas como comer pan o galleta sin ayuda.

Higiene las sencillas manipular el cepillo de boca y aceptar el aseo.

Vestuario comenzar con las sencillas calzarse las chancletas.

Capítulo 2

La organización del tratamiento de los pacientes en las condiciones naturales de la Comunidad Condado Norte de Santa Clara.

2.1 La zona y los sujetos de la investigación.

El Condado Norte, se encuentra limitado geográficamente a partir de las calles Caridad y Central incorporando a la misma diferentes vías hasta llegar a la Circunvalación Norte. Dentro de su extensión se encuentran ubicadas 220 zonas, de las cuales dos la número 6 y 7 enmarcan esta investigación.

Así se señalan en su contexto urbano:

2 escuelas de enseñanza primaria, 1 de enseñanza media, 1 policlínico docente, 1 sala de rehabilitación, 3 consultorios médicos y 4 tiendas minoristas que brindan servicios a los habitantes de la misma.

En el policlínico docente “XX Aniversario” y específicamente en la sala de rehabilitación, perteneciente al mismo se ofrece la atención asistencial a personas con diferentes discapacidades. En el mismo trabajan médicos, enfermeras, defectólogos, trabajadores sociales, psicólogo, fisioterapeutas y otros técnicos de la salud.

Al analizarse las ofertas del centro, se verifica que se aplican a aquellas personas que necesitan de la atención incluida la ambulatoria, aunque la sistematicidad del trabajo ambulatorio se ve afectado por el número de especialistas que deben de realizar de forma rotativa esta labor, al estar seleccionados de 2 a 3 técnicos para que visiten en horas de la mañana un total de 20 casas, donde sólo aplican determinados grupos de ejercicios, obviando por ejemplo los dirigidos al trabajo de la motora fina, la comunicación, técnicas de relajación, juegos entre otras.

Población.

Se tomaron en esta investigación:

10 niños (as) con parálisis cerebral.

10 familias cuidadoras (madres).

2.2 Algunas consideraciones a tener en cuenta en el proceso investigativo.

La cultura física en su perfil terapéutico y profiláctico trabaja la esfera psicopedagógica de rehabilitación física, en diversas patologías y otros contextos, entre ellos las incapacidades ortopédicas, enfermedades cardiovasculares y trastornos psicomotores.

Comúnmente el tratamiento a través de programas de ejercicios, van dirigidos hacia una concepción estrictamente motora con matices de intervención de la familia y de la sociedad en su conjunto. Partiendo de esta concepción se pueden desarrollar diferentes formas de intervención psicomotriz que encuentran su aplicación en áreas que deban ser tratadas en personas bajo estas condiciones neurológicas.

Muchos de los contenidos de base de la psicomotricidad son tratados en los programas establecidos de rehabilitación física con la utilización de diversos métodos de la terapia por ejercicios que establece Sídney and Lich.

Si bien el hombre nace para aprender y se mantiene aprendiendo a lo largo de toda la vida..."La apropiación de un nuevo conocimiento surge de la confrontación que se establece entre conocimientos anteriores y de sus propias concepciones de la nueva información"...Giordas.A, (1999).

Partiendo de lo aceptado de esta reflexión y antes de comenzar a trabajar en los tres momentos en la enseñanza de estas acciones, con la familia cuidadora, se agruparon los casos, teniendo en cuenta:

Criterios de especialistas que trabajan en el área terapéutica.

Emitieron una visión global de los trastornos del desarrollo psicomotor en las formas de intervenciones iniciales de los casos, su conducta en el hogar y el nivel de conocimiento de la familia.

Identificación del nivel de validismo.

Ya sean física, psíquica o social, definió los niveles de dependencia dado las deficiencias psíquicas que aparecen acompañando los diversos cuadros clínicos y las formas más comunes de alteraciones motrices.

Valoración de la conducta psicomotora.

Aportaron las conductas motrices de base, aspectos como la tonicidad de los músculos, control respiratorio, disociación motriz, equilibrio y la coordinación tanto dinámica como vasomotora.

Conductas perceptivas motrices.

Donde se valora la orientación espacial, estructura temporal y las conductas neuromotrices dadas por la lateralidad, en los casos seleccionados.

2.3 Valoración de la atención y sus reacciones más importantes.

Al ser un proceso de reeducación, la relación surgida con otras personas posibilita la aparición de conductas y actitudes básicas que permiten identificar trastornos en el desarrollo motor, se detectan las dificultades en la atención del mismo en las diferentes áreas del hogar.

Durante el período inicial de la puesta en práctica con una duración de tres meses que abarco desde el diagnóstico inicial y culmino con la realización de 6 talleres, se trabajó con la familia cuidadora, buscando dar cumplimientos a aspectos como:

- ❖ Seleccionar al local para realizar los talleres.
- ❖ Tener en cuenta todos los aspectos irrelevantes que puedan existir durante la práctica.
- ❖ Seleccionar el personal que trabajaría en los talleres.
- ❖ Fijar patrones de los movimientos que se enseñarían.
- ❖ Trabajar un patrón de coordinación durante un período de tiempo.
- ❖ Establecer una retroalimentación durante la ejecución de la actividad, entre otras tareas.
- ❖ Implicar a otras personas en la realización de los mismos(trabajador social)

Al analizar, los resultados de esta primera etapa con los implicados. Se valoró que los métodos de trabajo posibilitaron brindar la información que abarca:

Analítico – Sintético

Trabajar los procesos cognoscitivos

- ❖ Levantamiento y estudio de casos de parálisis cerebral en las zonas 6 y 7 con las cuales se trabajó.

- ❖ Estudio de las historias clínicas.
- ❖ Conocer aspectos importantes para el desarrollo de la investigación como a asistencia o no de los mismos a las salas de rehabilitación.
- ❖ Caracterizar a la familia cuidadora.

Histórico – Lógico

Trabajar con las regularidades que desde el punto de vista de la rehabilitación van dirigidas al discapacitados en los procesos de perfeccionamiento y re conceptualización a partir de la década del 80 y hasta la actualidad así los criterios de trabajo contemplados en el actual en el Plan de Acción Nacional, permitió establecer un antes y un después de iniciado esta investigación.

Métodos del nivel empírico.

Encuesta escrita grupal

Empleada en el primer momento de la investigación, permitió conocer, la veracidad del estado de conocimiento y disponibilidad para trabajar las acciones de la cultura física en condiciones naturales, que tienen la familia cuidadora en la Comunidad Condado Norte de Santa Clara.

Los rangos de las mismas fueron: Dicotómica, Ordinal de rango estrecho y Nominal.

Las preguntas fueron dirigidas a:

- ❖ Conocer las afectaciones patológicas y otras secuelas derivables de la misma que presentan el niño(a) con parálisis cerebral.
- ❖ Conocer el grado de validismo de los portadores.
- ❖ Conocer la intensidad, variantes y formas de realizar el conjunto de acciones con medios naturales de la cultura física con el niño(a) con parálisis cerebral.
- ❖ La aceptación e interés que presenta la familia en el transcurso del mismo.
- ❖ Constatar el dominio de las dimensiones establecidas para el trabajo con el niño(a) con parálisis cerebral.
- ❖ Determinar si existía algún conocimiento sobre los ejercicios que podrían trabajar y otras.

Observación directa y estructurada empleada en dos momentos de la investigación (inicio y final), permitió establecer las diferencias que aparecieron, en la ejecución de las

dimensiones decretadas una vez aplicadas el conjunto de acciones con medios naturales de la cultura física. En la observación se midieron los indicadores estableciendo través de índices de tareas evaluadas en Si y No.

Criterio de expertos:

La metodología aplicada para la aplicación del método de "Criterio de Expertos", fue tomada de la Conferencia Especializada impartida por la Dra.C Mesa Anoceto (7-10, 33p) en el programa doctoral en Ciencias de la Cultura Física en Villa Clara.

El método tiene 5 etapas para su ejecución.

1. Elaboración del objetivo.
2. Selección de los expertos.
3. Elección de la metodología.
4. Aplicación de la metodología seleccionada.
5. Procesamiento de la información.

Elaboración del objetivo.

