

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

BIBLIOTECA CENTRAL-USAC
DEPOSITO LEGAL
PROHIBIDO EL PRESTAMO EXTERNO

"EFECTIVIDAD DE LAS TÉCNICAS DE LA TERAPIA
OCUPACIONAL Y RECREATIVA
EN PACIENTES CON PARÁLISIS CEREBRAL"

INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN
PRESENTADO AL HONORABLE CONSEJO DIRECTIVO
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

POR

JUANA DEL ROSARIO RAMOS MURGA

AL CONFERIRSELE EL TÍTULO DE
TERAPISTA OCUPACIONAL Y RECREATIVA
EN EL GRADO ACADÉMICO DE
CARRERA TÉCNICA

GUATEMALA, ABRIL DE 1996.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

DL
13
T(839)

TRIBUNAL EXAMINADOR

Licenciado Walter René Soto Reyes
D I R E C T O R

Licenciado Abraham Cortez Mejía
S E C R E T A R I O

Licenciado Felipe Alberto Soto Rodríguez
REPRESENTANTE CLAUSTRO CATEDRATICOS

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLÓGICAS

EDIFICIOS "M-5, M-3"
CIUDAD UNIVERSITARIA, ZONA 12
TELÉFONOS: 780790-94 Y 780985-86
GUATEMALA, CENTRO AMÉRICA

cc: Control Académico
CIEPs.
archivo

REG. 2608-95

CODIPs. 103-96

DE ORDEN DE IMPRESION INFORME FINAL DE
INVESTIGACION

22 de marzo de 1996

Señorita Estudiante
JUANA DEL ROSARIO RAMOS MURGA
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Señorita Estudiante

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted, el Punto VIGESIMO (20o.) del Acta CERO NUEVE NOVENTA Y SEIS (09-96) de Consejo Directivo, de fecha 14 del mes en curso, que copiado literalmente dice:

"VIGESIMO: El Consejo Directivo conoce el expediente que contiene el Informe Final de Investigación titulado: **"EFECTIVIDAD DE LAS TECNICAS DE LA TERAPIA OCUPACIONAL Y RECREATIVA EN PACIENTES CON PARALISIS CEREBRAL"**, de la Carrera **TERAPIA OCUPACIONAL Y RECREATIVA**, realizado por:

JUANA DEL ROSARIO RAMOS MURGA

CARNET No.21-13991

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por el Licenciado Luis Rodolfo Jiménez Solórzano y revisado por la Licenciada Edith Rios de Maldonado.

Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESION** del mismo para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para elaborar Investigación o Tesis, con fines de graduación profesional."

Atentamente,

"IB Y ENSEÑAD A TODOS"

Licenciado Abraham Cortez Mejía
SECRETARIO



/Lillian



Guatemala,
21 de septiembre de 1995.

INFORME FINAL

ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLOGICAS

EDIFICIO "M-S, M-3"
CIUDAD UNIVERSITARIA, ZONA 12
TELEFONOS: 760790-94 Y 760985-88
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Universidad de San Carlos
ESC. CIENCIAS PSICOLOGICAS

RECIBIDO
22 SET. 1995

J/S. 40 HORA

SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
EDIFICIO

SEÑORES:

Me dirijo a ustedes para informarles que la Licenciada Edith Ríos de Maldonado ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACION**, titulado: **"EFECTIVIDAD DE LAS TECNICAS DE LA TERAPIA OCUPACIONAL RECREATIVA EN PACIENTES CON PARALISIS CEREBRAL"**, correspondien te a la Carrera de **TERAPIA OCUPACIONAL Y RECREATIVA**, elaborado por:

NOMBRE

CARNET No.

JUANA DEL ROSARIO RAMOS MURGA

21-13991

Agradeceré se sirvan continuar con los trámites correspondientes.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAR A TODOS"

F. Maldonado
LIC. FELIPE ALBERTO SOTO RODRIGUEZ
COORDINADOR CENTRO DE INVESTIGACIONES
EN PSICOLOGIA

FASR/edr
c.c. archivo





ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLÓGICAS

EDIFICIO "M-S, M-3"
CIUDAD UNIVERSITARIA ZONA 12
TELÉFONOS: 760790-94 Y 760985-88
GUATEMALA, CENTRO AMÉRICA

Guatemala,
21 de septiembre de 1995.

LICENCIADO
FELIPE ALBERTO SOTO R.
COORDINADOR a.i.
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGIA
EDIFICIO

LICENCIADO SOTO:

De manera atenta me dirijo a usted para informarle
que he procedido a la revisión del **INFORME FINAL DE INVESTIGACION**,
titulado:

**"EFECTIVIDAD DE LAS TÉCNICAS DE LA TERAPIA OCUPACIONAL RECREATIVA EN PA-
CIENTES CON PARALISIS CEREBRAL"**

CARRERA: **TERAPIA OCUPACIONAL Y RECREATIVA**

NOMBRE

JUANA DEL ROSARIO RAMOS MURGA

CARNET No.

