

**UNIVERSIDAD LAICA “ELOY ALFARO” DE MANABI
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**



Carrera:

Terapia Ocupacional

TESIS DE GRADO

Previo a la obtención del título de
Licenciada en Terapia Ocupacional.

TEMA:

Terapia Ocupacional en Hipoterapia para Mejorar la Coordinación y Alcance en los Niños con Parálisis Cerebral Infantil que Asisten a la Fundación “San Jorge” del Fuerte Militar Manabí de la Ciudad de Portoviejo en el Periodo de Enero a Julio del Año 2013.

Autora:

COTERA CHEME CEIDA EBELIN

Directora de Tesis:

LCDA. GRACE ABRIL *MENESES*

MANTA – MANABI – ECUADOR

AÑO LECTIVO 2012-2013

UNIVERSIDAD LAICA “ELOY ALFARO” DE MANABÍ

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA TERAPIA OCUPACIONAL

CERTIFICACIÓN

Lcda. Grace Abril Meneses catedrática de la Facultad de Especialidades en Áreas de las Salud en calidad de directora de tesis.

CERTIFICA

Que el **Srta. Coterá Cheme Ceida Evelin**, egresado de la carrera de Terapia Ocupacional realizó la tesis de grado titulada: “Terapia Ocupacional en la hipoterapia para mejorar la coordinación y alcance en los niños con parálisis cerebral infantil que asisten a la Fundación “San Jorge” del fuerte militar Manabí de la ciudad de Portoviejo en el periodo de Enero a Julio del año 2013”, bajo la dirección de la suscrita, habiendo cumplido con las disposiciones reglamentarias.

Lcda Grace Abril Meneses

DECLARATORIA DE AUTORIA

La responsabilidad del contenido de esta Tesis de Grado, corresponde exclusivamente a la Egresada Coterá Cheme Ceida Evelin

Coterá Cheme Ceida Ebelin

UNIVERSIDAD LAICA “ELOY ALFARO” DE MANABÍ

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA TERAPIA OCUPACIONAL

CALIFICACIÓN DE TESIS DE GRADO

Sometido a consideración del Honorable Consejo de Facultad, como requisito para obtener el título de licenciado en Terapia Ocupacional, aprobado por los miembros del tribunal hace acreedor a las siguientes calificaciones:

Nota

Lcda. Mercy Sancán Moreira

Lcdo. Luis Loor Mera

DEDICATORIA

Con todo mi amor y respeto para las personas que hicieron todo en la vida para que yo pudiera lograr mis metas, por confiar en mí, por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba, a ustedes por siempre mi corazón y mi agradecimiento.

Papá y mamá

AGRADECIMIENTO

En el presente trabajo me gustaría agradecer principalmente a Dios por brindarme fuerza, porque gracias a El que permitió hacer realidad este sueño anhelado, por darme los mejores padres del mundo, a los que amo y agradezco por brindarme su confianza, dedicación y entrega en cada etapa de mi vida.

A mis hermanas y hermano por brindarme apoyo incondicional siempre.

A mi directora de tesis Lcda. Grace Abril Meneses, por su esfuerzo y dedicación, quien con sus conocimientos, su experiencia y su paciencia ha logrado que pueda terminar mis estudios con éxito.

También me gustaría agradecerles a mis profesores durante todos mis estudios porque todos aportaron un granito de arena en mi formación como profesional, en especial a la Lcda. Mercy Sancán Moreira quien me ayudo y aconsejo en momentos difíciles.

En realidad este trabajo no se habría podido realizar sin la colaboración de muchas personas que me brindaron su ayuda; es difícil agradecer a todos aquellos que de una u otra manera me han acompañado en el camino de mi realización profesional, porque nunca alcanza el tiempo o la memoria para mencionar todos y brindarle los créditos y méritos a quienes se lo merecen. Por tanto, quiero agradecerles a todos ellos cuanto han hecho por mí, para que saliera adelante de la mejor manera posible.

Para ellos muchas gracias y que Dios los bendiga.

INDICE

Resumen -----	1
Introducción -----	2
Datos Institucionales-----	9
Marco teórico Capítulo I-----	11
1.1. Parálisis cerebral -----	11
1.2. Clasificación-----	12
1.3. Clasificación topográfica -----	13
1.4. Diagnóstico y tratamiento-----	14
1.4.1 Tratamiento de la discapacidad motora -----	15
2. ¿Qué es la Terapia Ocupacional? -----	16
2.1. Entrenamiento en las actividades de la vida diaria-----	16
2.2. En los niños con parálisis cerebral infantil-----	17
2.3. La coordinación y alcance-----	18
3.0 ¿Qué es la Hipoterapia? -----	19
4. La terapia ocupacional en niños con parálisis cerebral -----	20
4.1. Terapia Ocupacional en la Hipoterapia -----	21
Capítulo II Diseño de la propuesta -----	26
2.1 Titulo -----	26
2.2 Beneficiarios directos -----	26
2.3 Beneficiarios indirectos-----	26
2.4 Lugar y fecha -----	26

2.5 Facilitadores -----	26
2.6 Introducción -----	26
2.7 Objetivos -----	27
2.8 Descripción de la propuesta -----	27
2.9 Autora -----	28
2.10 impacto de la propuesta -----	28
3. Capítulo III: Verificación de los resultados -----	29
3.1. Gráficos estadísticos generales de los niños con P.C.I por sexo -----	30
3.2. Gráficos estadísticos generales de los niños con P.C.I por edad -----	31
3.3. Gráficos estadísticos generales de los niños con P.C.I por tipo de patología -----	32
3.4. Resultados de Encuesta iniciales realizada a familiares de niños con P.C.I -----	33
3.5. Cuadros estadísticos de los resultados de las evaluaciones iniciales y finales realizadas a los niños con parálisis cerebral infantil -----	38
3.6. Cuadro final de las evaluaciones iniciales y finales realizadas a los niños con PCI-----	45
3.7. Conclusiones-----	47
3.8. Recomendaciones -----	48
3.9. Bibliografía general -----	49
ANEXOS -----	50

RESUMEN

Esta investigación se realiza por medio de una encuesta realizada a los padres de los niños con Parálisis Cerebral Infantil (P.C.I) que asisten a la Fundación San Jorge del fuerte militar Manabí de la ciudad de Portoviejo, para conocer los niveles de desarrollo y limitación. Describiremos el tratamiento a ejecutar con dicha población, en esta investigación daremos a conocer el rol que desempeña la Terapia Ocupacional y la Hipoterapia, saber cómo se complementan una con la otra para alcanzar el objetivo.

La Terapia Ocupacional es el conjunto de métodos técnicas y actuaciones que a través de actividades con fines terapéuticos previene, mantiene y favorece la restauración de la función para conseguir la mayor independencia y reinserción posibles del individuo en todos sus aspectos: laboral, mental, físico y social.

Y mediante la Hipoterapia podemos aprovechar el movimiento que origina el caballo que tienen la ventaja de brindar al paciente una variedad de ritmos mediante su desplazamiento, lo que origina la posibilidad de regular el grado de sensaciones que recibe el paciente y teniendo en cuenta que la hipoterapia resulta ser una terapia ocupacional (ocio) aprovechamos sus beneficios y realizaremos terapias combinadas con el fin de estimular la coordinación y alcance en niños con parálisis cerebral infantil.

Resaltaremos la importancia de la participación de los padres en las terapias sin la intención de afectar el proceso terapéutico, sino más bien con el fin de brindar seguridad y confianza a los pacientes. Y dar a conocer a los padres métodos y técnicas para la rehabilitación de su hijo.

INTRODUCCION

Según la **Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales** (WFOT). “La Terapia Ocupacional es una profesión que se ocupa de la promoción de la Salud y el Bienestar a través de la ocupación. El principal objetivo de la terapia ocupacional es capacitar a las personas para participar en las actividades de vida diaria. Los terapeutas logran este resultado mediante la habilitación de los individuos para realizar aquellas tareas que optimizarán su capacidad para participar, o mediante la modificación del entorno para que éste refuerce la participación”.

La Terapia Ocupacional es una disciplina que interviene en el entorno del individuo para adaptarlo a él, y lograr su independencia si el caso lo permite, en los niños con Parálisis Cerebral Infantil (P.C.I) la Terapia Ocupacional busca lograr en lo posible mejorar la calidad de vida mediante actividades terapéuticas.

Por otra parte la Hipoterapia es una terapia complementaria a las ya existentes, que utilizan al caballo como mediador para mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad física, psíquica o sensorial, problemas de salud mental y/o problemas de adaptación social y también para niños/as que no presenten ningún problema de salud, ya que por medio de esto el niño/as va a interrelacionarse con el caballo, con el cuidador, el terapeuta y sus propios padres, con estos se estaría trabajando en socialización.

Consiste en estimular y relajar los músculos y articulaciones aprovechando los movimientos del caballo. Además, el contacto con el caballo, aporta facetas terapéuticas a niveles cognitivos, comunicativos y de personalidad.

La variable de la marcha del caballo gradúan las sensaciones que recibe el paciente, estos responden emocionalmente de forma positiva a esta experiencia de aprendizaje que resulta divertida y en un medio natural, puede mejorar el equilibrio, la movilidad, la comunicación y el comportamiento para pacientes de todas las edades.

Mediante la hipoterapia se puede dar un tratamiento a personas con **parálisis cerebral**, esclerosis múltiple, autismo, síndrome de Down, espina bífida, traumas cerebrales, distrofia muscular, enfermedades neurodegenerativas y traumatológicas, incluso se emplea en el tratamiento de anorexia y de bulimia.

La Parálisis Cerebral es una patología que se caracteriza por ser un grupo de trastornos que pueden comprometer el funcionamiento normal del cerebro y del sistema nervioso como el movimiento, el aprendizaje, la audición, la visión y el pensamiento.

La meta de la hipoterapia en la Parálisis Cerebral infantil es eliminar los elementos patológicos motores: limitaciones articulares, tonicidad muscular, equilibrio y alteración de la coordinación motora. Es importante importante mencionar que una vez lograda la relajación muscular de los niños con parálisis cerebral podemos enfocarnos en trabajar coordinación, alcance y equilibrio corrigiendo patrones de movimientos mediante técnicas de Terapia Ocupacional y aplicadas por un terapeuta ocupacional.

El caballo es uno de los animales más amables que existe, este motiva a pacientes de cualquier edad a compartir con él tocándolo, hablándole con lo cual el sistema múltiple sensorial se organiza y responde. El calor natural que el caballo posee favorece de manera positiva al paciente, estimulando el calor curativo; que algo frío o metálico como las máquinas no lo pueden conseguir.

Se plantea como **problema de investigación** el siguiente:

Esta temática empieza con la encuesta realizada a los padres de familia los cuales dieron a notar los problemas que tenían sus hijos entre ellos encontramos la mala coordinación y poca amplitud en el alcance que es un problema frecuente en niños con P.C.I. En la fundación "San Jorge" se encuentra un alto índice de niños con P.C.I. cada uno tiene características diferentes y en cada caso se conseguirá resultado diferente.

Pocos son los padres que tienen conocimientos sobre la terapia adecuada para su hijo, ellos recalcan que el niño no realizan movimientos de flexión requeridos para alcanzar su rostro y los objetos puestos en frente de ellos.

Este trabajo investigativo es realizado con la **finalidad** de aplicar la Terapia Ocupacional mediante la hipoterapia Estimular la coordinación y alcance mediante la hipoterapia para mejorar la coordinación y alcance en los niños con P.C.I, en el área de terapia ocupacional.

Tomando en cuenta que el objetivo de la Terapia Ocupacional es mejorar la calidad de vida de un individuo empleando una ocupación y adaptándola al discapacitado con fines terapéuticos, en este caso se asocia a la equitación, que adaptada al discapacitado se llama Hipoterapia en la cual aprovechamos los tipos de marcha del caballo que emite movimientos tridimensionales que relajan al pacientes estimulando articulaciones y músculos, aprovechando lo logrado con la Hipoterapia aplicamos técnicas de Terapia Ocupacional mediante juegos, aros, pelotas, discos de madera y la propia anatomía del caballo para estimular la coordinación y alcance en niños con P.C.I sin olvidar el rol de los padres brindándoles conocimientos con respecto al desarrollo de su hijo y como ayudar a estimularlos.