El objetivo de la aplicación de este método es valorar la viabilidad, en cuanto a utilidad social y calidad formal, del conjunto del conjunto de acciones con medios naturales de la cultura física en el tratamiento ambulatorio del niño(a) con parálisis cerebral de la Comunidad Condado Norte de Santa Clara.

2.4 Selección de los expertos.

Para realizar la valoración del conjunto de acciones con medios naturales de la cultura física, dirigido al tratamiento ambulatorio de niños con parálisis cerebral en la Comunidad Condado Norte de Santa Clara, se recurre al método de evaluación de expertos, para ello se valoran los elementos a tener en cuenta para su posible selección.

Realizado este proceso de forma clásica, se da seguimiento y se establece:

1. Cumplimiento de los requisitos de inclusión elaborados para cumplimentar nuestras demandas de cooperación, en particular relacionadas con el tratamiento con medios naturales de la cultura física en parálisis cerebral.
2. Determinación del coeficiente de conocimientos y competencia a través de su autovaloración acerca del tema objeto de investigación y del cálculo del coeficiente de competencia de los Expertos.

Para su comprensión se da a conocer los pasos utilizados:

Los seleccionados debían cumplir los siguientes requisitos de inclusión:

- ❖ Ser Licenciado en Cultura Física, Rehabilitador Físico o Defectólogo.
- ❖ Tener diez o más años de experiencia en el tratamiento en niños con parálisis cerebral.
- ❖ Trabajar o tener alguna experiencia en centros de rehabilitación física con niños con parálisis cerebral.

Tabla # 1. Selección de los expertos para la valoración de la propuesta:

Características.	10 años	%	Más de 10 años	%		
Años de experiencia						
	Menos de seis meses	%	Más de seis meses	%		
Centro de trabajo	Centro de atención. especial		Sala de rehabilitación		Otras	
Centro de trabajo	Cantidad	%	Cantidad	%	Ctd	%

Quedando al final la selección de expertos como a continuación se refiere:

- 1 Dr.C. en Ciencias de la Cultura Física.
- 3 MSc. en diferentes especialidades de la Cultura Física.
- 2 MSc. especialistas en discapacidades (Defectólogos).
- 1 Licenciada en Cultura Física.
- 3 Licenciadas en rehabilitación física.

Tabla # 2 Relación de expertos que participan en la investigación.

Expertos	Ocupación	Años de experiencia	Título Categoría científica
----------	-----------	---------------------	--------------------------------

Para la determinación de la competencia, se propuso a los expertos hacer una autoevaluación de sus conocimientos relacionados con el tema objeto de enjuiciamiento. Se calculó además, el Coeficiente de Competencia de los Expertos. La Metodología utilizada para determinar el coeficiente de competencia consistió en lo siguiente:

Se utilizó la expresión:

$$K = 1/2 (K_a + K_r)$$

Donde:

K_a : Coeficiente de Competencia Absoluto. Se determina por la relación entre el número de casos en que el experto evaluó correctamente el desarrollo futuro de investigaciones y el número total en que él mismo ha participado como experto.

$$K_a = \frac{\text{Cantidad de casos correctos}}{\text{Cantidad de casos valorados}}$$

K_r : Coeficiente de Competencia Relativa. Se determina por la relación de la efectividad absoluta del experto y la efectividad absoluta media del grupo de expertos.

$$K_r = \frac{K_{ai}}{1/n (\sum_{i=1}^n K_{ai})}$$

El código de interpretación del Coeficiente de Competencia de los Expertos es el siguiente:

Si $0,8 < K < 1,0$; entonces el coeficiente de competencia es alto.

Si $0,5 < K < 0,8$; entonces el coeficiente de competencia es medio.

Si $K < 0,5$; entonces el coeficiente de competencia es bajo.

Tabla # 3 Código de Interpretación del Coeficiente de Competencia de los Expertos.

Fuentes de argumentación	Grado de influencia de cada una de las fuentes en sus criterios.		
	Alto (A)	Medio (M)	Bajo (B)
1. Análisis teóricos realizados acerca del tratamiento rehabilitador con niños con parálisis cerebral.			
2. Experiencia obtenida en la aplicación práctica de acciones la cultura física con niños con parálisis cerebral.			
3. Trabajos de autores nacionales acerca del tratamiento de la parálisis cerebral.			
4. Trabajos de autores extranjeros acerca del tratamiento de parálisis cerebral			
5. Conocimiento del estado del tratamiento de la parálisis cerebral en Cuba.			
6. Conocimiento del estado del tratamiento de la parálisis cerebral en el extranjero.			
TOTAL	0,8 < 1	0,5 < 0,8	0,5

Esta metodología es aplicable porque los expertos seleccionados, ya han realizado esa función. Estos criterios se integran en lo que suele llamarse "efectividad de la actividad profesional del experto".

Tabla # 4. Criterios en la selección de expertos.

Expertos	Competencia			Disposición a participar		Currículo satisfactorio	
	Autovaloración		Coeficiente De competencia	Si	No	Si	No
	Conoce el tema	Desconoce el tema					

Elección de la metodología.

Para la aplicación del método de evaluación a través del Criterio de Expertos existen varias metodologías, según conferencia impartida por la Dra. C. Mesa Anoceto (33,9).

Las más utilizadas son:

Metodología de la Preferencia.

Metodología de la Comparación por Pares.

Metodología Delphy o Delfos.

En esta investigación la metodología llevada a cabo es la de "La Preferencia".

Aplicación de la metodología seleccionada.

En esta metodología, los Expertos asignaron las categorías de:

- ☺ Muy adecuado.
- ☺ Bastante adecuado.
- ☺ Adecuado
- ☹ Poco adecuado.
- ☹ No adecuado.

1. Estas categorías son asignadas, según la utilidad social y calidad formal, a cada uno de los aspectos a evaluar. Los aspectos a evaluar parten de los ejercicios propuestos a forman parte de las acciones de la Cultura Física.
2. La información, recopilada de cada uno de los Expertos de forma individual, se almacenó en una tabla resumen, donde aparecen los criterios de evaluación de todos los Expertos, en cada uno de los aspectos a evaluar.

Tabla # 5 Valoración emitida por los Expertos sobre los ejercicios de la propuesta.

Aspectos a evaluar	Evaluación por aspectos (en categorías, según la utilidad social y calidad formal)				
	MA	BA	A	PA	NA
Ejercicios de coordinación.					
Ejercicios de equilibrio.					
Ejercicios correctores.					
Ejercicios pasivos.					
Ejercicios activos resistivos.					
Trabajo de la motora fina.					
Juegos					

Procesamiento de la información.

La información, recopilada de cada uno de los expertos de forma individual, se almacena en una tabla resumen, según la categoría que obtuvo mayor relevancia (Moda).

Atendiendo a la fundamentación teórica de los medios de la cultura física y sus potencialidades en el tratamiento de la parálisis cerebral, se asume que debe tenerse en cuenta, para aplicar la misma, los análisis que a continuación se refieren, así como los principales elementos que la componen.

Según Bobath...la inhibición de los reflejos, más bien que su utilización es el principio básico del sistema del tratamiento... (1957).

Entonces antes de comenzar la aplicación de estas acciones con medios naturales de la cultura física en el tratamiento ambulatorio del niño(a) con parálisis cerebral de la Comunidad Condado Norte de Santa Clara, no deben olvidarse factores a consideraren su confección:

- ❖ Edad cronológica y mental.
- ❖ Estado de la inteligencia.
- ❖ Estado físico.
- ❖ Psicología y estado emocional.
- ❖ Comunicación.
- ❖ Auto cuidado.
- ❖ Locomoción.
- ❖ Aspecto general.

Todos estos factores son clave en la selección y aplicación de las acciones, ya que la familia cuidadora para aplicar las mismas en condiciones naturales debe tener presente cada factor ya referido en cada acción diaria para profundizar o cambiar el contenido de la misma.

2.5 Los principios de las acciones.

Según García Núñez, (2000), los principios fundamentales en todo tratamiento de rehabilitación del niño(a) con parálisis cerebral vienen relacionados por:

- ❖ Relajación muscular.
- ❖ Educación del dominio de los movimientos voluntarios.
- ❖ Desarrollo de patrones de energía motora.

Todos forman parte de un sistema total del tratamiento y deben aplicarse sucesivamente.