21-13991

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos
establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito
DICTAMEN FAVORABLE, solicitando continuar con los trámites corres-
pondientes.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

[Firma manuscrita]
LICDA. EDITH RIOS DE MALDONADO
DOCENTE REVISOR

EREM/edr
c.c. archivo





ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

EDIFICIO: "M-S-V-3"
CIUDAD UNIVERSITARIA, ZONA 12
TELÉFONO: 700700-04 Y 700000-00
GUATEMALA, CENTRO AMÉRICA

REG. S/N DEDIPs.23-92
CODIPs. 216-92

DE APROBACION DE PROYECTO Y NOMBRAMIENTO DE ASESOR

2 de junio de 1992

Señorita Estudiante
JUANA DEL ROSARIO RAMOS MURGA
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Señorita Ramos

Transcribo a usted el Punto DECIMO QUINTO (15o.), del Acta DIECISEIS NOVENTA Y DOS (16-92), de Consejo Directivo de fecha 6 de mayo del año en curso, que literalmente dice:

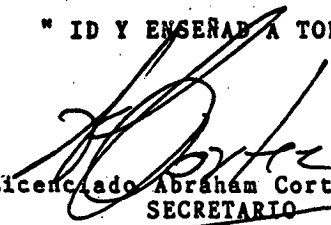
"DECIMO QUINTO: El Consejo Directivo conoce el expediente que contiene el Proyecto de Investigación: " LA TERAPIA OCUPACIONAL EN LA REHABILITACION DE NIÑOS CON HEMIPLEJIA POST PARALISIS CEREBRAL ", de la Carrera: Terapia Ocupacional y Recreativa, - - - presentado por:

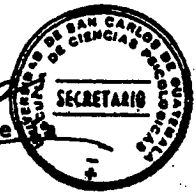
JUANA DEL ROSARIO RAMOS MURGA CARNET 21-13991

El Consejo Directivo considerando que el proyecto en referencia satisface los requisitos metodológicos exigidos por el Departamento de Investigaciones en Psicología, resuelve aprobarlo y nombrar como asesor a el Licenciado Luis Rodolfo Jiménez Solórzano."

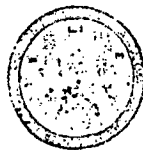
Atentamente,

" ID Y ENSEÑAR A TODOS "


Licenciado Abraham Cortez Méndez
SECRETARIO



/Lillian



ESCUELA DE
ENCAS PSICOLOGICAS
(OFICIOS "M-S, M-J")
CIUD. U. UNIVERSITARIA, ZONA 12
TELEFONOS 780730-94 Y 780995-86
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

RECIBIDO
07 FEB 1995
11/11/25 HORA

Enero 11 de 1995. *Reg. 122*

Licenciado
Waldemar Zetina Castellanos
Coordinador Departamento de Investigaciones
Edificio.

Licenciado Zetina:

Al saludarlo muy atentamente, me permito informarle que, he asesorado y revisado el Informe Final de la Investigación titulada, "EFECTIVIDAD DE LAS TECNICAS DE LA TERAPIA OCUPACIONAL Y RECREATIVA EN PACIENTES CON PARALISIS CEREBRAL"; realizada por la estudiante:

Juana del Rosario Ramos Murga

Carnet # 2113991

Por considerar que llena los requisitos exigidos por el Departamento de Investigaciones -DEDIPs-, me permito otorgarle la aprobación correspondiente, solicitándole continuar con los trámites necesarios previo a la graduación profesional de la citada estudiante, como Terapeuta Ocupacional y Recreativa.

Quedo de usted, como su deferente servidor.

"DID Y ENSEÑAD A TODOS"

[Signature]
Lic. Luis Rodolfo Jiménez S.
ASESOR

Lic. Luis Rodolfo Jiménez S.
Psicólogo-Fisioterapeuta
Colegiado No. 3296

DEDICO MI ACTO DE GRADUACION

- A DIOS** Dador de la sabiduría y la inteligencia,
sin El nada existe.
- A MIS PADRES** Baudilio Ramos Martínez
Estela Murga de Ramos

Con amor por su apoyo durante mi
formación profesional
- A MI HERMANA** Betty Ramos de Obregón

Con cariño fraternal
- A MIS SOBRINOS** Adolfito, Grisselita y Brandon

Con amor
- A MIS TIOS** Ricardito y Maria Murga

Con cariño
- A MI NOVIO** Rudy Calderón

Con amor por su dedicación, amor, apoyo y
comprensión
- A MIS AMIGAS** Doris Yes, Ileana Aguilar, Maribel Reyes
y Marta Gómez

Por su amistad y ayuda
- A USTED** En especial

" Pues el Señor es quien da la inteligencia y la
sabiduría y de su boca viene el conocimiento ".