Se delimita el **objeto de estudio** en la Terapia Ocupacional aplicada a la hipoterapia.

El **Objetivo principal** está enfocado en: Estimular la coordinación y alcance mediante la hipoterapia para mejorar la funcionalidad de las actividades diarias en niños con parálisis cerebral infantil que asisten a la Fundación “San Jorge” de Fuerte Militar Manabí de la Ciudad de Portoviejo.

El **campo de acción** se delimita al área de hipoterapia de la fundación San Jorge.

Se formula como **hipótesis**: actividades de terapia ocupacional aplicadas en la hipoterapia mejora la coordinación y alcance en los niños con parálisis cerebral

infantil que asisten la Fundación “San Jorge” del Fuerte Militar Manabí de la Ciudad de Portoviejo.

Se formula como **variable dependiente**: mejorar la funcionalidad de las actividades diarias en niños con parálisis cerebral infantil que asisten a la Fundación “San Jorge” de Fuerte Militar Manabí de la Cuidad de Portoviejo.

Como **Variable independiente** Estimulación de la coordinación y alcance mediante la hipoterapia.

Para el logro del objetivo se proponen las siguientes **tareas**:

- Evaluar a los pacientes para determinar las necesidades según el caso.
- Crear un vínculo entre el paciente y el caballo para desarrollar la sensación, conciencia, comunicación y obtener la confianza.
- Normalización del tono muscular para lograr corregir patrones de movimiento anormales al realizar alcance.
- Realizar actividades con amplitud de movimiento en miembros superiores para lograr estimular la coordinación.
- Mejorar equilibrio, para lograr sedestación para la alimentación.
- Enseñar al padre de familia como estimular al niño para que participen en la terapia y el desarrollo social de su hijo.

Para el logro del objetivo propuesto se utilizara la siguiente **metodología**:

Para el desarrollo del presente tema de investigación se aplica el diseño cuasi-experimental, porque posee el tiempo y las condiciones para realizarlo, además la situación es casi desconocida, por ello se va a explorar, para conocer su realidad, sus variables y la metodología a aplicarse.

Tipo investigación Y Métodos De Estudio

Se utilizara el método deductivo, hipotético, explicativo, analítico y descriptivo de parte teórico de la investigación de campo y se desarrollara en el área de hipoterapia de la Fundación “San Jorge” de la ciudad de Portoviejo.

Investigación descriptiva: Esta investigación permite hacer estudios a profundidad, utilizando básicamente la observación y nos ayuda a descubrir los hechos y fenómenos en su ambiente natural, puesto que se emplea para recoger los datos cuantitativos y cualitativos de la población sujeta a estudios.

Investigación de campo: Utilizada por ser la que permite encontrarse en el lugar de los hechos donde se desarrolla el proceso investigativo; como es la FUNDACION SAN JORGE de la ciudad de Portoviejo.

Investigación bibliográfica: Utilizada por ser la que proporciona la información secundaria contenida de diversas fuentes; como libros, tesis, revistas, archivos, periódicos, internet, etc. Nos permite tener la información necesaria para obtener el conocimiento necesario para la investigación.

Es de mucha ayuda en la realización del marco teórico conceptual.

Investigación correlacional: Esta se emplea para conocer el grado de relación que existe entre dos o más variables.

METODOS

Método deductivo: está implicado en este trabajo en la realización de la encuesta, la cual nos permite identificar el problema. En la realización de las actividades de Terapia Ocupacional que estimulan la coordinación y el alcance. Los movimientos del caballo estimulan equilibrio, normalizan el tono muscular y crea confianza en los pacientes con P.C.I.

Método cuantitativo: mediante el cual se examinaron los datos de forma científica para saber el grado de discapacidad de dicha población, y cuantos niños con P.C.I son atendidos en la Fundación San Jorge de la ciudad de Portoviejo.

TECNICAS DE INVESTIGACION.

Observación: Se hace uso de este importante método para visualizar el espacio brindado, la atención, el interés que muestran los padres. **Encuesta:** es utilizada para conocer los datos relacionados a la problemática en si saber las carencias y la evolución de los pacientes.

INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS.

- **Encuestas.** Que se le realiza a los padres para identificar las necesidades de los niños con parálisis cerebral infantil.
- **Fichas.** La cuales se emplearon para evaluar a los niños con parálisis cerebral.

RECURSOS

RECURSOS HUMANOS:

- **Grupo de investigación:**
Cotera Cheme Ceida Ebelin.
- **Asesora:**
Lcda: Grace Abril Meneses Mg.
- **Personal encargado del área:**
Sargento Vela.
Soldado Jorge Ortiz.

RECURSOS MATERIALES:

- Computadora
- Impresora

- Cámara digital
- Copiadora
- Material terapéutico (aros de manguera lleno de cuentas de colores, discos de madera, pelotas.)

RECURSOS INSTITUCIONALES.-

- Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí.
- Facultad de Ciencias Médicas – carrera Terapia Ocupacional.
- Fundación “San Jorge” del Fuerte Militar Manabí de la Ciudad de Portoviejo.

RECURSOS ECONÓMICOS.-

DESCRIPCION DE MATERIALES	VALOR UNITARIO
Transporte	\$ 400
Impresiones	\$ 200
Copias	\$ 60
Pendrive	\$ 30
Internet	\$ 150
Materiales de Oficina	\$ 40
Libros Adquiridos	\$ 510
TOTAL	1390

POBLACION:

La población se limita en los niños que asisten a la Fundación “San Jorge” al área de Terapia Ocupacional.

DESCRIPCION DEL ESCENARIO DE TRABAJO

La Fundación San Jorge del fuerte militar de Manabí de la ciudad de Portoviejo es un centro de rehabilitación que se dedica a brindar atención a niños con habilidades especiales, de familias de clase social media a hacia abajo. Brinda atención en las áreas de Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Terapia de Lenguaje, Pedagogía y las terapias alternativas como Canoterapia y siendo la única a nivel de la provincia de Manabí en brindar Hipoterapia.

ANTECEDENTES

La Fundación “San Jorge” es una institución de ayuda social, sin fines de lucro con personería jurídica otorgada por el Ministerio de Bienestar Social el 24 de Junio del 2004 e inscrito con el número 313 del 26 de Octubre del 2006, en el Consejo Nacional de Discapacidades (CONADIS).

Su política es la de permitir el mejoramiento y el crecimiento de las condiciones de vida y la integración de los niños, niñas y adolescentes con o sin discapacidad a la población económicamente activa para el desarrollo de una sociedad con equidad y justicia social. En tal virtud su desenvolvimiento está encaminado a brindar ayuda social a los más necesitados, por esta razón, de acuerdo a lo que estipula el capítulo V de los integrantes del directorio tipificado en el artículo 19 dentro de la norma pertinente dice: “La presidenta, será la representante legal, judicial y extrajudicial de la Fundación San Jorge” y le corresponde asumir esta dignidad a la esposa del comandante del grupo de caballería número 12 “Tnte: Hugo Ortiz”

VISION

La Fundación “San Jorge” será una institución de servicio social dedicada a brindar rehabilitación basada en hipoterapia, que servirá de apoyo para las familias que no tienen accesos a centros especializados para rehabilitar a uno de

sus integrantes, que padecen de alguna discapacidad ya sea esta física, psicológica o cognitiva,, y brindará atención personalizada, técnica y adecuada a la población que padece de alguna discapacidad en la provincia de Manabí y fuera de ella contribuyendo al fortalecimiento de la calidad de vida de familiar portovejenses, manabitas y ecuatorianas.

MISION

La Fundación “San Jorge” es un centro de rehabilitación que centra su actividad con la hipoterapia destinados a los niños – niñas y adolescentes que necesitan tratamiento de rehabilitación neuro-musculo-esquelético de la provincia de Manabí y fuera de ella, desde el inicio de sus actividades como una Institución sin fines de lucro, dedicada a brindar terapia asistida con caballos de duración indeterminada, utilizando todas sus áreas destinadas a rehabilitación, para de esta manera contribuir al desarrollo adecuado del nivel de vida de la población discapacitada a fin de permitir el mejoramiento y el crecimiento de las condiciones de vida y la integración de los niños – niñas y adolescentes con distintas discapacidades a la población económicamente activa para el desarrollo de una sociedad con equidad y justicia social.

CAPITULO I

MARCO TEORICO

1.1 PARALISIS CEREBRAL

La **Parálisis Cerebral** es un trastorno permanente y no progresivo que afecta a la psicomotricidad, el tono muscular, la postura y el movimiento del paciente, esto puede incluir espasmos o rigidez en los músculos, movimientos involuntarios. Es causada por una lesión a una o más áreas específicas del cerebro que puede afectar el desarrollo normal del niño, puede producirse en el estado de gestación, el parto y el primer año de vida y puede ocurrir hasta los cinco años.

Esta causa daños en las funciones motrices, el cual afecta la funcionalidad del paciente.

Por último, hay un concepto generalizado de que la lesión no es evolutiva pero sus consecuencias pueden variar en el niño. Los trastornos motores afectan a la mayoría de los casos se afecta la articulación del lenguaje y dificultan el desarrollo de la alimentación y el habla. (es decir afecta los músculos q producen el habla, masticación y deglución, por eso es frecuente el babeo y la necesidad de mucha concentración por parte del niño para evitarlo).

Esta lesión puede producirse, antes durante o después del nacimiento, es un grupo de trastornos relacionados entre sí que puede tener causas y síntomas diferentes en cada niño ya que existen casos leves moderados y graves.

Van a variar de un caso a otro, es por esto que no debe atribuirse a un factor único. Aunque todos desarrollan en común la deficiente maduración del sistema nervioso central

- En el período prenatal, la lesión es ocasionada durante el embarazo y pueden influir las condiciones desfavorables de la madre en la gestación. Suele ocasionar el 35% de los casos. Los factores prenatales que se han

relacionado son las infecciones maternas (sobre todo la rubéola), la radiación, la anoxia (déficit de oxígeno), la toxemia y la diabetes materna.

- En el período perinatal, las lesiones suelen ocurrir en el momento del parto. Ocasionalmente el 55% de los casos, y las causas más frecuentes son: anoxia, asfixia, traumatismo por fórceps, prematuridad, partos múltiples, y en general, todo parto que ocasiona sufrimiento al niño.
- En el período postnatal, la lesión es debida a enfermedades ocasionadas después del nacimiento. Corresponde a un 10% de los casos y puede ser debida a traumatismos craneales, infecciones, accidentes vasculares, accidentes anestésicos, deshidrataciones, etc.¹

1.2 Clasificación:

Denhoff (1976) ha descrito los rasgos médicos de los desórdenes en los movimientos y las partes del cuerpo involucradas (espástico, atetoide, atáxico, atónico y diferentes formas mixtas). Adicionalmente a estas características, describió el grado de discapacidad (leve, moderada y grave) con la descripción del tono muscular (hipertónico, hipotónico).

La parálisis cerebral es clasificada bajo dos criterios:

Por la naturaleza del desorden motor (llamada clasificación fisiológica). Esta clasificación incluye los tipos espástico (piramidal) y no espástico (extrapiramidal).

- a. El tipo espástico (incremento del tono muscular causando rigidez que dificulta el control de los movimientos; resistencia al movimiento pasivo de una extremidad que es más intensa al iniciarse el movimiento y cede cuando se aplica más fuerza), es producido por un daño en las heces cortico espinales en el cerebro o en la medula espinal (tracto piramidal).

https://es.wikipedia.org/wiki/Par%C3%A1lisis_cerebral

b. El tipo no espástico es causado por un daño en las células nerviosas que se ubican fuera de los tractos piramidales. Si el niño evaluado se encuentra con un pobre control de cabeza, excesivo arqueado de espalda, dificultad de movimientos, un diagnóstico de la parálisis cerebral extrapiramidal puede ser probable. Las formas extrapiramidales puede presentar 4 efectos funcionales:

- atetoides (movimiento caprichoso, lento e involuntario que afecta las manos, la cara y la lengua)
- distónicos (espasmos en los músculos de los hombros, cuello y tronco. El brazo suele colocarse en una posición rotada y la cabeza dirigida hacia atrás y lateralizada)
- rigidez (inmovilidad de los músculos de las extremidades)
- atáxico (incapacidad para mantener la postura corporal, fuerza y dirección de los movimientos en las extremidades).