2.6 Los métodos del tratamiento.

Garrison, 2006 (en su libro “Manual de medicina física y rehabilitación. 363 p.) orienta tres ángulos principalmente a tener en cuenta en el tratamiento:

- I. El uso de los reflejos subcorticales utilizados con dos finalidades:
 - a). facilitar la reeducación motora al relajar los grupos espásticos.
 - b). movimientos subcorticales reflejos que pueden ser aceptados y adaptados por la corteza cerebral.
- II. La reeducación motora.
- III. Los reflejos subcorticales bulbares y medulares si están conservados en general y se pueden utilizar para conseguir patrones corticales motores.

Así el primer paso en el tratamiento, es enseñar a la familia cuidadora a trabajar la inhibición de la actividad refleja primitiva, al colocar varias articulaciones en la posición contraria a la que tienden a asumir. La articulación que generalmente se encuentra en flexión se coloca en extensión, combinando en aquellos que en flexión y extensión no puede obrar (espasticidad), buscando al reducir la misma se facilite el funcionamiento de los sistemas propioceptivos y la movilidad voluntaria, siguiendo para ello varias etapas con un orden de trabajo lógico que debe comenzar con:

- ❖ Acoplamiento o combinación de las articulaciones proximales de los miembros.
- ❖ Aplicar movimientos pasivos en posición inhibitoria en varias articulaciones de forma simultánea y sucesiva.
- ❖ Realizar inhibición sin ayuda, suprimiendo por si mismo el reflejo.
- ❖ Aumento gradual de la velocidad de los movimientos pasivos.
- ❖ Introducir movimientos activos y posiciones donde ya se ha podido variar el tono muscular.

Se hace importante también, que la familia cuidadora conozca de manera sencilla los aspectos morfológicos indispensables para aplicar las técnicas rehabilitadoras en el niño(a) con parálisis cerebral.

Tronco Cerebral: tiene dentro de sus funciones controlar los reflejos de la respiración, circulación, digestión, entre otros, el control de la musculatura del cuello y el de la musculatura ocular.

Reflejos Acústicos: dado por los estímulos analíticos que determinan una actividad física en los músculos del cuello que a la vez modifican la postura de acuerdo con la intensidad y dirección del mensaje auditivo. Estos reflejos al ser poli sinápticos también se manifiestan a través del órgano de la visión.

Reflejo Vestibular o Tónico laberíntico: en ellos la entrada aferente corresponde a la división vestibular del VIII par craneal.

Reflejo de adquisición de la postura: mecanismos reflejos del tronco cerebral tendientes al mantenimiento de la postura normal o relación armónica espacial entre las diferentes partes del cuerpo.

Encéfalo: el cual regula el tono muscular y la distribución del mismo, el grado de tensión de los diferentes grupos musculares (flexores y extensores).

Cerebelo: relacionado con la coordinación de los movimientos, desempeña un papel importante en el mantenimiento del equilibrio del cuerpo en el espacio, influye sobre el tono muscular, teniendo un carácter reflejo.

Hemisferios Cerebrales: en el se constituye el denominado sistema extra piramidal el cual influye directamente en la parálisis cerebral y que asegura el automatismo de los movimientos, la contracción muscular en una combinación y sucesión determinada por ejemplo la marcha y la carrera..

Reflejos Incondicionados: se presentan como respuestas a excitaciones determinadas innatos, se denominan también como instintos.

Reflejos Condicionados: al ser adquiridos durante la vida del individuo, los mismos responden a condiciones determinadas con base de los reflejos incondicionados

2.7 Propuesta de talleres

Antes de realizar los mismos, se tuvo en cuenta tres momentos establecidos para buscar una correcta ejecución de la parte práctica.

Primer Momento

Estudio de casos.

Partiendo, que la mejor forma de aplicar la información teórica de esta investigación, es relacionarla directamente con las personas discapacitadas y la familia cuidadora. Una vez obtenidos y analizados los resultados de las historias clínicas, donde se constato las edades cronológicas-físicas, el estado de validismo y otras características invalidantes, que demostraron un desarrollo motor que oscilaba entre 2-4 años, para una edad cronológica oscilativa de 6,7 y 8 en los 10 casos.

Se seleccionaron los tipos de acciones a enseñar en los talleres a la familia cuidadora, enmarcando este diariamente, con una hora fija, y un tiempo de duración que oscile entre los 10 a 40 minutos de trabajo.

Segundo Momento.

Selección del contenido de las acciones.

Ejercicios de coordinación.

Dirigidos a trabajar la parálisis. Su objetivo en el tratamiento va encaminado a mejorar y perfeccionar el hábito de la combinación coordinada de los movimientos en la vida común.

Ejercicios de equilibrio.

Al existir alteración de la circulación sanguínea en el cerebro y aparato vestibular, en la parálisis cerebral, están encaminados fundamentalmente a contribuir al restablecimiento de las funciones perdidas y mejorar la postura.

Ejercicios correctores.

Para corregir distintas deformidades de la columna vertebral, caja torácica y pie, son ejercicios corrientes dirigidos a condicionar una acción estrictamente local.

Ejercicios pasivos.

Desarrollan el sentido cinostónico, deben realizarse con ritmos determinados y repetitivos y así lograr que el niño adquiera la noción entre tiempo y movimiento. Los ejercicios deben ser lentos sobre todo al principio de la actividad, evitándose así los reflejos de estiramiento. Estos movimientos sirven también para corregir las contracturas.

Activos resistivos.

Aplicados por medio de la fuerza externa, sin ayuda del implicado, ni resistencia voluntaria la fuerza se aplican con un ángulo de movimiento normal de la articulación o con un ángulo de movimientos limitado, ayudando en la parálisis cerebral a aumentar el movimiento de la articulación.

Trabajo de la motora fina

Aplicados por medio de acciones de insertar, trazar, rellenar y dibujo libre, se buscan a través de ellos activar los músculos de las manos mejorando la amplitud de sus movimientos y la rigidez de las mismas.

Juegos

Buscando fundamentalmente establecer la comunicación y estimular otros sistemas como sensitivos y perceptivos del niño(a).

Los objetivos de estos ejercicios son dirigidos a:

- ❖ Evitar adherencias, contracturas, conservar la movilidad articular y la flexibilidad de los tejidos como la piel, la fascia y la capsula articular.
- ❖ Lograr contracciones activas de los músculos mediante reflejos de estiramientos.
- ❖ Mantener imagen sensorial y psicomotora.
- ❖ Ayudar a la circulación de retorno.
- ❖ Enseñar al niño lo que se desea que el realice activamente.
- ❖ El tiempo de trabajo debe realizarse en un tiempo de 10' a 40 minutos.

Tercer momento

Donde se aplicaron los talleres con el objetivo de preparar a la familia cuidadora para su posterior trabajo con el niño(a) con parálisis cerebral en la Comunidad Condado Norte de Santa Clara.

Se trabajó en los talleres buscando:

- ❖ Crear un clima de libertad entre participantes y mediador, favoreciendo la comunicación.
- ❖ Fomentar el desarrollo de la personalidad de las personas que asistieron.
- ❖ Facilitar el dialogo y confrontación de experiencias.
- ❖ Estimular la creatividad y la crítica.
- ❖ Favorecer las motivaciones, capacidades y potencialidades de los participantes.

Estos talleres estuvieron caracterizados por:

Intencionalidad:

Estructurados sobre concepciones actuales de la preparación de la familia cuidadora, las relaciones extra familiares, en condiciones donde lo importante es movilizar los

recursos cognitivos y afectivos para enfrentar la situación viviente, teniendo en cuenta características y potencialidades con que se cuenta.

Grado determinación:

Diseñados para elevar el nivel de preparación de la familia cuidadora, teniendo en cuenta sus potencialidades y debilidades.

Capacidad referencial:

Insertado en un contexto social.

Grado de amplitud:

Por partir de una organización sistemática, sus componentes deben ser seleccionados, distinguirse entre si y a la vez relacionarse.

Aproximación analítica del sujeto:

Por tener en cuenta los resultados evolutivos actuales adoptados y que podrán modificar el modo de actuación de la familia cuidadora.