AGRADECIMIENTO

Agradezco a la Universidad de San Carlos de Guatemala, parte principal de mi formación profesional.

Quiero expresar mi agradecimiento al equipo multidisciplinario del Hospital Infantil de Infectología y Rehabilitación, por su interés, colaboración y apoyo a mi esfuerzo.

Agradezco al Licenciado Rodolfo Jiménez Santizo, por el interés y asesoría técnica en la investigación.

Gracias a la Licenciada Edith Ríos de Maldonado, por su orientación en las Técnicas de Investigación.

Agradezco al Licenciado Francisco Quiñónez, por su interés y enseñanza apoyándome en todo momento.

PADRINOS DE GRADUACION

Licenciado Francisco Quiñonez

Licenciado Rodolfo Jimenez Santizo

CAPITULO I

INTRODUCCION

La Terapia Ocupacional y Recreativa es un tratamiento rehabilitativo que utiliza técnicas activas para rehabilitar a un incapacitado en los órdenes Físico, Psíquico, Social y Económico. Tiene como uno de sus fines la aplicación de las Técnicas de Actividades de la Vida Diaria y habilidad motora, para el desarrollo del niño afectado con Parálisis Cerebral Infantil.

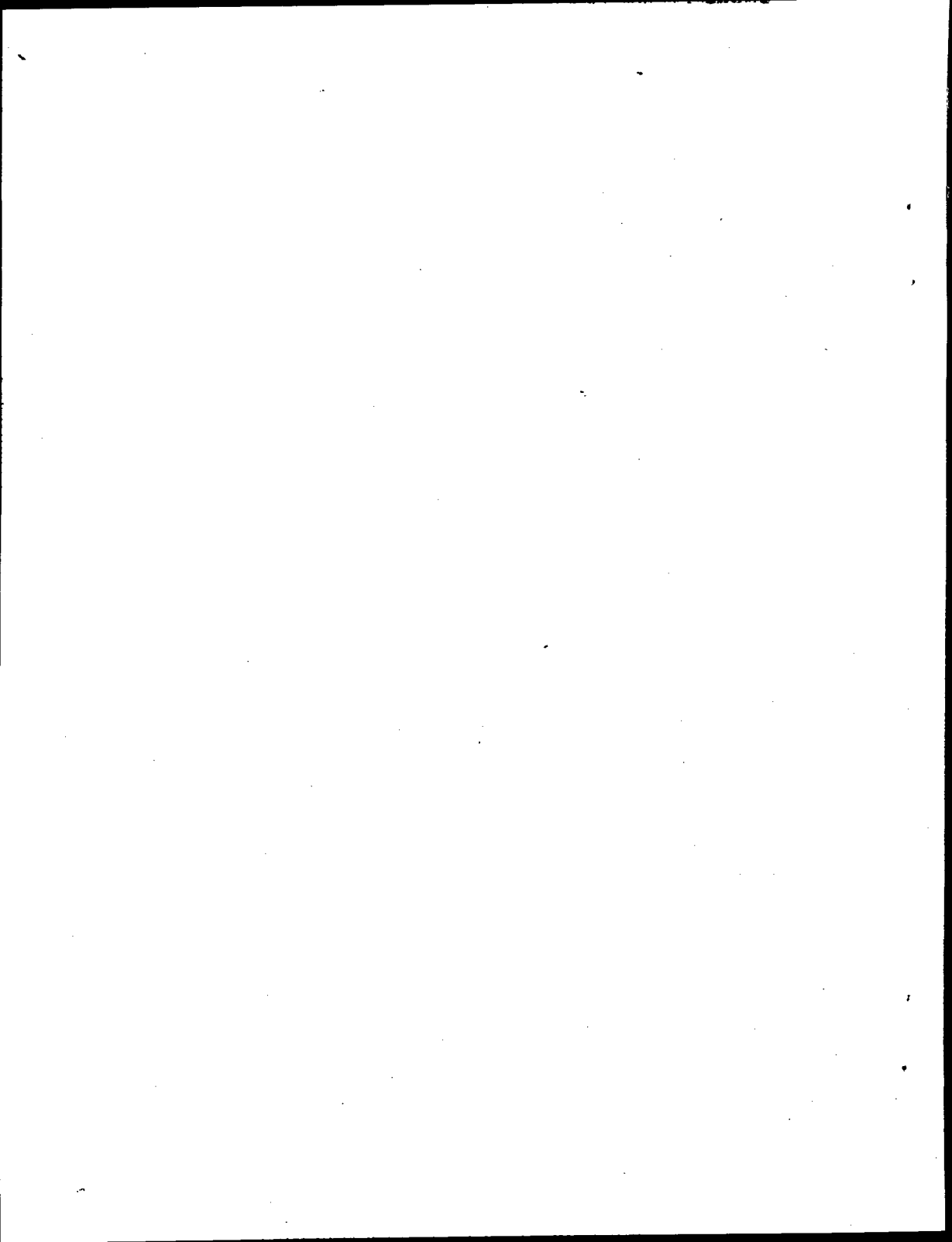
La presente investigación se realizó para comprobar la efectividad de dichas Técnicas, en la rehabilitación de niños afectados con Parálisis Cerebral Infantil, comprendidos en las edades de 5 a 10 años de ambos sexos, ubicados en el Hospital Infantil de Infectología y Rehabilitación.