Por las partes del cuerpo discapacitadas (clasificación topográfica).

1.3 Clasificación topográfica Según la distribución del trastorno neuromuscular o el criterio clasificatorio de **topografía**, que indica cual es la parte del cuerpo afectada, podemos distinguir entre:

- **Cuadriplejía:** Están afectados los cuatro miembros.
- **Tetraplejía:** Afectación global incluyendo tronco y las cuatro extremidades, con un predominio de afectación en miembros superiores.
- **Triplejía:** Afectación de las extremidades inferiores y una superior.
- **d- Diplejía:** Afectación de las cuatro extremidades con predominio en extremidades inferiores.
- **Hemiplejía:** Está tomado un solo lado del cuerpo (hemicuerpo), y dentro de este el más afectado es el miembro superior.
- **Doble hemiplejía:** Cuando existe una afectación de las cuatro extremidades, pero mucho más evidente en un hemicuerpo, comportándose funcionalmente como una hemiparesia.

- **Paraplejía:** Son muy poco frecuentes, se afectan solo los miembros inferiores.
- **Monoplejía:** Se afecta un solo miembro (brazo o pierna), estos casos son poco comunes.²

1.4. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

La parálisis cerebral se diagnostica principalmente evaluando de qué manera se mueve un bebé o un niño pequeño. Se evalúa el tono muscular del niño, su capacidad para interactuar con el entorno, además fijarse en éste para comprobar si ha desarrollado una preferencia por su mano derecha o izquierda y la manera en que la usa al realizar las actividades. También es importante observar y verificar la persistencia de los llamados reflejos primitivos, que normalmente están presentes en los bebés pequeños y que por lo general, desaparecen entre los 6 y 12 meses de vida.

También se puede realizar pruebas de diagnóstico con imágenes cerebrales, tales como, tomografías computadas, resonancias magnéticas o ultrasonidos. Estas pueden ayudar a identificar la causa de la parálisis cerebral, en ciertos casos.

La parálisis cerebral no tiene cura pero se puede realizar un tratamiento adecuado a las necesidades del paciente para estimular el desarrollo intelectual, su relación social y le ayude a mejorar sus movimientos.

Los objetivos básicos para maximizar el potencial del niño con parálisis cerebral incluye:

- Desarrollo efectivo de las habilidades de comunicación, a través de la gesticulación de signos, juegos de comunicación asistida, y lenguaje oral y escrito.

² www.slideshare.net/tucontito/paralisiscererebral

- Desarrollo de habilidades motoras para el manejo de los movimientos y tono anormales, incremento de la fuerza y la coordinación, a través de guías de soporte y ortopedia preventiva y correctiva de las deformaciones.
- Desarrollo de la independencia en actividades de la vida diaria, tales como el autocuidado, mudarse de ropa, asearse y comer. Una excelente terapia es la Terapia Ocupacional (Majnemer, 1999) cuyo objetivo primario es maximizar las potencialidades funcionales del niño en todos los ambientes (hogar, escuela y comunidad). Esta terapia busca habilitar al niño en la completa participación de los roles y funciones significativas e importantes de la familia.
- Tratamiento y prevención de los problemas asociados a la parálisis cerebral, tales como los ojos cruzados, deficiencia auditiva, desnutrición, respiración, constipación, problemas de comportamiento y disturbios del sueño. (Delgado & Combes, 1999).

1.4.1 tratamiento en la discapacidad motora:

Como ya se mencionó anteriormente niño con parálisis cerebral puede tener anormalidades en el tono muscular, reflejos, movimientos involuntarios, descoordinación en el balanceo, respuestas sensoriales y orientación motora. Se han utilizado diferentes técnicas y métodos para manejar estas deficiencias motoras vistas en la parálisis cerebral. Estos métodos son:

- Educación personalizada (*desarrollada por Dr. Andreas Peto en los años 40*): Un método educativo donde todos los terapeutas eran incluidos. Un facilitador enseña a un niño en un grupo donde se realizan actividades que integran la mente y el cuerpo.
- Aproximación neurológica usando reflejos (*desarrollado en 1943 por Dr. Karl Bobath y Bertha Bobath*): Se basa en la idea que el principal problema del movimiento en la parálisis cerebral es la persistencia de los “reflejos primitivos” que afectan la postura y el movimiento. La terapia se dirige a inhibir estos reflejos anormales.

- Estimulación sensorial (*desarrollado en 1962 por Margaret Rood*): para la facilitación e inhibición de los movimientos.
- Facilitación neuromuscular propioceptiva (*desarrollado en 1968 por Dr. Herman Kabat, Margaret Knott y Dorothy Voss*): Método para inhibir el tono incrementado de los músculos usando estimulación sensorial para facilitar el movimiento.
- Terapia de integración sensorial (*desarrollado por Ana Jean Ayers en 1972*): método usado para fortalecer las vías que el cerebro recibe y usa para recibir y enviar información sensorial en la coordinación muscular.
- Terapia farmacológica: uso de medicamentos para reducir la hipertonía, espasticidad, etc.

Todos los autores anteriormente nombrados crearon técnicas para el manejo y la rehabilitación de los niños con parálisis cerebral infantil, las cuales están basadas en la rehabilitación física, lenguaje, cognitiva, estimulando estas diferentes áreas con las diferentes técnicas, se trabajara para mejorar las actividades de la vida diaria.

Es importante mencionar que la terapia alternativa como la hipoterapia daría un excelente aporte en el tratamiento de niños con parálisis cerebral.

2 ¿QUE ES LA TERAPIA OCUPACIONAL?

La Terapia Ocupacional es el conjunto de métodos técnicas y actuaciones que a través de actividades con fines terapéuticos previene, mantiene y favorece la restauración de la función logrando la mayor independencia posible del individuo y a su vez conseguir la reinserción en todos los aspectos de la vida cotidiana: laboral, mental, físico y social.

En otras palabras, la Terapia Ocupacional busca que una persona con limitaciones físicas o psíquicas pueda tener una vida independiente y valore su propio potencial. La terapia ocupacional puede ayudar en el tratamiento de

lesiones cerebrales y de la médula espinal, enfermedad de Parkinson, parálisis cerebral, debilidad general y en la rehabilitación post-fracturas.

La rehabilitación mediante la terapia ocupacional interviene en diferentes áreas: déficit neuropsicológico (memoria, atención y razonamiento complejo), función motora, función sensitiva (visión, tacto y percepción) y relaciones interpersonales. El medio del tratamiento implica generalmente el uso de las actividades útiles, que tienen cierto significado e importancia en la forma de vida de los clientes (estas también se llaman “ocupaciones” e incluyen los hábitos de comportamiento asociados al cuidado de uno mismo y otros, trabajo productivo y ocio)

2.1 Entrenamiento en las actividades de la vida diaria como son: la alimentación, el vestido, el aseo, el uso del baño, el control de esfínteres, etc.

Se trabaja el reconocimiento de objetos cotidianos, la realización de la secuencia, así como actividades más específicas, como serían: hacer la lazada del zapato, abotonar-desabotonar botones, etc.

2.2 En los niños con parálisis cerebral

La Terapia Ocupacional va destinada a conseguir la máxima integración social de las personas con parálisis cerebral, de acuerdo a lo que necesiten, mediante:

- El ajuste social y personal, donde se engloban tareas destinadas a favorecer la autonomía en las actividades de la vida diaria, a desarrollar los potenciales cognitivos y creativos, a interrelacionarse y descubrir nuevas experiencias y vivencias.
- La ocupación terapéutica, consistente en actividades destinadas a trabajar hábitos vinculados al mundo laboral a partir de la elaboración de material.

El éxito de la terapia ocupacional depende la creatividad para realizar y adaptar actividades a los afines terapéuticos.

Si bien sabemos un niño con parálisis cerebral no lograra mayor avance en dos o tres años pero mediante la terapia ocupacional, fisioterapia y terapia de lenguaje se puede mejorar la calidad de vida de estos niños con PCI, mediante ayudas técnicas como la férulas, que ayudan a corregir posturas inadecuadas.

La Terapia Ocupacional es ideal para estimular coordinación y alcance en este tipo de patología ya que se vale del medio que rodea al niño. Cabe recalcar que si se logra coordinación y alcance aunque sea con poca amplitud de movimiento se está brindando una gran ayuda a las madres para el momento de vestir, bañar, al niño ya que se reducirá el dolor y será más fácil de realizar estas actividades.

Pero siempre es necesario investigar sobre nuevos métodos y técnicas para tratar esta patología, es por eso que se la está combinando con la hipoterapia la cual brinda un gran beneficio a estos niños, pero para saber el tratamiento tenemos que saber más sobre la hipoterapia.

2.3 La coordinación y alcance es la capacidad que tienen los músculos esqueléticos para conectarse en una trayectoria o movimiento, el cerebro regula la información sensitiva, transformándola en estímulo que permiten realizar movimientos finos y precisos junto a esto también regula y controla el tono muscular.

Podemos observar varios tipos de coordinación: la coordinación oculomanual (al lanzar un objeto), la coordinación bimanual (al manipular un objeto con las dos manos), y la dinámica general (andar en cuatro patas o gatear).

Para conseguir una buena coordinación y alcance se necesita tener:

- Precisión de movimiento, es decir dominio en la dimensión espacial, movimientos rectilíneos; Economía del movimiento: Equilibrio en el gasto energético, magnitud de inervación moderada con impulsos adecuados a la situación.
- Fluidez de movimiento, equilibrio en la fluidez temporal, impulsos musculares adecuados.

- Elasticidad de movimiento, equilibrio en la elasticidad muscular;

Para el trabajo con niños con parálisis cerebral infantil debemos conocer no solo el diagnóstico de las habilidades y capacidades físicas; debemos determinar en qué grupo de discapacidad o de funcionalidad se encuentra el niño con quien vamos a trabajar y cuál es el trabajo adecuado para él.

Para estimular el desarrollo motor de los niños pequeños el mejor lugar es al aire libre, debido a que en él se encuentran diversos elementos y superficies que permiten realizar los más variados ejercicios. Además, los ambientes naturales se prestan para que los niños se suelten, en ellos, se sienten más libres y en una inmensidad que les entretiene mucho.

Algunas de las habilidades que pueden estimularse son, la coordinación y alcance. Ambos son ejercicios que ayudan a afirmar las habilidades motoras como la coordinación gruesa y fina la cual es muy importante para el desarrollo del niño dado a que por medio de ella explora nuevas cosas, nuevos objetos.³

3. ¿QUE ES LA HIPOTERAPIA?

También conocida en todo el mundo como monta terapéutica, es una actividad rehabilitadora que consiste en aprovechar la marcha del caballo la cual estimula los músculos y articulaciones, por otra parte el contacto con el caballo beneficia a nivel cognitivo, comunicativo y de personalidad.

La equitación terapéutica o hipoterapia comúnmente llamada, influye en el individuo causando efecto en todo el cuerpo que puede ser profundo en su totalidad.

Es una terapia ocupacional con un caballo adecuado, dirigida específicamente las sesiones a las áreas motora e integración sensorial del paciente. El caballo, se selecciona para los pacientes cuidadosamente por sus movimientos y su

³ www.buenastareas.com/ensayos/La-Coordinaci%C3%B3n-Motriz/

comportamiento. El paciente, en función de las indicaciones del terapeuta, puede adoptar diferentes posturas en el caballo en diferentes sesiones.

Los pacientes responden entusiásticamente al tratamiento en hipoterapia, la cual mejora la coordinación, equilibrio, comunicación en pacientes de todas las edades.

La hipoterapia favorece a diferentes tipos de afecciones tanto físicas como mentales entre ellas tenemos:

Parálisis cerebral, autismo, enfermedades neurodegenerativas, esclerosis múltiple, síndrome de Down, traumas cerebrales, enfermedades traumatológicas, espina bífida, autismo, síndrome de Down, distrofia muscular, ayuda aumentando el autoestimas en personas con: conductas caracterízales, anorexia, bulimia. Es una terapia alternativa que a la vez complementa a los otros tratamientos utilizados se considera que es capaz de conseguir nuevos estímulos.