Flexibilidad:

Se realizaron y adecuaron cambios en donde y como aplicar las acciones naturales de la cultura física, teniendo en cuenta que la personas que realizan las mismas, siempre deben tener presente elementos referenciales para su trabajo como:

- ❖ El desarrollo del control tónico ligado al desarrollo del control postural, por lo que ambos aspectos deberán trabajarse paralelamente.
- ❖ Limitaciones en las actividades.
- ❖ Limitaciones en la participación.
- ❖ Las habilidades adaptativas del niño niña con parálisis cerebral.
- ❖ Realizar el trabajo de manera individual.
- ❖ Contactar las limitantes de los mismos en el espacio.
- ❖ Las limitantes al (deambular, trepar, levantarse, sostenerse y sentarse).
- ❖ Sus posibilidades de expresión a través de la mímica.
- ❖ Las percepciones de las diferentes partes del cuerpo.
- ❖ La existencia o no de la comunicación.

Capítulo 3

Análisis de los resultados.

Luego de dar cumplimiento a los procedimientos metodológicos e investigativos que sustentaron esta investigación, se examina en detalle cada elemento obtenido en la misma que da cumplimiento a los objetivos planteados.

3.1 Sobre los resultados del diagnóstico actual del tratamiento de rehabilitación de parálisis cerebral en la Comunidad Condado Norte de Santa Clara.

En el estudio realizado en documentos normativos del trabajo de las áreas terapéuticas, se incluyeron:

Historias clínicas de diez niños con parálisis cerebral de las zonas 6 y 7.

Programas aplicados en la sala de rehabilitación, para conocer el sistema ambulatorio establecido al respecto.

Se aplicó a la familia cuidadora una encuesta Inicial, cuyas respuestas, aportaron sobre el conocimiento que la familia cuidadora tenía sobre el niño(a) parálisis cerebral de forma general y en lo particular el conocimiento sobre las dimensiones y los ejercicios que debían trabajarse. El método utilizado en el procesamiento de las encuestas fue el de distribución empírica de frecuencia.

En la observación inicial y final dirigidas a conocer como se comportaban las dimensiones y la mejoría de los resultados en el niño(a) se utilizó la distribución binomial y la Prueba de McNemar.

Resultados de la Encuesta de Inicio de la investigación (Ver Anexo7).

Tabla # 1

Sobre el conocimiento que la familia cuidadora tiene del niño(a) con parálisis cerebral.

d) Afección respiratoria.

e) Epilepsia/ Crisis convulsiva.

f) Hipertensión arterial.

g) Otros trastornos del movimiento.

Tabla # 2

Sobre la necesidad de asistirlo frecuentemente con médicos.

Tabla #3

Si recibe rehabilitación con regularidad.

Tabla # 4

Si realiza alguna acción física para estimularlo en el hogar.

Tabla # 5

Saber los motivos que llevaron a convertirse en familia cuidadora.

Tabla # 6

Si está interesada en prepararse y poder realizar acciones de la cultura física

Tabla # 7

Conocer el nivel escolar

Tabla # 8

Que sabe de las dimensiones que puede trabajar en el hogar.

Tabla # 9

Conocer si sabe aplicar alguna de las dimensiones.

Encuesta

La familia cuidadora reconoce que sobre la parálisis cerebral que presentan su niño(a), sólo conocen lo que les refirieron en las consultas médicas a las cuales asisten, ya que una vez insertadas en el programa de familia cuidadora, se limitaron al cuidado del niño(a) sin poner en práctica otra acción que les permitiese interactuar, buscando mejorar las dimensiones establecidas las cuales desconocían ya que nunca sus niños habían sido valorados en el CDO, al igual que las acciones en condiciones naturales de la cultura física que cuales trabajar. La atención al niño(a) sólo respondía a los procesos de higiene y alimentación y no se habían interesado en recibir conocimientos para poder desarrollar otras actividades. Aún así aceptan incorporarse a la propuesta de la investigación para recibir la preparación que les permita aplicar el conjunto de acciones con medios naturales de la Cultura Física que propone la misma.



Observación realizada al Inicio y Final de la investigación de los indicadores al niño(a) con parálisis cerebral en la Comunidad Condado Norte de Santa Clara. Aplicada en el Centro de Diagnóstico y Orientación (CDO) de la Provincia de Villa Clara. **(Ver anexo 8).**

Dimensión	Indicadores	Índices	
		SI.	NO
Cognitiva	<p>Repetir sonido onomatopéyico.</p> <p>Emitir sonido onomatopéyico respondiendo a la tarjeta representativa presentada.</p> <p>Separar hasta dos colores.</p> <p>Reconocer personas conocidas según fotos presentadas (hermano, abuelos, primos).</p>		
Emocional	Comenzar y mantener el día con estado emocional positivo.		
Comunicación	Repetir sonidos fónicos.		
Coordinación motora global	Poder ejecutar algunas de las acciones presentadas en la investigación.		
Coordinación motora fina y juegos	Poder ejecutar algunas de las acciones presentadas en la investigación.		
Perceptivo sensorial	<p>Reconocer diferentes sonidos.</p> <p>Repetir sonidos.</p> <p>Buscar el origen de los sonidos.</p> <p>Reconocer el pulso marcado.</p>		

Perceptivo táctil	Manipular objetos diferentes.		
Habilidades sociales e independencia	Llorar ante la presencia de personas que visiten el hogar. Estar dispuestos a realizar tareas por si solos. Tener disposición de compartir con otras personas del hogar y fuera de este. Presentar agresividad con los demás y para el mismo.		
Alimentación	Tomar por si solo alimentos como pan y galletas. Poder sostener y llevar a la boca recipientes pequeños que contengan poco alimento.		
Higiene	Aceptación del aseo diario. Descontrol en el sistema esfínter		
Vestuario	Ponerse por si solos alguna pieza del vestuario.		
Habilidades manuales	Realizar trazos seguidos. Insertar objetos. Armar piezas.		

Los resultados de la misma se trabajaron por el sistema McNemar, donde se tomo como un nivel de significación prefijado 0,05, así cuando $\hat{\theta} = 0,05$ sea mayor que el θ que de la prueba se obtendrán cambios en la misma. **(Ver anexo 8)**.

Observándose que solo existieron cambios en las dimensiones:

Perceptivo: indicador referente a repetir sonidos presentados.

Táctil referido a manipular diferentes objetos.

Alimentación, indicador de tomar por si solos alimentos sencillos.

Habilidades Manuales, indicador de realizar trazos, elemento este vinculado estrechamente al trabajo de la Motora Fina.

No obstante, se debe señalar que aunque las demás dimensiones se mantuvieron proporcionalmente sin grandes variaciones en los resultados observados, existe una mejoría en las mismas.

Resultados de la evaluación de la propuesta a través del método del Criterio de Experto, cuyo objetivo fundamental es dirigido a valorar la viabilidad y la utilidad social y de los componentes de la propuesta de las acciones con medios naturales de la cultura física en el tratamiento ambulatorio del niño(a) con parálisis cerebral de la Comunidad Condado Norte de Santa Clara. Donde se emplearon las técnicas estadísticas de Medidas Descriptivas (Moda).

Tabla # 1.Selección de los expertos para la valoración de la propuesta.

Características.	10 años	%	Más de 10 años	%		
Años de experiencia	1	10	9	90		
	Menos de seis meses	%	Más de seis meses 10	%		
				100		
Centro de trabajo	Centro de atención. especial		Sala de rehabilitación		Otras	
Centro de trabajo	Cantidad	%	Cantidad	%	Ctd	%
	2	20	4	40	4	40

Tabla # 2. Relación de los expertos en la investigación. Aspectos relevantes.