Dicho estudio llevó la base Teórico-Práctico y la aplicación de las Técnicas de Actividades de la Vida Diaria y Habilidad Motora, de Terapia Ocupacional y Recreativa; relacionadas con la rehabilitación de niños con Parálisis Cerebral Infantil; se limitaron cada uno de los objetivos propuestos y se llegó a determinar que las Técnicas de Terapia Ocupacional y Recreativa, son efectivas en el Tratamiento de niños afectados con Parálisis Cerebral Infantil.

El problema investigado se encuentra ubicado dentro del área del conocimiento biospicasocial, ya que biológicamente se establece una lesión cerebral en el organismo, lo cual va a causar dificultad de movimiento, habilidad, coordinación de los miembros afectados, es decir, existe el elemento físico.

Por la misma limitación física que el paciente maneja presenta psicológicamente problemas emocionales, lo que repercute socialmente por la incapacidad para las relaciones interpersonales ya que la mayoría de estos pacientes tienen problemas de lenguaje, ambulación y coordinación.

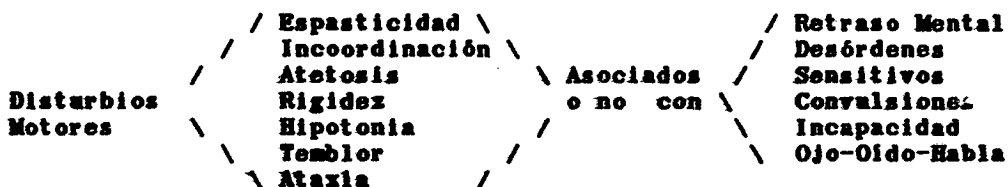
Por lo antes expuesto, el estudio reviste la importancia desde el punto de vista humano, social e intelectual, ya que contribuirá a conocer más sobre la aplicación y determinación de las técnicas de Terapia Ocupacional y Recreativa en la rehabilitación de los afectados con Parálisis Cerebral, por lo que tiene relevancia en sus conclusiones y recomendaciones para el tratamiento más adecuado en el Hospital Infantil de Infectología y Rehabilitación y para aquellos que se interesen en el estudio de esta problemática beneficiándose; así mismo, la sociedad ya que se verán integrados a su seno, aquellos seres humanos que sin la rehabilitación adecuada, pueden quedarse al margen y convertirse en seres inútiles y dependientes.



MARCO TEORICO

El término Parálisis Cerebral se utiliza para designar a un grupo de enfermedades originadas por una lesión cerebral no progresiva producida antes del parto, durante él o poco después de él. Se trata de un trastorno complejo que comprende la alteración de la función neuromuscular con defectos sensoriales o sin ellos, dificultades de aprendizaje con déficit intelectual o sin él, problemas emocionales y en ocasiones, defectos del habla.

Se considera que los factores prenatales inciden en un 50% de los casos perinatales y los postnatales en un 25% cada uno.



Es un trastorno permanente y no inmutable del movimiento y la postura, debido a una disfunción cerebral antes de completar su crecimiento y desarrollo. La lesión cerebral no es progresiva y causa un deterioro variable en la coordinación de la acción muscular, con la resultante incapacidad del niño para posturas y realizar movimientos normales.

A la Parálisis Cerebral Infantil se le conoce también con los siguientes nombres: Enfermedad o Síndrome de Little, por haber sido John Little, un cirujano inglés quien primero la descubrió en 1862; IMOC (Invalidéz Motora de Origen Cerebral); Handicap Motor Cerebral; Trastornos Neuromotores Infantiles.

Esto quiere decir que es un defecto en el movimiento y la postura (o posición del cuerpo) que resulta por daño al cerebro, pero no todo el cerebro es dañado, solamente las partes que controlan los movimientos. Una vez dañadas las partes no se recuperan, pero tampoco se empeoran como en una enfermedad "progresiva", sin embargo los factores etiológicos nos muestran que en el embrión humano desde la formación de la placa neural, (alrededor de los 17 días) hasta el nacimiento, el crecimiento y desarrollo del Sistema Nervioso Central (SNC) pasa por seis etapas: Inducción dorsal y ventral, proliferación, migración, organización y mielinización.

El encéfalo va a tener un peso de 400 gramos alrededor del nacimiento y a los 2 años, es semejante.