(Un caballo al paso, transmite al jinete 110 impulsos por minuto, en una serie de oscilaciones tridimensionales como son avance y retroceso, elevación, descenso, desplazamiento y rotación).⁴

Estos movimientos tridimensionales son los que estimulan al sistema multisensorial

4. LA TERAPIA OCUPACIONAL EN NIÑOS CON PARÁLISIS CEREBRAL

La meta de terapia ocupacional en niños con parálisis cerebral aplicada mediante la hipoterapia es mejorar los niveles generales de otros tratamientos mejorando el equilibrio, la tonicidad muscular, alteración de la coordinación motora, limitaciones articulares, es decir mejora los elementos patológicos, ya que la parálisis cerebral se caracteriza por un trastorno de movimientos y

⁴ *(Fundación María Riveros <http://centrohipoterapia.galeon.com>).*

posturas, también podemos encontrar déficit asociados como, alteraciones sensoriales, retardo mental, trastornos de aprendizaje.

Este tratamiento estimula a través de los sistemas propioceptivo sensibilidad articular y órganos sensoriales externos (tacto, oído, olfato) compensando así la deficiencia que el niño tiene.

La terapia ocupacional ayuda al niño con parálisis cerebral infantil a desenvolverse en el entorno que lo rodea, la rehabilitación se aplicará según el caso o tipo de parálisis, se estimula al niño mediante el juego, entrenándolo en la actividades de la vida diaria si el caso lo permite y facilitándole el cuidado a la mamá o cuidadora.

La terapia ocupacional se puede asociar a diferentes terapias para realizar un trabajo en equipo, entre estas otras terapias tenemos la hipoterapia que es una terapia alternativa.

Estos objetivos están centrados según el tipo de parálisis cerebral.

- En la parálisis cerebral espástica el objetivo se basa en la disminución del tono muscular, facilitar reacciones automáticas de movimientos y secuencias normales del desarrollo neuromotor.
- En la parálisis cerebral diskinetica la base es la normalización del tono muscular y la facilitación del control postural y de movimiento.
- En la parálisis cerebral atáxica mejora la funcionalidad y el equilibrio tanto estático como dinámico.

4.1 TERAPIA OCUPACIONAL EN HIPOTERAPIA

La hipoterapia es una terapia ocupacional específicamente en las actividades de ocio, para un niño normal al cual le ayudaría a socializar, mejorar su conducta y le estimularía el equilibrio, sensopercepción, lateralidad, disminuye la ansiedad y aumenta la autoestima, etc...

Los terapeutas ocupacionales que proporcionan hipoterapia utilizan el movimiento del caballo para mejorar el control motor, la coordinación, el

equilibrio, la atención, el procesamiento sensorial y el rendimiento en las tareas diarias. El movimiento multidimensional del caballo recíproco ayuda con el desarrollo de las habilidades motoras finas, habilidades motoras visuales, control bilateral y la cognición. En estos niños se trabajaría de una manera dinámica, repetitiva y teniendo cuidado con los cambios de posiciones, la corrección adecuadas de posturas y quienes mejor para este trabajo tipo de tratamiento que el terapeuta ocupacional.

El objetivo de la terapia ocupacional en hipoterapia es: estimular al sensopercepción, la coordinación, socialización y porque no el alcance, valiéndose de la anatomía del caballo y los beneficios que este brinda en los niños con P.C.I.

Este tratamiento empieza con la llegada del niño al área de hipoterapia, es importante que el niño este con la menor cantidad de ropa posible, (sin medias. Camisa, pantalón etc), así sentirá el calor del animal directamente sobre su cuerpo.

En el caso de PCI atáxico en los mayores de tres van solos ayudando en cambios de posiciones indicándoles los movimientos para realizar, realizando las actividades con los aros, pelota, discos de madera, y el aro de básquetbol.

Como ya hemos mencionado anteriormente la parálisis cerebral infantil es una patología que puede ser espátricos (rigidez) y no espátricos (flacidez o con movimientos involuntarios).

El tratamiento de la terapia ocupacional en hipoterapia se basa en aplicar métodos y técnicas adecuadas para cada caso, obedeciendo a los resultados de la valoración inicial realizada a los pacientes con P.C.I. la cual está encaminada a dar a conocer la realidad del estado motriz de los niños con P.C.I. el tratamiento consiste en tres actividades incluidas en la hipoterapia, las cuales se van intercalando para no llegar al aburrimiento del niño.

1. En primer lugar en los niños con parálisis cerebral infantil atetósico se realizan actividades de:

Socialización, la cual consiste en la entrada del niño saludando a todos guiado por la mamá, estimulándolo verbalmente, los terapeutas contestando el saludo con emoción y mostrándole afecto.

El terapeuta se acerca al niño cogiéndole la mano y estimulándolo a acariciar al caballo, para restar cualquier temor del niño hacia el caballo.

2. Si el niño es menor de cuatro años en T.O deberá ir con él en el caballo para estimularlo verbal y físicamente.

Indicando al cuidador al ritmo que tienen que marchar el caballo así lograr la relajación del niño y disminuir su temor, para realizar las actividades.

3. Realizar actividades como golpear un balón que cuelga del techo, incitarlo a que lo coja o lo golpee y los padres desde abajo se lo empujarán nuevamente hacia él y puede ser en frente, a los lados y en ciertos casos atrás de él, con la cual se logra amplitud de movimiento y coordinación en codos, en manos, y al girar el cuerpo.

O lanzar un balón en un aro de básquet la cual consiste en parar al caballo de frente al aro, y luego parar al niño en la grupa del caballo para que el niño lance el balón y poco a poco irse alejando para que cada vez se esfuerce más, con la cual lograríamos trabajar en equilibrio, amplitud de movimiento y coordinación en miembros superiores.

También está la actividad de lanzar un disco de madera a un círculo en el centro del área, en la cual el niño puede empezar sentado y pararlo según como valla cambiando el estado de ánimo del niño, con esta actividad lograríamos, coordinación, alcance y equilibrio.

4. En todas las actividades mencionadas es fundamental la ayuda de los padres y es de mucha importancia indicarles cómo se realiza la actividad e informarles el beneficio que brinda la actividad.

Ya que estas actividades comprometen todas las articulaciones de miembro superior y tronco lo cual les ayudara a un mejor desempeño en la A.V.D.B. (actividades de la vida diaria básicas).

En los niños con parálisis cerebral con espasticidad no se realizarán las mismas las actividades que en los niños con parálisis cerebral atetósico, lo de ellos se centra en lo siguiente;

1. Socialización la mayoría de los casos de los niños con parálisis cerebral infantil entienden las cosas que los padres o los terapeutas les indican, por lo tanto en la socialización se va a trabajar con la misma metodología aplicada a los niños atetósico, la cual consiste en el saludo, el momento de acariciar al caballo, la interacción terapeuta paciente y padres.
2. Las siguientes actividades consisten en los cambios de posiciones, las cuales se harán con mucho cuidado para evitar alimentar anormalidades en la columna (evitar q la columna se desvíe)
3. Controlar los cambios en la marcha del caballo, ya que estos intervienen mucho en el tono muscular del niño ayudando su relajación.
4. Hacer que el niño desplace los brazos sobre la anatomía del caballo movilizand o las manos y dando masajes en las manos, abriendo y cerrando, considerando que la piel que es el órgano más grande del cuerpo humano capta y transforma la energía proveniente del estímulo en señales electroquímicas que son transmitidas como impulsos nerviosos al cerebro, donde es interpretado, sin olvidar la importancia de la estimulación verbal, ejemplo (vamos a tocar el caballo que peludo es, que caliente esta o esta suave, mojado ect). que es captado por el cerebro y asociado a la acción realizada.

Con los niños con parálisis cerebral infantil espásticas se lograra la relajación en lo cual se facilitara el momento de vestir al niño.

En el caso de PCI atáxico en los mayores de cuatro van solos ayudando en cambios de posiciones indicándoles los movimientos para realizar, realizando las actividades con los aros, pelota, discos de madera, y el aro de básquetbol y se realizaran las mismas actividades que en los niños con p.c.i atetósico

En todos los casos si el niño es menor de cuatro años va acompañado por el terapeuta en el caballo, y si es mayor de 5 el niño va solo en el caballo acompañado del terapeuta y los padres a los lados sujetándole las piernas.

En el caso de los niños con parálisis cerebral infantil espástica mayores de 10 años se debe buscar un caballo grande donde el niño en posición acostada quede en buena posición o se le deformara la columna. En caso contrario no es aconsejable realizar hipoterapia en estos casos.

CAPITULO II

DISEÑO DE LA PROPUESTA

2.1 TITULO

Aplicación de la Terapia Ocupacional a niños con parálisis cerebral infantil mediante la hipoterapia.

2.2 BENEFICIARIOS DIRECTOS

Niños con parálisis cerebral infantil que asisten la Fundación “San Jorge” del fuerte militar Manabí de la ciudad de Portoviejo.

2.3 BENEFICIARIOS INDIRECTOS

La institución, la familia de los pacientes, equipo multidisciplinario

2.4 LUGAR Y FECHA

Fundación san Jorge del fuerte militar Manabí de la ciudad de Portoviejo,

De Enero a Junio en un periodo de 6 meses.

2.5 FACILITADORES

El emprendimiento de terapia ocupacional fue avalado por la directora de la institución y el responsable del área.

2.6 INTRODUCCIÓN

Los niños con parálisis cerebral infantil son niños que necesitan mucha atención. Y en el área de terapia ocupacional se les trabaja sensopercepcion, coordinación y alcance, pero es necesario complementar las terapia en casa y otras áreas, siendo la hipoterapia una terapia complementaria se propone atender a los niños con Parálisis Cerebral Infantil en hipoterapia y aplicar técnicas de terapia ocupacional y enseñar los padres como lo pueden realizar.

2.7 OBJETIVO

Mejorar la coordinación y alcance para lograr independencia o semi-independencia en la funcionalidad de las actividades diarias de niños con parálisis cerebral infantil que asisten a la Fundación “San Jorge” del fuerte militar de Manabí de la ciudad de Portoviejo.

2.8 DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA

Complementar la terapia ocupacional con la hipoterapia para realizar actividades terapéuticas que estimulen la coordinación y alcance de los niños con Parálisis Cerebral Infantil que asisten a la Fundación “San Jorge” del fuerte militar de Manabí de la ciudad de Portoviejo.

Ya que en la Fundación san Jorge son atendidos un gran número de niños que presentan P.C.I a cuyos padres se les realiza una encuesta sobre el desarrollo de su hijo, en las que manifiestan que existen problemas en la amplitud de movimientos para lograr alcanzar los objetos puestos en frente de ellos y la coordinación para tocarse el rostro. Se aplica la Terapia Ocupacional y complementa con la hipoterapia para estimular la coordinación y alcance en estos niños y de una u otra manera se estimula sensopercepción, aumenta la socialización y la autoestima. Y así se logra independencia o semi-independencia en la funcionalidad de sus actividades diarias según el caso lo permita.

Este trabajo se lleva a cabo en el periodo de Enero a Julio del 2013 en la Fundación San Jorge del fuerte militar Manabí de la ciudad de Portoviejo. Empleando el método deductivo, Método cuantitativo, se evalúa a los niños con P.C.I. para saber el grado de discapacidad y determinar el tratamiento adecuado a cada caso, aplicarlo y siguiendo cuidadosamente la evolución lograremos el objetivo y llegaremos a las conclusiones.

Los recursos necesarios son los siguientes

2.9. AUTORA

Cotera Cheme Cieda Ebelin.

2.10. IMPACTO DE LA PROPUESTA

Mejorar la coordinación y alcance de niños con parálisis cerebral infantil que asisten a la Fundación “San Jorge” del fuerte militar Manabí de la ciudad de Portoviejo.