Expertos	Ocupación	Años de exper.	Título. Categoría científica.
Dr.C. Jomo Kenyata Moré Chang.	Profesor auxiliar de la UCCFD-VC. Jefe de sala de rehabilitación física. Policlínico Nazareno.	24	Dr.C. en Ciencias de la Cultura Física. Dr. en Medicina. Especialista en 1er grado en Medicina Física y Rehabilitación
MSc. Daniela Palacio	Profesor asistente Actividad física adaptada. Cimaf.UCCFD.	29	Licenciada en Cultura Física. MS.c Ciencias de la Educación Avanzada.
MS.c Gonzalo Ramos Alfonso	Profesor principal Control médico. Cimaf.UCCFD.	24	Licenciad en MS.c Ciencias de la Educación Avanzada.
MSc. Juana Mesa Abreu	Profesora rehabilitadora. C.I Alegre Despertar.	27	Licenciada en Cultura Física. MS.c Actividad Física en la Comunidad
Lic. Diana Pérez Rodríguez	Profesor asistente Educación preescolar.	10	Licenciada en Cultura Física.
MS.c Mariela Cepero Zúñiga.	Defectologo Profesora ambulatoria.	21	Licenciada en Educación Escolar MS.c Ciencias de la Educación.
MSc. Mayuli Cervando Ruíz	Defectologo. Metodóloga del CDO.	19	Licenciada en Educación Escolar MS.c Ciencias de la Educación Especial
Lic. Marilin Gómez Treto.	Rehabilitadora Física.	24	Licenciada Rehabilitación Física
Lic. Violeta López Valdés	Rehabilitadora Física.		Licenciada Rehabilitación Física
Lic. Patricia Lora Ruíz.	Rehabilitadora Física.	19	Licenciada Rehabilitación Física

Tabla # 3 Código de Interpretación del Coeficiente de Competencia de los Expertos.

Fuentes de argumentación	Grado de influencia de cada una de las fuentes en sus criterios.		
	Alto (A)	Medio (M)	Bajo (B)
1. Análisis teóricos realizados acerca del tratamiento rehabilitador con niños con parálisis cerebral.	0.3	0.2	0.2
2. Experiencia obtenida en la aplicación práctica de acciones la cultura física con niños con parálisis cerebral.	0.4	0.3	0.2
3. Trabajos de autores nacionales acerca del tratamiento de la parálisis cerebral.	0.05	0.05	0.025
4. Trabajos de autores extranjeros acerca del tratamiento de parálisis cerebral	0.05	0.05	0.025
5. Conocimiento del estado del tratamiento de la parálisis cerebral en Cuba.	0.1	0.1	0.025
6. Conocimiento del estado del tratamiento de la parálisis cerebral en el extranjero.	0.1	0.1	0.025
TOTAL	0,8 < 1	0,5 < 0,8	0,5

Tabla # 4. Criterios en la selección de expertos.

Expertos	Competencia		Coeficiente de Competencia	Disposición a participar		Currículo Satisfactorio	
	Autovaloración			Si	No	Si	No
	Conoce el tema	Desconoce el tema					
Dr.C. Jomo Kenyata Moré Chang.	x		0.1	x		x	
Ms.C Daniela Palacio	x		0.95	x		x	
MsC Gonzalo Ramos Alfonso.	x		0.95	x		x	
Ms.C Juana Mesa	x		0.97	x		x	
Lic. Diana Pérez Rodríguez.	x		0.80	x		x	
Ms.C Mayuli Cervando Ruíz.	x		0.90	x		x	
Ms.C Mariela Rodríguez Bello.	x		0.95	x		x	
Lic. Marilin Cepero Zúñiga	x		0.98	x		x	
Lic. Violeta López Valdés	x		0.98	x		x	
Lic. Patricia Lora Benítez	x		0.98	x		x	

Tabla # 5 Valoración de los ejercicios

Aspectos a evaluar	Evaluación por aspectos (en categorías, según la utilidad social y calidad formal)				
	MA	BA	A	PA	NA
Ejercicios de coordinación.	10				
Ejercicios de equilibrio.	10				
Ejercicios correctores.	10				
Ejercicios pasivos.	10				
Ejercicios activos resistivos.	10				
Trabajo de la motora fina.	10				
Juegos	10				

Los diez expertos que participaron en la investigación, al emitir su valoración sobre la propuesta de ejercicios y sus acciones, convergen en que la misma es muy adecuada.

Diseño de las acciones de la cultura física.

Movimientos pasivos:

Desarrollan el sentido cinostónico, deben realizarse con ritmos determinados y repetitivos y así logra que el niño adquiera la noción entre tiempo y movimiento. Los ejercicios deben ser lentos sobre todo al principio de la actividad, evitándose así los reflejos de estiramiento. Estos movimientos sirven también para corregir las contracturas.

Acción indicada.

Realizar un estiramiento con cuidado de la extremidad y mantener durante un tiempo sin violar el límite de tolerancia del niño.

Pueden realizarse desde la posición de sentado o acostado sobre un colchón o colcha en el suelo.

Movimientos activos.

A través de ellos se comprueba si los músculos se contraen de modo coordinado. El exceso de impulsos nerviosos durante la realización de estos movimientos, pueden producir movimientos involuntarios en otras partes del cuerpo por lo que se debe procurar que estos se supriman voluntariamente, (para ello puede fijarse la articulación con pequeños saquitos rellenos de arena.

Acción indicada.

En un inicio estas serán ejecutadas de forma asistida con movimientos de extensión de brazos con pesos de esta forma se trabaja en la dirección del mismo. Una vez aprendidos se puede comenzar a trabajar los asistidos libres, orientándose sólo el ritmo que debe seguirse, esta orientación se recomienda sea mímica. La progresión del ritmo dependerá de la asimilación y ejecución que se alcance. Este tipo de movimiento se debe aplicar en el caso de pie equino cuidando siempre que el trabajo del mismo se realice a favor de la deformidad. Se orienta que la ejecución de los mismos parta de la posición de sentado.

Movimientos combinados.

Sólo aplicables una vez adelantada la educación muscular, de esta forma se pueden practicar movimientos con dos o más articulaciones. Procurando que los mismos respondan a utilidades prácticas de la vida cotidiana del niño.

Acciones indicadas.

1. Flexión de los dedos combinados con la extensión de la muñeca.
2. Flexión del codo combinado con supinación del antebrazo.
3. Flexión de los dedos combinado con supinación del antebrazo.
4. Extensión de los dedos combinado con pronación del antebrazo.
5. Flexión de hombros combinado con extensión de los codos.
6. Agarrar y sostener pequeños objetos.

Todas estas acciones servirán de base para actividades más complejas a partir que se logre dominio de los músculos individuales.

Giros del cuerpo.

Primero deben realizarse pasivamente con ayuda para que se percaten de lo que se quiere realizar posterior sin ayuda pero mostrándole paso a paso lo que se quiere realizar.

Acciones indicadas

1. Desde posición fetal oscilar a ambos lados.
2. Desde la posición de sentado realizar el mismo movimiento.

Elevación del cuerpo.

Desde la posición decúbito prono se enseña a adoptar la posición de cuadrúpedo (para ello se le enseña a doblar los músculos sobre la pelvis, apoyándose en las rodillas debe aprender a levantar cabeza y tórax con los brazos extendidos.

Andar a gatas.

1. Desde la posición cuadrúpeda, levantar de forma alterna los miembros, para ello debe trabajarse en adelantar una mano con pie opuesto.
2. En esta misma posición levantar simultáneamente los dos miembros del mismo lado.

Equilibrio.

El trabajo de este en los niños con parálisis cerebral, se hace por lo general difícil, teniendo seguir una pauta gradual para adquirir el mismo que sigue el orden de cabeza, cuello, tronco, posición de sentado, rodilla y finalmente de pie

Acciones indicadas

1. Balancín cabeza y tronco desde la posición de sentado.
2. Equilibrios estáticos con brazos en diferentes posiciones.
3. Juegos de adiestramiento motor (realizar cuadrupedia siguiendo el recorrido de una pelota).
4. Andar a gatas.
5. Combinar gateo y arrastre.

Arrodillarse.

Partiendo de la posición de cuadrúpedo ayudarlos a ponerse de rodillas sosteniéndolos, una vez logrado el movimiento tratar que realicen el mismo por si mismos sin que al realizarlo se sienten sobre sus talones.

Ponerse de pie.

Aunque es un movimiento difícil puede lograrse que ejecuten el mismo, para ello no deben violarse las etapas de enseñanza.

1. Desde la posición de sentado con piernas cruzadas.
2. Apoyarse sobre un lado y llevar las piernas abiertas al lado opuesto.
3. Incorporarse extendiendo las rodillas.
4. Apoyar manos sobre muslos para conseguir la extensión del tronco.

Posición de pie.

Se mantiene al niño apoyado en la pared, sostenido por ambos lados del cuerpo, buscando que adquiera la sensación de apoyo del cuerpo sobre sus pies.