Al peso cerebral del adulto en los primeros meses de vida el riego sanguíneo cerebral (RSC) excede ligeramente a los 100 ml/100g/min y el consumo de oxígeno a 6 ml/100g/min, cantidades que representan 2 veces el valor de los adultos, indicando la gran actividad metabólica del Sistema Nervioso Central. Antes y alrededor del nacimiento y, por tanto, más susceptible a presionarse frente a cambios en la circulación sanguínea cerebral de la presión parcial de oxígeno y de CO₂.

En cada una de las 6 etapas del SNC, pueden experimentarse anomalías genéticas y cromosómicas y trastornos del desarrollo embriológico y fetal. Existen alteraciones que por sus manifestaciones clínicas pueden ser detectadas en los primeros días del nacimiento y con carácter persistente no progresivo. En la vida prenatal, natal y postnatal, el encéfalo humano también está sujeto a una serie de agentes ambientales nocivos que provocan alteraciones en la proliferación y maduración neural, así como las lesiones microscópicas de diversos grados.

Tomando en cuenta lo anteriormente dicho se da origen a una serie de secuelas que provocan manifestaciones neurológicas deficitarias en forma de disfunción cerebral mínima (DCM) o de parálisis cerebral infantil (PCI).

ETIOLOGIA

Periodo pre-natal

Va del tiempo de concepción de la labor de parto.

1. Factores hereditarios debidos a enfermedad de Tay Sachs, la cual provoca un deterioro mental progresivo, conocido como Idiocia Amaurótica Familiar (debilidad mental congénita).
2. Factores congénitos debidos a anoxia, infecciones maternas, enfermedades metabólicas y factores Rh. Dentro de las infecciones maternas se encuentra el TORCHSS, el cual se refiere a la Toxoplasmosis, Citomegalovirus, Herpes, Sífilis y Sida.

Otra infección es el Sarampión Alemán (también llamado rubeola).

Entre las causas más frecuentes en este periodo encontramos:

- * Diferencia entre la sangre de la madre y el niño (Incompatibilidad rhesus Rh).
- * Problemas de la madre con diabetes o toxemia durante el embarazo.
- * Causas hereditarias: éstas son raras pero existe un tipo de paraplejía espástica familiar.
- * Causas desconocidas (aproximadamente 30%).

Causas en el periodo perinatal

Va del tiempo de la labor de parto al nacimiento del producto.

1. Anoxia Cerebral: Estado de oxidación insuficiente (combinación de los elementos o cuerpo con el oxígeno) por obstrucción del cordón umbilical.
2. Asfixia: Como resultado de una obstrucción mecánica de la respiración.
3. Trauma por heridas del cerebro durante el parto o por el uso de forceps especialmente en las madres pequeñas con niños grandes, pudiendo aplastar la cabeza del niño, rompiendo los vasos sanguíneos y dañándosele el cerebro.
4. Niños prematuros: Los niños que nacen antes de tiempo o sea antes de los 9 meses pesando menos de cinco (5) libras (2) kilos, a veces tienen parálisis cerebral. En los países desarrollados, en más de la mitad de los casos de parálisis cerebral los niños nacieron prematuros.

Causas en el periodo post-natal

Cualquier edad inmediata después del nacimiento.

1. Trauma o herida del cerebro por fractura de los huesos del cráneo.
2. Infecciones del cerebro: Como meningitis y encefalitis.
3. Fiebre muy alta: Debida a infección o deshidratación (pérdida de agua o diarrea).

4. Anoxia: Por envenenamiento por dióxido de carbono.
5. Disturbios vasculares: A.C.V. hemorragia, trombosis y embolia.
6. Neoplasma: Formación de tejido nuevo de carácter tumoral.
7. Envenenamiento químico por plomo.
8. Golpes fuertes en la cabeza.
 - Hemorragias o coágulos sanguíneos en el cerebro.
 - Falta de oxígeno: Envenenamiento por gas o por alguna razón.
 - Tumores cerebrales: Estos tumores producen daño cerebral progresivo en el cual los síntomas de parálisis cerebral se van empeorando.

QUE TAN COMUN ES LA PARALISIS CEREBRAL INFANTIL

En muchos países, la parálisis cerebral es la causa más frecuente de invalidez física. En otros, es la segunda frecuencia después de la poliomielitis. Aproximadamente uno de cada 300 niños nace con parálisis cerebral o la desarrolla después.

COMO RECONOCER LA PARALISIS CEREBRAL

Para reconocer la parálisis cerebral existen varios elementos dentro de los cuales mencionaremos algunos:

Signos tempranos

Al nacer el niño con parálisis cerebral muchas veces se ve flácido y le falta fuerza e al contrario, puede parecer normal. Puede ser que el niño no respira inmediatamente al nacer y se pone azul y flácido, demora en respirar es una causa común de daño cerebral.

Desarrollo lento

Comparado a otros niños éste es lento para alzar su cabeza, sentarse y moverse en general.