SINTESIS DE TRABAJO DE CAMPO

CAPITULO III

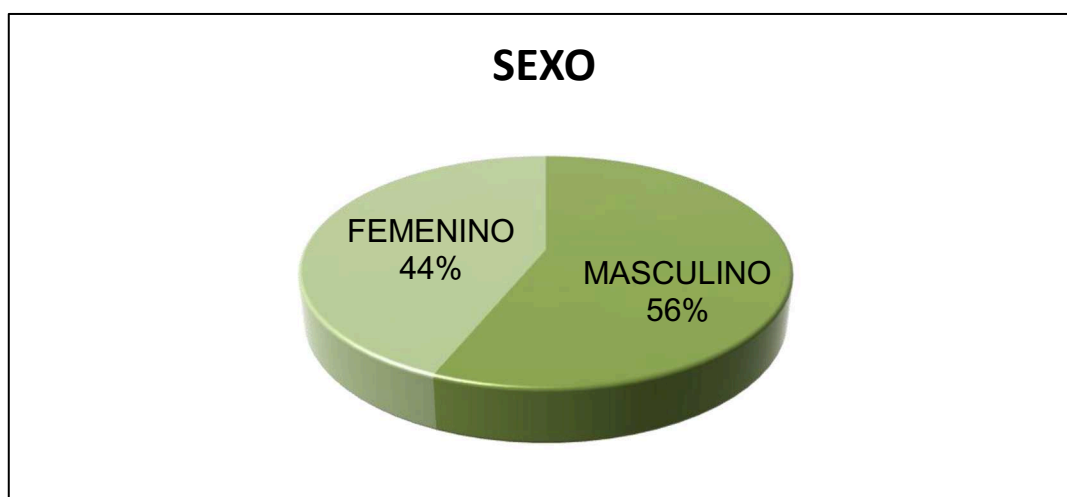
VERIFICACION DE LOS RESULTADOS

3.1 CUADROS ESTADISTICOS DE LOS NIÑOS CON PARALISIS CEREBRAL INFANTIL QUE ASISTEN A LA FUNDACION SAN JORGE DEL FUERTE MILITAR MANABI

Cuadro # 1

CUADROS ESTADISTICOS SEGÚN EL SEXO

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
MASCULINO	18	56
FEMENINO	14	44
TOTAL	32	100%



AUTOR: CEIDA COTERA

FUENTE: HISTORIA CLINICAS

ANALISIS DE LOS RESULTADOS

En este cuadro podemos observar que predomina el sexo masculino con un numero de 18 que equivale al 56%; y en un numero de 14 niñas de sexo femenino, correspondiente al 44%.

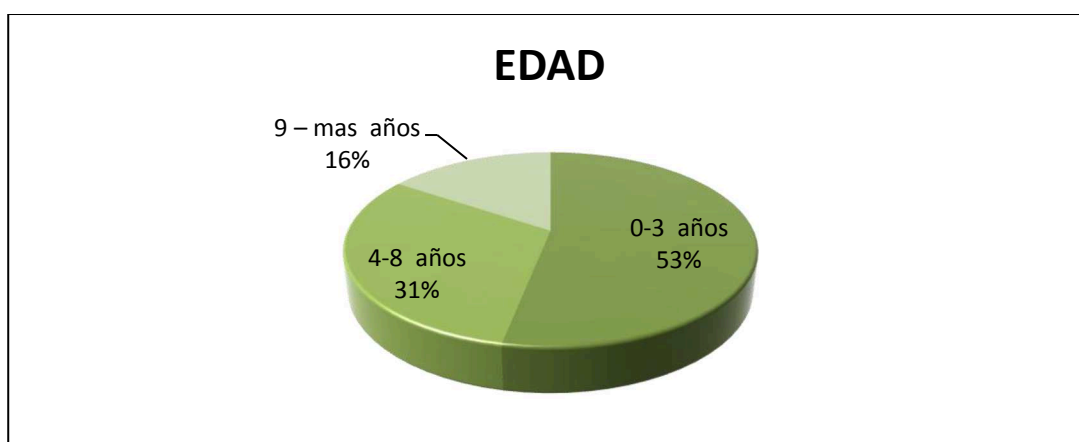
En este cuadro prevalece el sexo femenino con un porcentaje de 56%.

3.2 CUADROS ESTADISTICOS DE LOS NIÑOS CON PARALISIS CEREBRAL INFANTIL QUE ASISTEN A LA FUNDACION SAN JORGE DEL FUERTE MILITAR MANABI

Cuadro # 2

CUADROS ESTADISTICOS SEGÚN LA EDAD

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
0-3 años	17	53
4-8 años	10	31
9 a más años	5	16
TOTAL	32	100%



AUTOR: CEIDA COTERA

FUENTE: HISTORIA CLINICAS

ANALISIS DE LOS RESULTADOS

Esta cuadro indica que en la fundación san Jorge son atendido 17 niños comprendidos entre 0 - 3 años correspondiente a un 53%; luego 10 niños de la edad de 4 - 8 q corresponden a un 16%; para finalizar 5 niños con edades de 9 a más comprendidos en un 16%.

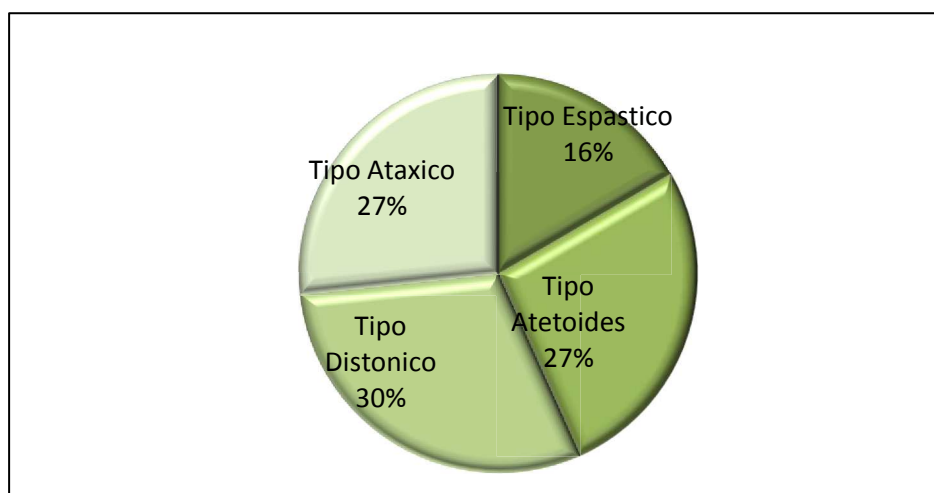
En este cuadro prevalecen las edades de 0 – 3 que corresponde en un 53%

3.3 CUADROS ESTADISTICOS DE LOS NIÑOS CON PARALISIS CEREBRAL INFANTIL QUE ASISTEN A LA FUNDACION SAN JORGE DEL FUERTE MILITAR MANABI

Cuadro # 3

CUADRO ESTADISTICO- SEGÚN EL TIPO DE PARALISIS CEREBRAL

Tipos de Parálisis Cerebral Infantil		
ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
Tipo Espástico	5	17
Tipo Atetoides	8	27
Tipo Distónico	9	30
Tipo Atáxico	8	27
TOTAL	30	100



AUTOR: CEIDA COTERA

FUENTE: HISTORIA CLINICAS

ANALISIS DE LOS RESULTADOS

En este cuadro podemos observar que predomina el tipo de parálisis cerebral distónico con un número de 9 equivalente al 30%; seguido por el tipo atetoides con un número de 8 correspondiente al 27%; la atáxico en un número de 8 correspondiente al 27%; y como último el tipo espástico en número de 5 correspondiente al 17%.

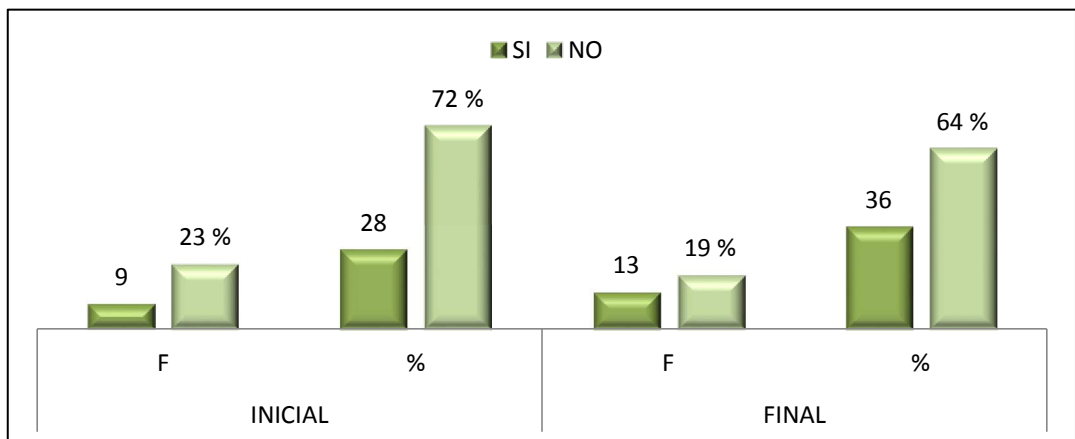
En este cuadro prevalece el tipo de parálisis cerebral infantil distónica, con un porcentaje de 30%.

3.4 CUADROS ESTADISTICOS DE RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS INICIAL Y FINAL REALIZADAS A LOS PADRES DE LOS NIÑOS CON PARALISIS CEREBRAL INFANTIL QUE ASISTEN A LA FUNDACION SAN JORGE

Cuadro # 4

PREGUNTA # 1

¿SU HIJO SE TOCA LACABEZA?				
ALTERNATIVA	INICIAL		FINAL	
	F	%	F	%
SI	9	28	13	36
NO	23	72	19	64
TOTAL	32	100%	32	100%



AUTOR: CEIDA COTERA

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A LOS PADRES

ANALISIS DE LOS RESULTADOS

En este cuadro podemos comparar los resultados de las encuestas iniciales y la final, con los resultados de un total de 9 niños correspondiente a un 28% en la encuesta inicial, y una cantidad de 13 niños que comprenden el 36% en la encuesta final que si se tocan la cabeza; también tenemos a 23 niños que corresponde a un 72% en la encuesta inicial, seguido por 19 niños correspondientes a un 64% en la encuesta final que no se tocan la cabeza.

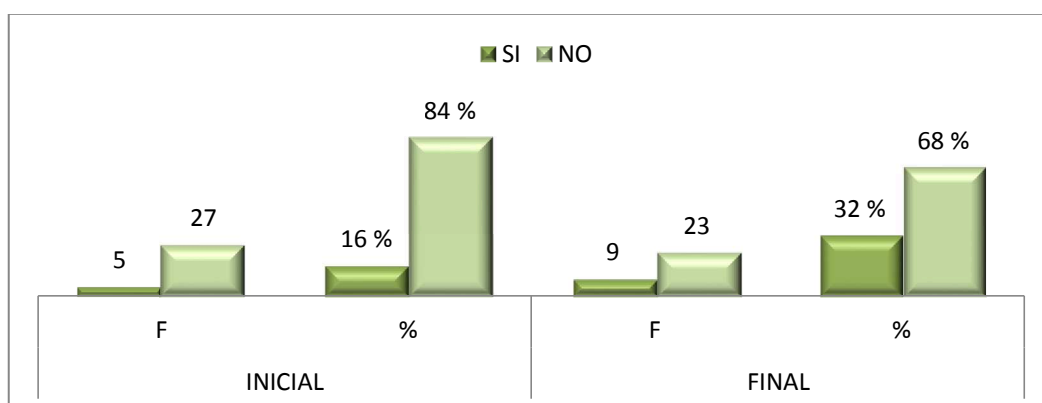
Este cuadro evidencia que al final de las actividades aumento de 28% al 36% los niños que si se tocan la cabeza.