Después la persona se aleja poco a poco, este ejercicio puede realizarse sobre tablas de madera colocadas en el suelo.

Marcha.

En su ejecución intervienen dos factores en estrecha relación: equilibrio y los movimientos de marcha requiriendo cada uno de ellos atención propia ya que las posibilidades del movimiento pueden aparecer tempranamente, no así el sentido del equilibrio por lo que se hace necesario conservar y desarrolla sus patrones.

Trabajar la reciprocación en el proceso de la marcha es esencial, así que debe realizarse movimientos alternativos y simultáneos de los miembros en sentido opuesto y pataleo en parálisis normales en las espásticas al no producirse estas de modo automático se les debe enseñar. De los músculos que intervienen en la marcha unos lo hacen a favor de la gravedad otros se oponen a ella por lo que se debe prestar mayor atención a los anti gravitatorios.

Acciones indicadas.

1. Apoyar los miembros alternativamente sin desplazarse, manteniendo el equilibrio y la postura lo más erguida posible.
2. Enseña los pasos con un orden correcto de ejecución.(aquí se puede trabajar por tiempos).
3. Trabajar la inclinación del cuerpo sobre un lado y el apoyo de la pierna de este.
4. Flexión de cadera del lado opuesto
5. Extensión de la rodilla de este lado, dando un paso hacia adelante.
6. Finalmente inclinación del tronco y apoyo del peso sobre el lado que hadado el paso.

Técnicas de relajación.

Para aplicar las misma no debe olvidarse el miedo que el niño con parálisis cerebral, les tiene a las caídas, ello siempre produce un aumento en su hipertonia, por lo que la gran mayoría se relaja sólo en el suelo o colchones.

Debe de comenzarse esta técnica por el cuello, tronco y finalmente trabajar la relajación de los miembros superiores o inferiores, procediendo de las partes proximales a las distales, en cada parte deben de hacerse movimientos pasivos en forma de pequeñas sacudidas, palpando los músculos para apreciar la limitación de los movimientos y la dureza de los mismos.

Para obtener la relajación de todo el cuerpo se debe colocar al niño primero decúbito supino después pasar a prono, utilizando esta última posición cuando exista una contractura de los músculos flexores de la cadera y de la columna vertebral, este procedimiento brinda la sensación de estado normal de los músculos. Al lograr la relajación en estas dos posiciones se enseña la misma en otras. Sentado, de pie, etc.

Acciones para trabajar la motora fina (con/sin asistencia).

1. Rasgar papel con apoyo en mesa.
2. Rasgar papel sin apoyo.
3. Trazar en el aire.
4. Trazar sobre papel.
5. Rellenar con objetos (frijoles).
6. Rellenar sobre trazos indicados.
7. Dibujar marcadores indicados.
8. Dibujo libre.

Juegos.

De recorrido.

Siempre siguiendo en un inicio al adulto como patrón, pueden realizarse con/sin acompañamiento musical o del ritmo en un inicio en áreas libres y posterior se le coloca algún objeto pequeño y se le enseña a bordear el mismo, al inicio esta forma de juego debe realizarse de forma lenta aumentando posterior algo en la rapidez.

Otros donde se coloquen objetos que deban superar, ejemplo pasar por encima de una tabla pegada al suelo.

De Lanzar

Con pelotas de diferentes tamaños donde se indica la acción primero de rodar con ambas manos de la posición de sentados, después con una.

Pasar a la posición de parados donde deben de empujar con ambas manos las pelotas.

De la posición de sentados tratar de que atrapen la pelota que se les rueda por el suelo.

De alcanzar.

En estos debe motivarse al niño(a) que traten de atrapen objetos de colores llamativos confeccionados, ejemplo mariposas de colores de cartulina, donde debe de oscilar la altura presentada.

De mímica

Frente a un espejo cambiar diferentes expresiones del rostro.

De canciones y rimas, indicar y realizar la acción sencilla de la misma buscando que el niño(a) trate de ejecutarla.

De insertar

Colocar aros, cajitas de diferentes tamaños uno sobre otros o dentro del otro.

Conclusiones

1. Una vez realizado el diagnóstico del estado actual del tratamiento de rehabilitación del niño(a) con parálisis cerebral en la Comunidad Condado Norte de Santa Clara, se puede plantear que este se cumple, solo aquellos que asisten al centro de rehabilitación.
2. El conjunto de acciones con medios naturales de la cultura física, dirigido a preparar a la familia cuidadora en el tratamiento ambulatorio del niño(a) con parálisis cerebral en la Comunidad Condado Norte de Santa Clara, cuenta con diversas opciones sencillas para realizar esta actividad diariamente.
3. El nivel de preparación que tiene la familia cuidadora para realizar la rehabilitación ambulatoria del niño(a) con parálisis cerebral aplicando las acciones con medios naturales de la cultura física en la Comunidad Condado Norte de Santa Clara es aceptable ya que las mismas tiene un nivel escolar medio y la disposición de insertarse en esta propuesta.
4. Al validar a través del criterio de expertos, el conjunto de acciones con medios naturales de la cultura física, dirigido a preparar a la familia cuidadora en el tratamiento ambulatorio del niño(a) con parálisis cerebral en la Comunidad Condado Norte de Santa Clara, todos valoran el mismo de muy adecuado.
5. Se logra aplicar a la familia cuidadora de manera sistemática los talleres con acciones con medios naturales de la cultura física en el tratamiento ambulatorio del niño(a) con parálisis cerebral de la Comunidad Condado Norte de Santa Clara.
6. Al comparar los resultados de las observaciones realizadas al inicio y final de la investigación, se constata que existe una mejoría de forma general en las dimensiones, destacándose los resultados alcanzados en los indicadores del perceptivo, táctil, alimentación y habilidades manuales, una vez aplicadas las acciones con medios naturales de la cultura física en el tratamiento ambulatorio del niño(a) con parálisis en la Comunidad Condado Norte de Santa Clara.

Recomendaciones.

Aplicar esta propuesta en futuras investigaciones con otras discapacidades por contar la misma con las bases iniciales de estudio y puesta en práctica para su ejecución.

Bibliografía consultada.

1. Abreu, A. S. (2006) Sistema de organización del masaje en el ámbito de la Cultura Física. Tesis de doctorado (Doctor en Ciencias de la Cultura Física y el deporte) La Habana, ISCF “Manuel Fajardo Rivero”
2. Alfonso, L.L. (2001) El equilibrio humano: un fenómeno complejo. Volumen II Rehabilitación Física, pág. 80-86.
3. Álvarez, C, R. y Ortiz, R. (1980) Programas para las Área Terapéuticas de la Cultura Física del INDER. La Habana, Minsap Mined.
4. Álvarez, S. M. (1998) Acerca de la familia cubana actual. La Habana, Editorial Académica. 72 p.
5. Alvero, F. (s.f) Cervantes: Diccionario Manual de la Lengua Española. La Habana, Editorial Pueblo y Educación. 932 p.
6. Ares, M, P. (1990) ¿Mi familia es así? La Habana, Editorial Ciencias Sociales. 20 p.
7. Ares, M, P. (2004) Familia y convivencia. La Habana, Editorial Científico-Técnica. 10p.
8. Arnol, G. (2001) Diagnóstico del desarrollo normal y anormal del niño. Artículo. Barcelona, Editora Científico Médica.
9. Benítez, Y. y Pérez, M, E. (1999) Panorama socio demográfico de la familia cubana. La Habana, Editorial de Ciencias Sociales.
10. Cabrera, R. R. (2005.) Estudio psicosocial, psicopedagógico, social y clínico de las personas con discapacidad y retraso mental en Cuba. La Habana, Editora Abril. 200p.
11. Campion, R. M. (2000) Hidroterapia: principios y práctica. São Paulo, Editora Manole LTDA. 100 p.
12. Colectivos de autores. (1994) Programa para las Áreas Terapéuticas de Cultura Física. La Habana, Editora Deportes. 2t
13. Conferencia especializada. (2003) La Marcha. Proyecto” Haciendo Futuro”. Villa Clara, Escuela Formadora de Trabajadores Sociales.