Problemas de alimentación:

Pueden haber dificultades al chupar, tragar o masticar, el bebé puede atragantarse. Todavía cuando el niño va creciendo, éste y otros problemas para comer pueden continuar.

Dificultades para cuidar al bebé o niños:

Su cuerpo puede ponerse rígido, cuando carga algo, o cuando lo están vistiendo o cuando lo bañan o al jugar. Más tarde el niño no aprende a comer o vestirse o a jugar con otros niños. Esto puede deberse, a que su cuerpo se pone rígido de repente o que realmente no tenga fuerzas. El bebé puede estar tan flácido que su cabeza sin fuerza parece que se fuera a caer, de repente puede ponerse rígido como una tabla, de tal forma que nadie se siente capaz de cargarlo o abrazarlo.

Dificultades de comunicación:

Al parecer, el bebé no responde o reacciona como lo hacen los otros bebés. Esto en parte se debe a su cuerpo flácido o rígido o por la falta de movimientos en los brazos y control de los músculos de la cara. También el desarrollo del habla es lento. Después su lenguaje no es fácil de entender, también otros defectos del habla pueden manifestarse en algunos niños, aunque es difícil para los padres del niño entender lo que quiere, ellos encuentran poco a poco la manera de entender sus necesidades, al principio, el niño llora mucho para indicar lo que quiere, después para hacer saber qué es lo que desea señala con un brazo, un pie o con sus ojos.

Inteligencia

Niños con parálisis cerebral parecen retrasados porque son flácidos y lentos, otros se mueven tanto y de manera tan torpe que parecen poco inteligentes, pero parálisis cerebral no es sinónimo de retraso mental. Hay niños con parálisis cerebral afectados muy levemente en su inteligencia, y pueden realizar la mayoría de tareas de la vida diaria.

Todos los traumas que tienen lugar antes de la maduración del cerebro provocan lesiones cerebrales infantiles, cuadros clínicos entre los que se distinguen cuatro grupos.

- Las lesiones en área de la corteza cerebral dando lugar principalmente a la parálisis espástica, se denomina como parálisis cerebral.
- Las lesiones a nivel del tronco cerebral, son mucho mas raras y se exteriorizan clinicamente por atetosis, temblor y rigidez muscular.
- Las lesiones cerebrales que provocan alteraciones de la coordinación y ataxias, tipo atónico - atáxico de la parálisis cerebral infantil dan lugar a que los niños aprendan muy tarde a mantener erguida la cabeza al sentarse o andar.
- Su musculatura es extraordinariamente flácida en contraposición con las miopatías primarias, conserva sus reflejos y a menudo incluso puede provocarse en babinski positivo.

CLASIFICACION DE LOS TIPOS DE PARALISIS CEREBRAL INFANTIL

Tipos de parálisis cerebral infantil de acuerdo a su distribución anatómica.

a. Diplejia

Esta afecta todo el cuerpo, con predominio de los miembros inferiores sobre los superiores. Es una parálisis espástica más o menos simétrica. Hay un buen control de cabeza y tronco y un moderado a leve compromiso de las extremidades superiores. Muchos niños presentan estrabismo y no es común que tengan problemas de lenguaje.

b. Cuadriplejia

Es una parálisis de los 4 miembros y también es llamada Tetraplejia, el control de la cabeza y el tronco es malo y suelen haber trastornos del lenguaje y de la coordinación ocular. Hay considerable diferencia entre el grado de afección de cada uno de los lados del cuerpo, lo cual origina una pronunciada asimetría postural y dinámica.

c. Paraplejia

Parálisis de dos miembros, por lo general los inferiores, en parálisis cerebral son raras, porque por lo general siempre hay un compromiso por arriba de la cintura. Son espásticas y casi siempre resultan ser diplejia.

d. Hemiplejia

Parálisis de un miembro superior y uno inferior del mismo hemicuerpo. Suele ser espástica o muy raramente atetósica.

Para la evaluación del paciente deben tomarse en cuenta los siguientes apartados:

1. Impresión general:
Debe evaluarse si al niño se le presenta limpio y arreglado o desaliñado. La relación familiar ante todo la dada madre-hijo, el comportamiento observado durante la entrevista.
2. Tono básico y patrones de postura:
Debe observarse si produce espasmo tónico o en actividad o en descanso, si existen contracturas o peligro de las mismas.
3. Habilidades:
Se refiere a las actividades funcionales, a lo que puede hacer en sus actividades de la vida diaria.
4. Incapacidades:
Evaluar porqué no puede realizar ciertos movimientos o actividades. Qué control y estabilidad del tronco tiene, y cómo maneja sus miembros superiores.
5. Problemas principales:
Identificar 3 ó 4 importantes, estableciendo prioridades para que las metas del tratamiento se puedan cumplir.
6. Discapacidades asociadas:
Anotar problemas de lenguaje, de la vista y del oído, contracturas y deformidades, estado mental.
7. Actitud de los padres frente al problema:
Anotar cómo lo enfrentan, qué les preocupa y cuáles son sus metas.