CUADROS ESTADISTICOS DE LOS RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS INICIAL Y FINAL REALIZADAS A LOS PADRES DE LOS NIÑOS CON PARALISIS CEREBRAL INFANTIL QUE ASISTEN A LA FUNDACION SAN JORGE

Cuadro # 5

PREGUNTA # 2

¿SU HIJO SE TOCA LA NARIZ?				
ALTERNATIVA	INICIAL		FINAL	
	F	%	F	%
SI	5	16	9	32
NO	27	84	23	68
TOTAL	32	100%	32	100%



AUTOR: CEIDA COTERA

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A LOS PADRES

ANALISIS DE LOS RESULTADOS

En este cuadro podemos apreciar las encuestas inicial y final que se realizó a los padres, que en inicio los niños que se tocaban la nariz eran 5 correspondiente a 16% a diferencia de la encuesta final que era de 9 niños que corresponde al 32%; los niños que no se tocan la nariz que son 27 correspondiente A un 84% y en la encuesta final 23 que corresponde al 69%.

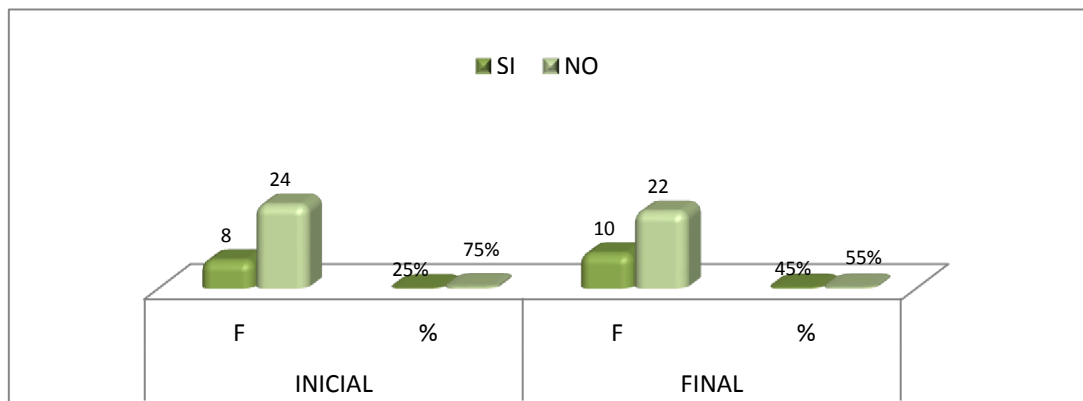
Se evidencia un diferencia de 16% en la encuesta inicial al 32% en la encuesta final.

CUADROS ESTADISTICOS DE LOS RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS INICIAL Y FINAL REALIZADAS A LOS PADRES DE LOS NIÑOS CON PARALISIS CEREBRAL INFANTIL QUE ASISTEN A LA FUNDACION SAN JORGE

Cuadro # 6

PREGUNTA # 3

¿SU HIJO ES CAPAZ DE TOCARCE EL HOMBRO?				
ALTERNATIVA	INICIAL		FINAL	
	F	%	F	%
SI	8	25%	10	45%
NO	24	75%	22	55%
TOTAL	32	100%	32	100%



AUTOR: CEIDA COTERA

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A LOS PADRES

ANALISIS DE LOS RESULTADOS

En este cuadro analizamos que hay 8 niños correspondientes al 25% q si pueden tocarse el hombro en las evaluaciones iniciales y 10 niños correspondientes al 45% en las evaluaciones finales.

Hay 24 niños que corresponden al 75% q no pueden tocarse el hombro en las evaluaciones iniciales; y 22 niños corresponden al 55% en las evaluaciones finales.

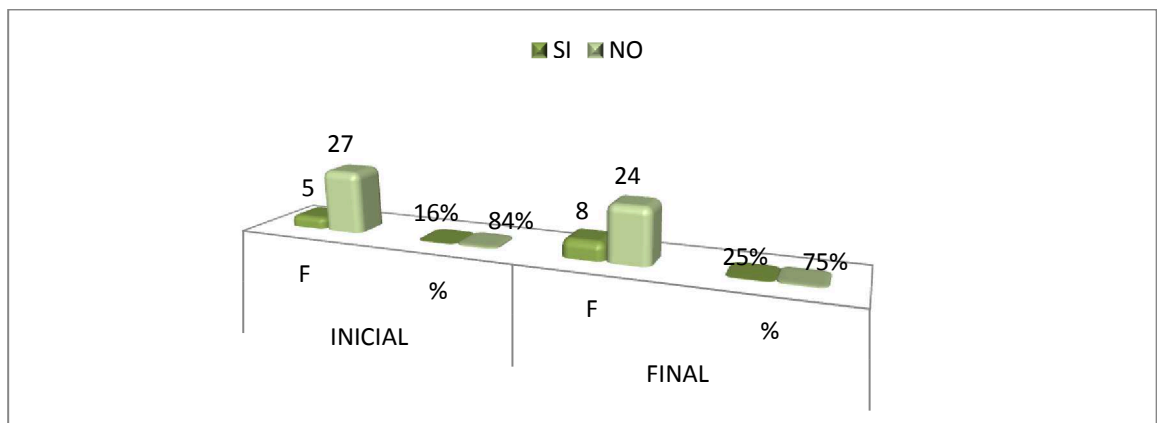
Este cuadro evidencia un aumento de un aumento de 25% al 45% de niños que si pueden tocarse el hombro.

CUADROS ESTADISTICOS DE LOS RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS INICIAL Y FINAL REALIZADAS A LOS PADRES DE LOS NIÑOS CON PARALISIS CEREBRAL INFANTIL QUE ASISTEN A LA FUNDACION SAN JORGE

Cuadro # 7

PREGUNTA # 4

¿FRENTE A UD. SU HIJO LE TOCA LA CARA?				
ALTERNATIVA	INICIAL		FINAL	
	F	%	F	%
SI	5	16%	8	25%
NO	27	84%	24	75%
TOTAL	32	100%	32	100%



AUTOR: CEIDA COTERA

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A LOS PADRES

ANALISIS DE LOS RESULTADOS

En este cuadro podemos analizar que tenemos 5 niños que si se tocan la cara correspondiente a un 16% en la encuesta inicial, en comparación a un total de 8 niños correspondiente a un 25% en la encuesta final; Y los niños q no se tocan la cara son 27 correspondiente a un 84% en la encuesta inicial, en comparación con la encuesta final que es de 24 niños correspondiente al 75%.

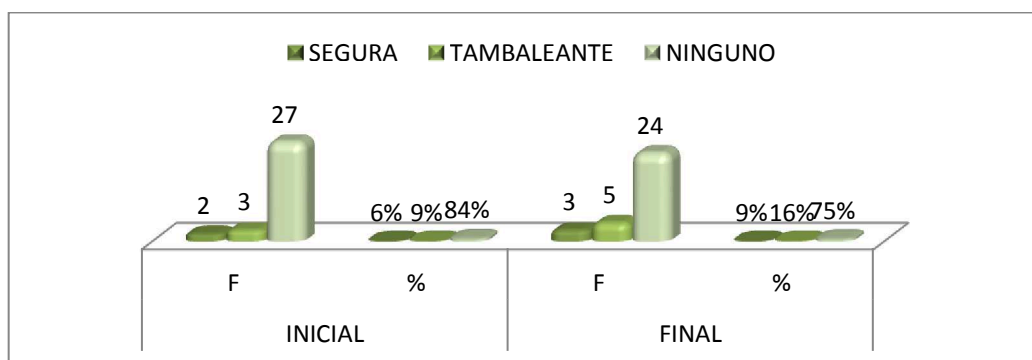
Este cuadro evidencia un aumento de un aumento de 16% al 25%% de niños que frente a la mama si pueden tocarle el hombro.

CUADROS ESTADISTICOS DE LOS RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS INICIAL Y FINAL REALIZADA A LOS PADRES DE LOS NIÑOS CON PARALISIS CEREBRAL INFANTIL QUE ASISTEN A LA FUNDACION SAN JORGE

Cuadro # 8

PREGUNTA # 5

AL TOCAR SU CARA LO HACE DE FORMA:				
ALTERNATIVA	INICIAL		FINAL	
	F	%	F	%
SEGURA	2	6%	3	9%
TAMBALEANTE	3	9%	5	16%
NINGUNO	27	84%	24	75%
TOTAL	32	100%	32	100%



AUTOR: CEIDA COTERA

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A LOS PADRES

ANALISIS DE LOS RESULTADOS

En este cuadro podemos apreciar los resultados de la encuesta inicial que es de 2 niños correspondiente al 6% que se tocan la cara de manera segura; de manera tambaleante 3 niños que corresponde a un 9%; y de ninguna hay 27 niños que corresponde al 84%; y en comparación con la encuesta final que hay 3 niños que corresponde al 9% que lo hacen de manera segura; de manera tambaleante hay 5 niños que corresponde al 16% y de ninguna forma hay 24 niños que corresponde al 75%.

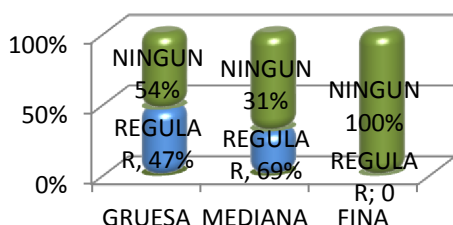
En este cuadro se evidencia el aumento en la cantidad de niños q se tocan la cara de manera segura de un 6% a un 9%, tambaleante; de un 9% a 16% disminuyendo el número de niños q no lo hacen de un 84% a un 75%.

3.5. CUADROS ESTADISTICOS DE LOS RESULTADOS DE LAS EVALUACIONES INICIALES Y FINALES REALIZADA A LOS NIÑOS CON PARALISIS CEREBRAL INFANTIL QUE ASISTEN A LA FUNDACION SAN JORGE

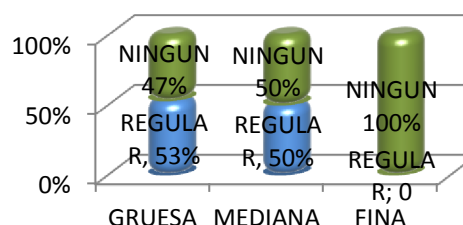
Cuadro # 9

PREHENSION																			
INICIA										FINAL									
		BUENO		REGULAR		DETERIORADO		NINGUNA		BUENO		REGULAR		DETERIORADO		NINGUNA		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	
GRUESA			15	47%			17	54%			17	53%			15	47%	32	100%	
MEDIANA			10	31%			22	69%			16	50%			16	50%	32	100%	
FINA							32	100%							32	100%	32	100%	

EALUACION INICIAL



EVALUACION FINAL



AUTOR: CEIDA COTERA

FUENTE: EVALUACION REALIZADAS A LOS NIÑOS

ANALISIS DE LOS RESULTADOS

En este cuadro representamos los resultados iniciales y finales de las evaluaciones realizadas a los niños con parálisis cerebral infantil que asisten a la fundación San Jorge.

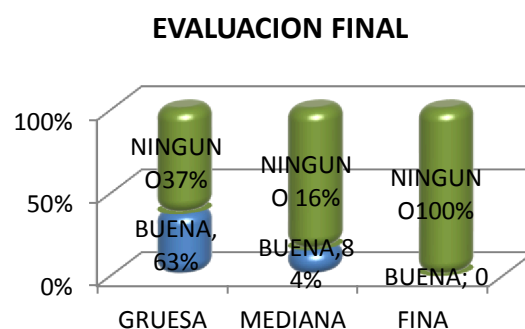
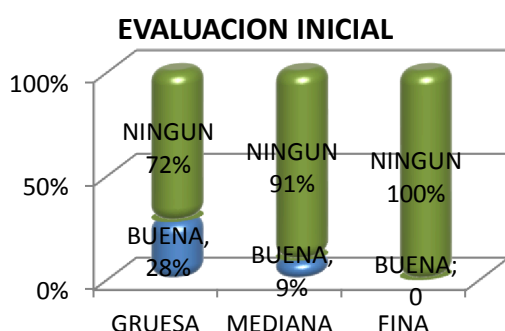
Con respecto a la prehension gruesa en las evaluaciones iniciales hay 15 niños que corresponde al 47% que tienen una prehension regular; 17 niños correspondientes al 54% no tienen ninguna y en las evaluaciones finales hay 17 niños con prehension gruesa que corresponde al 53% que es regular y 15 niños correspondiente al 47% que no la presenta. En la prehension mediana en las evaluaciones iniciales hay 10 niños que corresponden al 31% que es regular; y 22 niños que corresponde al 69% restante no la presentan. En las evaluaciones finales en la prehension mediana hay 16 niños que corresponden al 50% que es regular y 16 niños correspondientes al 50% restante que no la presentan.