14. Cuba. Dirección Nacional Docencia Médica. (1999). Terapia Física y Rehabilitación. La Habana, Minsap.
15. Cuba. Ministerio de Economía; Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (2002)
16. Estévez, M. Arrollo, M. y González, C. (2004) La investigación física en la actividad física: su metodología. Ciudad de La Habana, Editorial Deportes. 318 p.
17. Estrada, R. y Pérez, J. (1981) Neuroanatomía funcional. La Habana, Editora Pueblo y Educación. 150p.
18. Fattini, A, C. y Dangelo, G. J. (2001) Anatomía Humana Sistemática Segmentar. São Paulo, Editora Atheneu.
19. Federación ASPACE. (2002) Su hijo tiene Parálisis cerebral: una guía para los padres que viven y aprenden con sus hijos. Madrid, Federación Española de Asociaciones de atención a las personas con P.C. p-57.
20. García N, J.A. (2000) Aptitudes pertenecientes al campo de la motricidad. Ciudad Habana, Editora Pueblo y Educación. 80p.
21. González M, R. (2000) Tratado de rehabilitación. Barcelona, Editora Científico Médica. 150p
22. Gutiérrez, C, F. y Colaboradores. (1988) Los ejercicios físicos con fines terapéuticos tomo II. La Habana, Editorial José A. Huelga. 156 p.
23. Hernández, G, R. y Colaboradores. (2006) Ejercicios Físicos y Rehabilitación. Ciudad de la Habana, Editorial Deporte. 287 p.
24. <http://www.cruzverde.org.br/ParalisisCerebral/paralisiacerebral.html>. Consultado el 10 de Noviembre del 2010.
25. Junco, C, N. y Colaboradores. (1986) Los ejercicios físicos con fines terapéuticos tomo I. La Habana, Editorial José A. Huelga. 152p.
26. Lejarraga, H., S. Krupitzky, J, E. (1996) Organización de un Programa Nacional Colaborativo de Evaluación del desarrollo psicomotor en niños menores de seis años. *Arch Argent Pediatric* (Argentina) 94:290-300.

27. Martínez, C. (2001) Salud Familiar. Colombia, Editorial Ciencia y Técnica. 310 p.
28. Motricidad y Psicomotricidad. (s.f) Disponible en <http://www.lateralidad.com>. Parálisis Cerebral. Consultado el 24 de Noviembre del 2007.
29. Muñoz, G, T. y Colaboradores. (2006) Selección de lecturas sobre psicología y trabajo social. La Habana, Editorial Deportes. 162 p.
30. Newborg, J. J. R. Stock, L. Wuek, L. (1996) Inventario de Desarrollo. En: De la Cruz, Victoris y Marina González Criado. (s.f) Psicología aplicada. Madrid, TEA.
31. O' Sullivan, B. S. Schmitz, C. (1993) Fisioterapia, Avaliação e tratamento. São Paulo, Editora Manole LTDA. Recopilação do artículo.
32. Pérez, R, D A. (2002) Rehabilitación integral en los jóvenes parapléjicos. Trabajo de Diploma. Villa Clara ISCF "Manuel Fajardo".
33. Rodríguez, B.D. (2005) Psicomotricidad Infantil. Educador Especializado y logopeda. Colombia.
34. Salamanco, G. D'Anna, C. y Lizárraga. H (2004) Tiempo requerido para la administración de una prueba de pesquisa de trastornos de desarrollo psicomotor infantil. *Arch Argent Pediatr* (Argentina) 102(3):165-169.
35. Schwartzman, S. (1993) Parálisis Cerebral. En: Temas sobre Desenvolvimento. São Paulo, Editora Atheneu.4- 21p.
36. Sociedad Argentina de Pediatría. Guías de seguimiento de niños y adolescentes. (2002) Buenos Aires, Sociedad Argentina de Pediatría. 50p.
37. Garrison, J, S. (2006) Manual de medicina física y rehabilitación. 2da Edición. Editorial Ciencias Médicas. 363 p.
38. Talizina, N. (1988) Psicología de la enseñanza. Moscú, Editorial Progreso. 380 p-7
39. Taylor, S. J. y Bogdan, R. (1992) Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados. Buenos Aires, Paidós. 100p.

40. Trastornos del desarrollo psicomotor. (s.f) Disponible en: <http://www.pasoapaso.com.nc/glosario-terafisica>. Consultado el 19 de Enero del 2006.
41. Valdés, R. (2002). Diccionario del Pensamiento Martiano. La Habana, Editorial de Ciencias y Educación.
42. Zamora, R. (1988). Artículo Actividad Física y Salud. Editorial Científico Técnico. Ciudad Habana
43. Zuhrt, R. (1983) Desenvolvimento Motor Da Criança Deficiente. São Paulo, Editora Manole Ltda. 15 p.

Anexos

Anexo1

Municipios	Físico-Motor	Visual	Auditiva	Mental	IRC	Mixta	Retraso Mental	Total	Tasa x 100 hab.
Corralillo	221	110	49	124	7	55	411	977	3.57
Quemado de Güines	262	166	99	130	4	115	354	1130	4.74
Sagua la Grande	497	194	179	152	8	85	740	1855	3.06
Encrucijada	227	125	85	194	3	85	528	1247	3.48
Camajuaní	613	284	146	369	6	156	825	2399	3.74
Caibarién	346	354	148	147	8	171	659	1833	4.49
Remedios	488	283	201	303	5	172	766	2218	4.54
Placetas	700	322	228	432	35	277	841	2835	3.85
Santa Clara	1860	606	517	687	28	366	2444	6508	2.81
Cifuentes	322	112	92	166	4	134	540	1370	3.82
Santo Domingo	521	271	175	331	7	137	1040	2482	4.46
Ranchuelo	699	228	132	276	6	234	865	2440	3.87
Manicaragua	869	457	209	270	14	195	1111	3125	4.19
Total	7625	3512	2260	3581	135	2182	11124	30419	3.64
%	25.1	11.5	7.4	11.8	0.4	7.2	36.6	100	

Anexo 2

Estimados padres, para realizar esta investigación, necesitamos conocer el dominio que tienen ustedes sobre la discapacidad que presenta su niño-niña. Por su cooperación, gracias.

Nombre y Apellidos:

Sexo Edad.

Año de Nacimiento.

Peso Estatura.

1. A su niño-niña, le han diagnosticado alguna de estas enfermedades.

- | | | |
|------------------------------------|----|----|
| a) Angina de pecho. | Si | No |
| b) Ataque al corazón | | |
| c) Ataque de Isquemia transitoria | | |
| d) Diabetes | | |
| e) Enfermedad respiratoria | | |
| f) Epilepsia/ crisis convulsivas | | |
| g) Hipertensión arterial | | |
| h) Otros trastornos del movimiento | | |
| i) Problemas cerebelosos (ataxia) | | |

2. ¿Es necesario asistirlo con médicos frecuentemente?

Si No

3. Deambula

Si No

4. Recibe la rehabilitación con regularidad.

Si No

5. Realiza usted otra actividad de acción física en casa para estimular al mismo.

Si No

6. Podría marcar de los motivos que relacionamos, cual la llevaron a convertirse en madre cuidadora

Problemas de salud.

Cercanía de su hijo total.

Poder brindar una mejor atención a su hijo.

Mejorar su estado de vida al estar siempre en el hogar.

Otros.

7. Le gustaría estar preparada y poder realizar acciones naturales de la cultura física en el hogar.

Si No

8. Aplica algún tipo de estimulación a su niño.

Si No.

9. Marque su nivel escolar.

Primario.

Secundario.

Técnico Medio.

Medio Superior.

Universitario

9. Que conoce de las dimensiones que contempla el trabajo del niño(a) con parálisis cerebral.

Todo

Algo

Nada

10. Conoce algo sobre los ejercicios:

Coordinación.

Activos resistivos.

Equilibrio.

Motora fina.

Correctores.

Juegos.

Pasivos.

Anexo #3

Guía de observación del CDO para el niño(a) con parálisis cerebral. Utilizada en la investigación Relación de medios empleados en la misma.

Cognitiva.

Objetivo: que el niño(a) preste atención a las palabras del adulto para que se percate de la tarea que junto a el en un inicio y solo al vencer la misma pueda realizar.

Repetir sonidos onomatopéyicos (gato, vaca, pollito, gallina y rana).

Idem, pero presentando el gráfico del mismo sin que medie el adulto.