Para el terapeuta ocupacional es sumamente valiosa la evaluación de la aptitud física, de la capacidad de percepción, de las pruebas valorativas laborales y de las de concentración, velocidad y resistencia.

APTITUD FISICA

Los grados de rendimiento funcional se evalúan según los siguientes apartados:

1. Uso del miembro superior
 - 1.1 Con el codo en extensión
 - 1.2 Con el codo en flexión
2. Uso de la mano
 - 2.1 Aptitud para sostener el trabajo con la mano hemipléjica o más afectada
 - 2.2 Prensión y sostenimiento del material de trabajo
 - 2.3 Prensión o control digital
 - 2.4 Movimientos digitales precisos y buen funcionamiento manual
 - 2.5 Movimientos torpes de los dedos en prensión y liberación

Movilidad

- Solo sentarse
- Posición erecta ocasional durante cortos periodos de tiempo
- Equilibrio y posición erecta durante parte de la jornada

USO Y EQUIPO ESENCIAL

Para niños con parálisis cerebral, existe un equipo interdisciplinario de tratamiento que está formado por el médico, jefe de servicio, trabajador social, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, terapeuta del lenguaje, educador especial, psicólogo y enfermera. La formación pre-escolar puede correr a cargo de la educación especial.

* MacDonald 1972 p. 422

Los fines del tratamiento comienzan tan pronto como se ha efectuado el diagnóstico y si es posible a una edad temprana, como ejemplo a los 6 meses se debe aplicar a diario en la mayor parte de los casos.

La misión del terapeuta ocupacional es asistir el desarrollo y mejorar el funcionamiento físico y perceptivo. Si el tratamiento se aplica a temprana edad, es posible conseguir una mejoría en la función física hacia los 7 años.

La concentración, la voluntad y un cambio de ambiente lograrán mejorar volviéndose más constante al ir creciendo y progresando en su desarrollo, incluso en la edad adulta. A partir de los 6 a 7 años el niño puede asistir para ser educado, acude a la escuela, a partir de los 15 años o antes el terapeuta encamina al paciente a la formación y evaluación pre-vocacional.

Si se trata con pacientes con capacidad académica que supere el promedio, la evaluación escolar debe ser satisfactoria, siempre y cuando pueda ir y venir del lugar de trabajo. En otros casos hay que dar prioridad a las actividades de la vida diaria.

La evaluación se puede llevar a cabo, por tablas de evaluación de progreso Gunzburg, las cuales resultan muy útiles para evaluar el grado de independencia y aptitud de cada niño, el terapeuta debe evaluar las aptitudes del niño y sus responsabilidades, esto último es muy difícil y sólo puede juzgarse por la experiencia, es inútil esperar que un niño luche para alimentarse, vestirse cuando de hecho no hay probabilidades de éxito.

La postura influye en la función y cada niño debe disponer de una silla adecuada, siendo la mejor, la diseñada para cada niño, de manera y bajo la dirección de un terapeuta.

1. El niño ha de sentirse seguro y tener el soporte adecuado.
2. Debe ajustarse con exactitud desde la cadera a la rodilla y desde ésta al apoyo para los pies.

Desarrollo de manipulación:

El terapeuta ocupacional está relacionado de una manera especial con la mejoría de la función física con miras a la destreza manipuladora, las tablas de aptitudes han demostrado que los niños con parálisis cerebral siguen el esquema de desarrollo más de cerca en lo tocante a la manipulación que a otras esferas, como puede ser la locomoción a la palabra.

El control del brazo y el hombro contribuye al de la mano y lo mismo sucede con los conocimientos según las normas habituales, pero mientras el niño normal sólo presenta el reflejo de la presión hasta los dos o tres meses, el niño con parálisis cerebral puede conservarlo sin que aparezca en cambio, presión normal.

En el niño con parálisis cerebral, la presión en pinza es más fácil de realizar si primero se le enseña a apuntar y para favorecer esta maniobra el terapeuta puede colocar su mano sobre la del niño manteniendo hacia abajo los dedos anular y meñique, también puede recurrirse a vendarlos dirigiéndolos hacia la palma y forzándole así, a emplear el pulgar y el índice. La liberación intencional se desarrolla normalmente al mismo tiempo que la prensión en pinza.

Las férulas manuales resultan útiles. Un niño atetósico ejerce mayor control mediante ejercicios, si su muñeca se encuentra estabilizada por una férula colocada sobre el dorso de la misma.