Observamos que en la encuesta final la prehension gruesa aumento en regular de; 47% a 53%; en la prehension mediana podemos notar la diferencia de un 31% a 50% y mediana con un 0%.

CUADROS ESTADISTICOS DE LOS RESULTADOS DE LAS EVALUACIONES INICIALES Y FINALES REALIZADAS A LOS NIÑOS CON PARALISIS CEREBRAL INFANTIL QUE ASISTEN A LA FUNDACION SAN JORGE

Cuadro # 10

COORDINACION																		
INICIAL									FINAL									
	BUENO		REGULAR		DETERIORADO		NINGUN A		BUENO		REGULAR		DETERIORADO		NINGUNA		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
GRUESA	9	28%					23	72%	12	37%					20	63%	32	100%
MEDIANA	3	9%					29	91%	5	16%					27	84%	32	100%
FINA							32	100%							32	100%	32	100%



AUTOR: CEIDA COTERA

FUENTE: EVALUACION REALIZADAS A LOS NIÑOS

ANALISIS DE LOS RESULTADOS

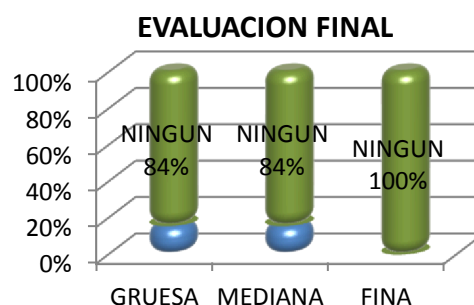
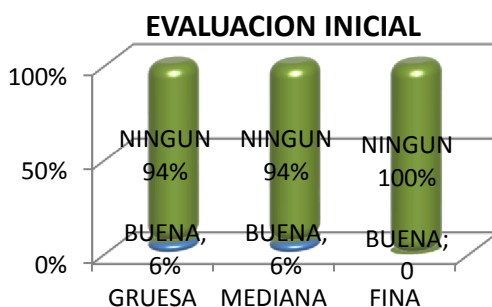
En este cuadro podemos apreciar en la encuesta inicial que hay 9 niños correspondientes al 28% que tienen una coordinación gruesa buena; y 23 niños correspondientes al 72% no tienen ninguna; a diferencia de la encuesta final que evidencia a 12 niños correspondientes al 37% tienen una coordinación gruesa buena y 20 niños que corresponde al 63% no tienen ninguna;

En la coordinación mediana, buena hay 9 niños que corresponde al 9%; y ninguna hay 29 niños que corresponde al 91%; esto es en la encuesta inicial, a diferencia de la encuesta final que en la coordinación mediana buena aumento en 5 niños que corresponde al 16%; y disminuyó a 27 niños que corresponde al 84% ninguna. Podemos observar q hay un aumento en la mejora de la coordinación gruesa de 28% a 37%: en la coordinación mediana se observa una diferencia de 9% a 16% y fina con un 0%.

**CUADROS ESTADISTICOS DE LOS RESULTADOS DE LAS
EVALUACIONES INICIALES Y FINALES REALIZADAS A LOS
NIÑOS CON PARALISIS CEREBRAL INFANTIL QUE ASISTEN A
LA FUNDACION SAN JORGE**

Cuadro # 11

COORDINACION BIMANUAL																		
	INICIAL								FINAL									
	BUENO		REGULAR		DETERIORADO		NINGUNA		BUENO		REGULAR		DETERIORADO		NINGUNA		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
GRUESA	2	6%					30	94%	5	16%					27	84%	32	100%
MEDIANA	2	6%					30	94%	5	16%					27	84%	32	100%
FINA							32	100%							32	100%	32	100%



AUTOR: CEIDA COTERA

FUENTE: EVALUACION REALIZADAS A LOS NIÑOS

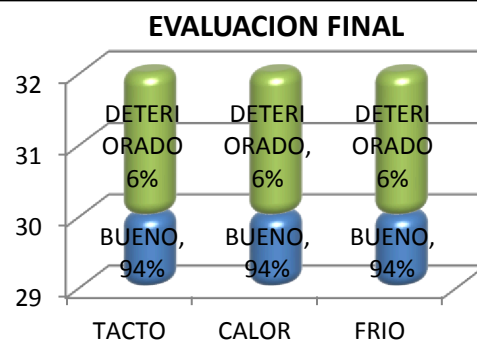
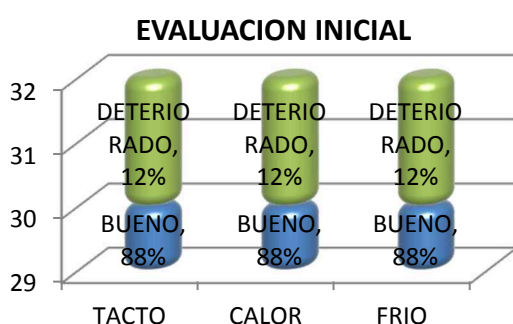
ANALISIS DE LOS RESULTADOS

En este cuadro se evidencia el tipo de coordinación Bimanual que tienen los niños que asisten a la fundación San Jorge. Con lo que respecta a la coordinación gruesa en la evaluación inicial hay 2 niños que corresponde al 6% que es buena; y 30 niños correspondientes al 94% restante que no presenta una coordinación bimanual; en comparación con las evaluaciones finales 5 niños que corresponde al 16% es buena y 27 niños que corresponde al 84% no presenta ninguna. En las evaluaciones iniciales la coordinación Bimanual mediana presenta 2 niños correspondientes al 6% que es buena y 30 niños correspondientes al 94% no presenta ninguna; en las evaluaciones finales 5 niños correspondientes al 16% es buena y 27 niños corresponden al 84% restante no presentan ninguna. Este cuadros nos indica que la coordinación bimanual gruesa, aumento de un 6% a un 16%; y la coordinación bimanual mediana también aumento de 6% a 16%, y la fina con un 0%.

CUADROS ESTADISTICOS DE LOS RESULTADOS DE LAS EVALUACIONES INICIALES Y FINALES REALIZADA A LOS NIÑOS CON PARALISIS CEREBRAL INFANTIL QUE ASISTEN A LA FUNDACION SAN JORGE

Cuadro # 12

SENSIBILIDAD SUPERIOR																		
	INICIAL								FINAL									
	BUENO		REGULAR		DETERIORADO		NINGUNA		BUENO		REGULAR		DETERIORADO		NINGUNA		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
TACTO	28	88%			4	12%			30	94%			2	6%			32	100%
CALOR	28	88%			4	12%			30	94%			2	6%			32	100%
FRIO	28	88%			4	12%			30	94%			2	6%			32	100%



AUTOR: CEIDA COTERA

FUENTE: EVALUACION REALIZADAS A LOS NIÑOS

ANALISIS DE LOS RESULTADOS

En este cuadro se evidencia que en las evaluaciones iniciales con lo que respecta al tacto 28 niños correspondientes al 88% es buena; 4 niños correspondientes al 12% es deteriorado; y en las evaluaciones finales 30 niños correspondientes al 94% es buena y 2 niños que corresponde al 6% es deteriorado.

Con lo que respecta al calor en las evaluaciones iniciales se presentaron 28 niños que corresponde al 88% es bueno y 4 niños correspondientes al 12% restante deteriorado, y en las evaluaciones finales se presentaron 30 niños correspondientes al 94% que es bueno y 4 niños correspondientes al 65 que es deteriorado, y la sensibilidad al frio en las evaluaciones iniciales se presentaron 28 niños correspondientes al 88% bueno; y 4 niños correspondientes al 12% deteriorado; y en las evaluaciones finales 30 niños correspondientes al 94% es bueno ; y 2 niños correspondientes al 6% es deteriorado.

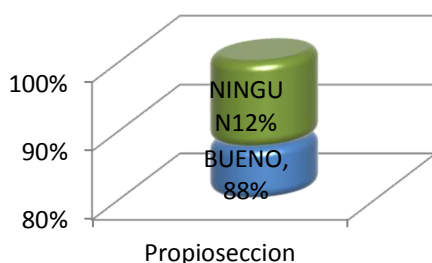
Se evidencia que la sensibilidad buena mediante el tacto, aumento del 88% al 94%; con respecto al calor también aumento de un 88% a 94%; la sensibilidad mediante el frio también se obtuvo un aumento de un 88% a 94%.

**CUADROS ESTADISTICOS DE LOS RESULTADOS DE LAS
EVALUACIONES INICIALES Y FINALES REALIZADA A LOS
NIÑOS CON PARALISIS CEREBRAL INFANTIL QUE ASISTEN A
LA FUNDACION SAN JORGE**

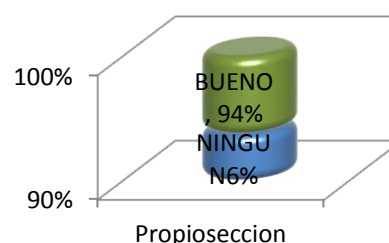
Cuadro # 13

SENSIBILIDAD PROFUNDA																		
INICIAL										FINAL								
	BUENO		REGULAR		DETERIORADO		NINGUNO		TOTAL	BUENO		REGULAR		DETERIORADO		NINGUNO		TOTAL
	F	%	F	%	F	%	F	%		F	%	F	%	F	%	F	%	
PROPIOSECCION	28	88%					4	12%	30	94%					2	6%	32	100%

EVALUACION INICIAL



EVALUACION FINAL



AUTOR: CEIDA COTERA

FUENTE: EVALUACION REALIZADAS A LOS NIÑOS

ANALISIS DE LOS RESULTADOS

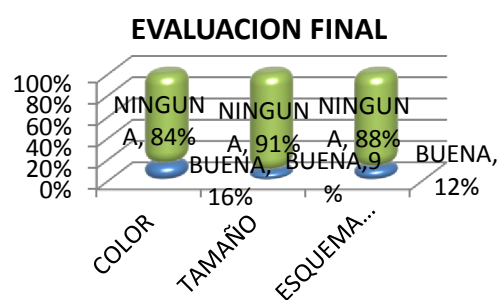
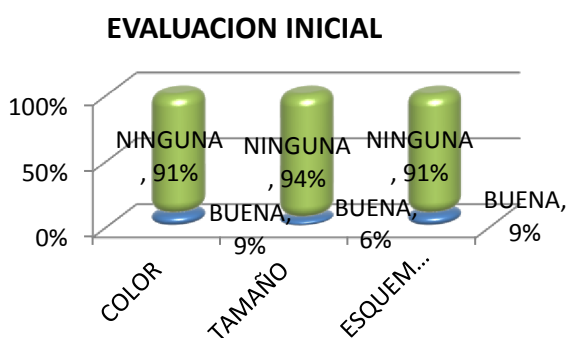
En este cuadro analizamos la sensibilidad profunda que tienen los niños que asisten a la Fundación San Jorge, en las evaluaciones iniciales la propiosección en 28 niños correspondientes al 88% es buena mientras que 4 niños correspondientes al 12% restantes no presenta ninguna; en la evaluación final la propiosección en 30 niños correspondientes al 94% que es buena mientras que el 2 niños correspondientes al 6% restante no presenta ninguna.

En este cuadro se evidencia un aumento de 88% a 94% en los niños q tienen sensibilidad profunda buena.

**. CUADROS ESTADISTICOS DE LOS RESULTADOS DE LAS
EVALUACIONES INICIALES Y FINALES REALIZADA A LOS
NIÑOS CON PARALISIS CEREBRAL INFANTIL QUE ASISTEN A
LA FUNDACION SAN JORGE**

Cuadro # 14

SENSOPERCEPCION																		
	INICIAL								FINAL									
	BUENO		REGULAR		DETERIORADO		NINGUNA		BUENO		REGULAR		DETERIORADO		NINGUNA		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
COLOR	3	9%					29	91%	5	16%					27	84%	32	100%
TAMAÑO	2	6%					30	94%	3	9%					29	91%	32	100%
EQM CORPORAL	3	9%					29	91%	4	12%					28	88%	32	100%



AUTOR: CEIDA COTERA

FUENTE: EVALUACION REALIZADAS A LOS NIÑOS

ANALISIS DE LOS RESULTADOS

En este cuadro se evidencia en sensopercepcion los siguientes resultados.