Separar dos colores llamativos de cuatro presentados rojo, verde, azul y blanco.

Reconocer a miembros de su familia (mamá, papá y hermanos) dentro de un grupo de hasta cinco fotos.

Emocional.

Objetivo: Propiciar que el niño(a) al despertar y durante el día permanezca con un estado emocional positivo, para ello debe saberse atendido fundamentalmente.

Comunicación.

Objetivo: Establecer a través de la repetición diaria la enseñanza de sonidos fónicos (Ma, Pa, Ne, entre otros).

Coordinación motora global.

Objetivo: que posteriormente se harán más complejos.

Caminar libremente por el área.

Caminar siguiendo la trayectoria marcada por el adulto.

Tomar objetos colocados en diferentes alturas (suelo, sobre sillas, mesas).

Sostener objetos de poco peso pero que oscilen en los mismos.

Coordinación motora fina y juegos.

Objetivo: Ejecutar patrones sencillos.

Relleno libre.

Rasgado libre.

Insertarse de forma voluntaria a la realización de los juegos.

Tratar de terminar la tarea indicada.

Perceptivo.

Objetivo: Buscar reconozcan algunos sonidos y que establezcan diferencias entre ellos.

Emitir sonidos desde diferentes lugares.

Alternar altos y bajos para observar reacción de la facia.

Táctil.

Objetivo: Lograr se relaciones con diferentes texturas.

Presentar objetos que tenga en su terminado diferentes texturas(granos, lisos, corrugados).

Hábito social e independencia.

Objetivo:

Lograr acepten la presencia de extraños y eliminar la autoagresión.

Vincularlos diariamente con otras personas que no convivan en el hogar.

Estimularlos con la palabra y el gesto frente a cada autoagresión para que no realicen la misma.

Alimentación.

Objetivo: Estimular la misma de manera independiente.

Presentar en un primer momento alimentos sintéticos posterior cambiar por sencillos (pan, galletas).

Presentar recipientes vacios para su manipulación posterior los mismos pero con contenidos líquidos.

Higiene.

Objetivo: Buscar la aceptación de la misma sin alteración de la conducta.

Establecer un horario fijo para el aseo.

Motivar a través de la palabra la realización de este.

Vestuario.

Objetivo: Estimular realizan de manera independiente pequeñas acciones.

Colocar primero prendas sencillas y fáciles de manipular (calzado cómodo y abierto).

Habilidades manuales.

Objetivo: Vincular estas acciones con las de el trabajo de la motora fina, buscando la terminación de la tarea.

Anexo # 4 Solicitud de consentimiento informado.

Yo: _____, he sido informado sobre el contenido de la investigación que desarrolla la Lic. Odalys Hortencia Ortíz Rodríguez sobre acciones con medios naturales de la cultura física dirigido al tratamiento ambulatorio de niños con parálisis cerebral en la comunidad condado norte, donde acepto participar en ella de forma voluntaria.

Anexo # 6

Para realizar el proceso de adecuación de de las acciones con medios naturales de la cultura física dirigido al tratamiento ambulatorio de niños con parálisis cerebral en la comunidad condado norte. Necesitamos saber su valoración, partiendo de la experiencia, conocimientos y profesionalidad que en este campo tiene. Para ello, le pedimos evalúe las propuestas presentadas en muy adecuado (**MA**), bastante adecuado (**BA**) adecuado (**A**), poco adecuado (**PA**), no adecuado (**NA**) y con esto nos aporte sus criterios que nos ayudarán al mejoramiento de estas personas.

¡Gracias por su colaboración!

Datos personales:

Especialidad _____

Centro _____

Años de experiencias _____

Los ejercicios y objetivos que se proponen para el tratamiento en condiciones naturales son:

Ejercicios de coordinación.

Dirigidos a trabajar la parálisis. Su objetivo en el tratamiento va encaminado a mejorar y perfeccionar el hábito de la combinación coordinada de los movimientos en la vida común.

Ejercicios de equilibrio.

Al existir alteración de la circulación sanguínea en el cerebro y aparato vestibular, en la parálisis cerebral, están encaminados fundamentalmente a contribuir al restablecimiento de las funciones perdidas y mejorar la postura.

Ejercicios correctores.

Para corregir distintas deformidades de la columna vertebral, caja torácica y pie, son ejercicios corrientes dirigidos a condicionar una acción estrictamente local.

Ejercicios pasivos.

Desarrollan el sentido cinostónico, deben realizarse con ritmos determinados y repetitivos y así logra que el niño adquiera la noción entre tiempo y movimiento. Los ejercicios deben ser lentos sobre todo al principio de la actividad, evitándose así los

reflejos de estiramiento. Estos movimientos sirven también para corregir las contracturas.

Activos resistivos.

Aplicados por medio de la fuerza externa, sin ayuda del implicado, ni resistencia voluntaria la fuerza es aplicada con un ángulo de movimiento normal de la articulación o con un ángulo de movimientos limitado, ayudan en la parálisis cerebral a aumentar el movimiento de la articulación.

Trabajo de la motora fina

Aplicados por medio de acciones de insertar, trazar, rellenar y dibujo libre, se buscan a través de ellos activar los músculos de las manos mejorando la amplitud de sus movimientos y la rigidez de las mismas.

Juegos

Buscando fundamentalmente establecer la comunicación y estimular otros sistemas.

Anexo # 7 Pregunta 1.

Aspectos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No	4			
SI	6			
Total	10	100,0	100,0	

Aspectos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SI	4			
NO	6			
Total	10	100,0	100,0	

Aspectos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO	2			
SI	8			
Total	10	100,0	100,0	

Aspectos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SI	2			
NO	8			
Total	10	100,0	100,0	

Pregunta 2.

Aspectos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SI	7			
NO	3			100,0
Total	10	100,0	100,0	

Pregunta 3

Aspectos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SI	1			
NO	9			
Total	10	100,0	100,0	

Pregunta 4

Aspectos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO	9			
Si	1			
Total	10	100,0	100,0	

Pregunta5

Aspectos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
C	3			
D	7			
Total	10			

Pregunta 6

Aspectos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SI	10	100,0	100,0	100,0

Pregunta 7

Aspectos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Secundario	6	33,3	33,3	33,3
Técnico	3	50,0	50,0	83,3
Universitario	1	16,7	16,7	100,0
Total	10			

Pregunta 8

Aspectos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Todo				
Bastante	1			
Nada	9			
Total	10			

Pregunta 9

Aspectos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Coordinación. Si No 10	10	100	100	100
Equilibrio. Si No10	10	100	100	100
Correctores. Si 1 No 9	1			
	9			
Pasivos. Si No10	10	100	100	100
Activos resistivos Si No 10	10	100	100	100
Motora fina. Si No10	10	100	100	100
Juegos. Si No10	10	100	100	100

Anexo 8

Perceptivo indicador 1 primera medida.				
	frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	2	20,0	20,0	20,0
No	8	80,0	80,0	100,0
Total	10	100,0	100,0	

Táctil primera medida.				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	4	40,0	40,0	40,0
No	6	60,0	60,0	100,0
Total	10	100,0	100,0	

Alimentación indicador 1 primera medida.				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	2	20,0	20,0	20,0
No	8	80,0	80,0	100,0
Total	10	100,0	100,0	

Alimentación indicador 2 primera medida.				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	1	10,0	10,0	10,0
No	9	90,0	90,0	100,0
Total	10	100,0	100,0	

Habilidades manuales indicador 1 primera medida.				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	2	20,0	20,0	20,0
No	8	80,0	80,0	100,0
Total	10	100,0	100,0	

Perceptivo indicador 1 segunda medida.				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	5	50,0	50,0	50,0
No	5	50,0	50,0	100,0
Total	10	100,0	100,0	

Alimentación indicador 1 segunda medida.				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	10	100,0	100,0	100,0

Alimentación indicador 2 segunda medida.				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	8	80,0	80,0	80,0
No	2	20,0	20,0	100,0
Total	10	100,0	100,0	

Táctil segunda medida.			
Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
10	100,0	100,0	100,0

Habilidades manuales indicador 1 segunda medida.				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	9	90,0	90,0	90,0
No	1	10,0	10,0	100,0
Total	10	100,0	100,0	