Con lo que respecta al color en las evaluaciones iniciales hubo 3 niños correspondientes al 9 % que es bueno, y 29 correspondientes al 91% restante no presenta ninguna; y en las evaluaciones finales 5 niños correspondientes al 16% es buena y 27 niños correspondientes al 84% restante no presentó ninguna.

Con lo que respecta al tamaño en las evaluaciones iniciales 2 niños correspondientes al 6% es buena, mientras que 30 niños correspondientes al 94% restante no presento ninguno; en las evaluaciones finales 3 niños correspondientes al 9% es bueno mientras que 30 niños correspondientes al 94% restante no presentó ninguna.

Con lo que respecta al Esquema corporal en las evaluaciones iniciales 3 niños correspondientes al 9% es buena mientras que 29 niños correspondientes al 91%

restante no presenta ninguna ; y en las evaluaciones finales 4 niños correspondientes al 12% es bueno mientras que 28 niños correspondientes al 88% restante no presenta ninguna

Este cuadro evidencia el aumento de un 9% al 16% en lo q respecta al calor, del 2% al 9% en lo que respecta a la discriminación de tamaño; del 9% al 12% en lo que respecta al esquema corporal.

3.6 CUADRO GENERAL DE RESULTADOS DE LOS CUADROS ESTADISTICOS DE LAS EVALUACIONES INICIALES Y FINALES REALIZADA A LOS NIÑOS CON PARALISIS CEREBRAL INFANTIL QUE ASISTEN A LA FUNDACION SAN JORGE

Prehension	INICIAL						FINAL					
	Buena		Regular		Ninguna		Buena		Regular		Ninguna	
Gruesa			15	47%	17	54%			17	53%	15	47%
Mediana			10	31%	22	69%			16	50%	16	50%
Fina				Del								
Coordinación												
Gruesa			9	28%	23	72%			12	37%	20	63%
Mediana			3	9%		91%			5	16%	27	84%
Fina												
Coordinación Bimanual												
Gruesa			2	6%	30	94%			5	16%	27	84%
Mediana			2	6%	30	94%			5	16%	27	84%
Fina												84%
Sensibilidad Superior												
Tacto	28	88%			4	12%			30	94%	2	6%
Calor	28	88%			4	12%			30	94%	2	6%
Fría	28	88%			4	12%			30	94%	2	6%
Sensibilidad profunda												
Propioseccion	28	88%			4	12%			30	94%	2	6%
Sensopersepcion												
Color	3	9%			29	91%			5	16%	27	84%
Tamaño	2	6%			30	94%			3	9%	29	91%
Formas	3	9%			29	91%			4	12%	28	88%

SINTESIS DE RESULTADOS

En este cuadro se demuestran los resultados de las evaluaciones iniciales y finales realizadas a los niños con parálisis cerebral infantil que asisten a la Fundación San Jorge.

La prehension gruesa mejoro de 15 niños correspondientes al 47% en la evaluación inicial a 17 niños correspondientes al 53% de la evaluación final.

La prehension mediana mejoro de 10 niños que corresponde al 31% en la evaluación inicial a 16 niños que corresponde al 50% de la evaluación final.

La prehension fina se mantuvo sin coordinación tanto en la inicial como en la final.

La coordinación gruesa mejoro un 37% correspondiente a 12 niños de la evaluación final con relación a la evaluación inicial que era de un 28% que corresponde a 9 niños.

La coordinación mediana mejoro un 16% correspondiente a 5 niños de la evaluación final con relación a la evaluación inicial que era de un 9% que corresponde a 3 niños.

La coordinación fina se mantuvo sin coordinación tanto en la inicial como en la final.

La Coordinación Bimanual gruesa era de 2 niños correspondiente al 6% de la evaluación inicial con relación a la evaluación final que es de 5 niños correspondientes al 16%

La coordinación Bimanual mediana mejoro a 5 niños correspondiente al 16% en la evaluación final con relación a la evaluación inicial que era de 2 niños correspondiente al 6%

La coordinación Bimanual fina se mantuvo tanto en la evaluación inicial como en la final

La sensibilidad superior muestra un mayor índice en la evaluación final tanto en tacto, calor y frio en la evaluación inicial era 28 niños correspondientes al 88% que tenían sensibilidad superior buena. Y en la evaluación final son 30 correspondientes al 94% que han mejorado.

La sensibilidad profunda ha mejorado la propiosepcion de 28 niños que corresponde al 88% en la evaluación inicial con relación a la evaluación final que es de 30 niños que corresponde al 94%.

La sensopercepcion en color mejoro de 3 niños que corresponde al 9% en la evaluación inicial a 5 niños que corresponde al 16% en la evaluación final.

La sensopercepcion en tamaño mejoro de 2 niños que corresponde al 6% en la evaluación inicial a 3 niños que corresponde al 9 % en la evaluación final.

La sensopercepcion en formas mejoro de 3 niños que corresponde al 9% en la evaluación inicial a 4 niños que corresponde al 12% en la evaluación final.

3.7 CONCLUSIONES

En este trabajo investigativo se aplicaron actividades funcionales de Terapia Ocupación en el área de hipoterapia para mejorar la coordinación y alcance en niños con parálisis cerebral infantil, se ha tomado en cuenta la parálisis cerebral según su topografía para realizar las diferentes actividades.

Con estos resultados evidenciamos y llegamos a la conclusión de las actividades funcionales de terapia ocupacional aplicadas en hipoterapia a los niños con parálisis cerebral infantil, si tuvieron resultado y que combinando estos dos tipos de terapia en dichos niños, se obtendrán buenos resultados favoreciendo su rehabilitación, ya que los movimientos tridimensionales del caballo y el calor corporal del mismo, ayudan a la relajación de la musculatura de estos niños, podríamos aprovechar estos beneficios e incentivar al niño a que realice otras actividades estimulando; equilibrio, socialización, sensopercepcion entre otros, mejorando así la calidad de vida de los niños con Parálisis Cerebral Infantil.

En los diferentes tipos de parálisis cerebral que hay esta la espástica, en este tipo de parálisis se centraría la atención en solo mantener la movilidad y elasticidad muscular.

La mayoría de los niños con parálisis cerebral no logran la motricidad fina.

Se logró mejorar la prehension de los niños con Parálisis Cerebral Infantil un 20% lo cual favorece al desempeño del niño en el agarre de los cubiertos, vasos para la alimentación.

La sensopercepcion es de gran ayuda para el aprendizaje de los niños con Parálisis Cerebral Infantil, ya que por medio del tacto, oído, vista, son grandes fuentes de entrada de estímulos para al aprendizaje, lo cual logramos mejorar un 20%.

La coordinación es esencial para el desenvolvimiento en las actividades vida diaria del ser humano. En este trabajo con los niños que tienen Parálisis Cerebral Infantil se ha logrado mejora la coordinación, la coordinación bimanual un 30% la cual favorece el desempeño en las actividades antes mencionadas.

3.8 RECOMENDACIONES

Al final de este trabajo, tomando en cuenta lo investigado y realizado se recomienda:

- Permanezca un Terapeuta Ocupacional, para que emplee las técnicas adecuadas según el caso de parálisis cerebral que presente el niño, ya que solo un profesional sabe qué actividades realizar según el tipo de Parálisis Cerebral Infantil que afecte al niño.
- También se recomienda seguir informando a los padres sobre las actividades realizadas, el proceso y los objetivos al que se quiere lograr con cada actividad, y casi conseguir trabajar en equipo para beneficio del niño/a con Parálisis Cerebral Infantil.
- La hipoterapia es apta para los niños con Parálisis Cerebral Infantil menores de 10 años, ya que en los más grandes por su estatura podría no entrar en el caballo en algunas posiciones lo cual le ocasionaría problemas posturales perjudiciales para su salud.
- Se recomienda realizar una planificación de actividades donde se centre la atención en estimular la coordinación, alcance, equilibrio, sensopercepción en los niños en condiciones adecuadas y en ambientes tranquilos.

3.9 BIBLIOGRAFIA

- Terapia Ocupacional y Disfunciones Físicas; Principios, Técnicas y Prácticas. 5ª Edición. Editado por Annie Turner, Marg Foster, Sybil E. Johnson.
- Neuropsicología para Terapeutas Ocupacionales; Cognición en el Desempeño Ocupacional. 3ª Edición. June Greive. BSC, MSC. Linda Gnanase Karan. BSC, MSC. Buenos Aires. Medica Panamericana, 2009.
- Occupational therapy, 8ª Edición- 1993 J. B Lippincott Company. Traducción; Editorial Medica Panamericana, efectuado por; Solange Koury, Sara Padilla, Gustavo Reinoso, Dra: Diana Kloajn.
- Estimulación y Aprendizaje; Estimulación Temprana, Prevención y Rehabilitación. Mariana E. Navarrete, Mariangeles Espino.
- Terapia Ocupacional. Willard y Sparckman. 11ª Edición
Terapia Ocupacional. Elizabeth Blesedell Crepeau, Ellen S. Cohn, Bárbara A, Boytschell: 11ª Edición Buenos Aires. Medica Panamericana: Traducido por; Diana Kloajn, Marcela Haro Juárez.
- Terapia Ocupacional en la Infancia; Teoría y Práctica. Begoña Polonia López, María Cruz Castellano Ortega, Inés Viviana Moldes. Editorial Médica Panamericana.
- La Facilitación Neuromuscular Propioceptiva en la Práctica; Guía Ilustrada. 2ª Edición Revisada. Editorial Médica Panamericana.

Páginas web consultadas:

1. http://es.wikipedia.org/wiki/Par%C3%A1lisis_cerebral
2. <http://slideshore.net/tucontito/paraliticerebral>
3. <http://www.buenastareas.com/ensayos/La-Coordinaci%C3%B3n-Motriz/>
4. <http://centrohipoterapia.galeon.com> Fundación María Riveros
5. <https://www.centrohipoterapia.galeon.com/>
6. <http://centrohipoterapia.galeon.com/>
7. <http://www.nlm.nih.gov>
8. <http://www.nuevoamanecer.edu.mx/>

ANNEXOS

**EVALUACION APLICADA A LOS NIÑOS CON PARALISIS
CEREBRAL INFANTIL QUE ASISTEN A LA FUNDACION SAN
JORGE**

NOMBRE:

EDAD:

	BUENO	REGULAR	DETERIORADO	NINGUNO
PREHENSION:				
▪ GRUESA				
▪ MEDIANA				
▪ FINA				
COORDINACION:				
▪ GRUESA				
▪ MEDIANA				
▪ FINA				
COORDINACION BIMANUAL				
▪ GRUESA				
▪ MEDIANA				
▪ FINA				
SENSIBILIDAD SUPERIOR				
▪ TACTO				
▪ CALOR				
▪ FRIO				
SENSIBILIDAD PROFUNDA				
▪ PROPIOSECCION				
SENSOPERCEPCION				
▪ COLOR				
▪ TAMAÑO				
▪ FORMAS				
▪ ESQUEMA CORPORAL				
▪ HUBICACION				

**ENCUESTA DIRIGIDA A LOS PADRES DE FAMILIA DE “LA FUNDACION
SAN JORGE DEL FUERTE MILITAR MANABI”**

1.- ¿SU HIJO SE TOCA LA CABEZA?

Si__ no_____

2.- ¿SU HIJO SE TOCA LA NARIZ?

Si____ no_____

3.- ¿SU HIJO ES CAPAZ DE TOCARSE EL HOMBRO?

Si____ no_____

4.- ¿FRENTE S UD. SU HIJO LE TOCA LA CARA?

Si____ no_____

5.- ¿AL TOCAR SU CARA LO HACE DE FORMA:

Segura____ Tambaleante____ no lo hace_____

DEMOSTRACION DE ACTIVIDADES DE HIPOTERAPIA QUE SE REALIZAN CON LOS NIÑOS CON PCI DE LA FUNDACION