La destreza manipulada que el niño haya adquirido se aplica a actividades como la escritura a mano o a máquina. El empleo de lápices obliga a una adaptación individual, enseñando su control mediante ejercicios cuidadosamente programados. En el caso de que el niño no escribiera jamás hay que enseñarle a usar la máquina de escribir ya que, aparte de constituir un excelente ejercicio digital logrará obtener mejoras en el control de la mano y facilita un medio de comunicación. Existen máquinas de escribir eléctricas acondicionadas para niños con parálisis cerebral, que pueden adquirirse a bajo precio.

REEDUCACION PERCEPTIVA

Un niño puede tener un escaso sentido de la posición de su cuerpo en el espacio por lo que hay que ayudarle a reconocerlo en una edad temprana; más adelante, puede desarrollar conceptos de posición, en primer lugar en relación con sí mismo y posteriormente en relación de sentido mutuo. También hay que enseñarle a apreciar la forma, el tamaño y la contextura, tanto táctil como visualmente.

En primer lugar debe aprender, a través de los movimientos de su propio cuerpo cómo se mueven sus brazos y sus piernas; si es necesario, puede reforzar la sensación de estos movimientos realizándolos contra alguna resistencia, también hay que enseñarle los conceptos de posición, como arriba y abajo, moviendo los miembros en estas direcciones y aprendiendo no sólo las palabras sino también los conceptos, de modo que pueda aplicarlos a distintas circunstancias.

El niño en su vestuario normalmente aprende más fácilmente a desnudarse que a vestirse, debe aconsejarse sobre prendas cómodas, sustituir cierres y botones por velcro debe enseñársele a vestir en una posición que le resulte cómoda, de modo que pueda aplicar algunos en la silla y otros en el suelo.

El niño tiene dificultades perceptivas, se distrae fácilmente, para mejorar su atención se le debe enseñar a estar en grupo iniciándolo en una sala tranquila en la cual se van introduciendo los objetos y distracciones en forma gradual.

La evaluación de las actividades de la vida diaria (A.V.D.) es uno de los factores más importantes en el paciente. El examen inicial muestra cuáles actividades de la vida diaria el paciente puede o no realizar, sus deficiencias serán la base de su programa de entrenamiento funcional. Además de usarse para el examen inicial el modelo de cuestionario sobre actividades de la vida diaria también sirve como registro para evaluar el progreso del paciente.

MATERIAL Y MOBILIARIO PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

Por motivos prácticos es importante tener un cuarto especialmente equipado para enseñar y evaluar las actividades de la vida diaria ya que éstas deben aprenderse en un medio tan parecido a la vida cotidiana como sea posible, sugerimos emplear el tipo de mobiliario común, como el que se usa en una alcoba, baño, sala y ordinarios. De acuerdo con el espacio de que se disponga, el material se puede colocar en un aposento grande o en dos o tres cuartos separados. Además, el material para las actividades de ambulación y transporte debe ser accesible al paciente tanto fuera como dentro del gimnasio.

A continuación damos una lista de mobiliario y equipo necesario, adecuado a las necesidades del paciente.

Cama ordinaria. La altura de la cama (incluyendo el colchón), debe ajustarse a la altura del asiento de la silla de ruedas (por lo general de 50 cms. del suelo).

Colchón firme.

Tabla: entre el colchón y el tambor de resortes para proporcionar una superficie más dura.

Cosméticos, peine, cepillo, etc, en la cómoda y/o en el cajón de tocador.

Ropero o closet.

Blombo: para aislamiento, si hay más de un paciente en el cuarto, cuando se están llevando a cabo las actividades de cuidado personal.

Mesa y silla: la mesa con un cajón para guardar los artículos de escritorio y el material para escribir.

Una bandeja con platos, taza, tenedor, cuchillo y cuchara para tomar los alimentos.

Sofá: con forro ordinario.

Diferentes tipos de sillas, una silla recta, con el asiento cubierto o tapizado de plástico para facilitar el deslizamiento; una silla recta de madera; una silla poltrona.

Cuarto de baño

Regadera: ordinaria

Lavamanos: ordinario, con un toallero y toallas, jabonera y jabón.

Inodoro: ordinario, papel de baño.

Botiquín: con espejo.

Utensilios para rasurarse: peine, cepillo dentrífico, cepillo de dientes y vaso.

Un espejo: a la izquierda o derecha del lavado, y a la altura de la silla de ruedas.

ADITAMENTOS ESPECIALES

1. BANCAS

Para transferirse de la silla de ruedas al inodoro, regadera, etc.

Material: pintada con pintura lavable, se requiere de una superficie lisa para deslizarse fácilmente.

Tapicería: una delgada capa de hule espuma forrada de plástico (para pacientes con padecimientos sensoriales).

Medidas: largo, 70 cms; ancho, 30 cms; altura, 50 cms; (variada de acuerdo con la altura de la silla de ruedas; debe ser de 1 a 2 cms más baja que el asiento de ésta).

a) Banca para la regadera

Para colocarse debajo de la regadera, con las mismas medidas mencionadas arriba, a excepción de la altura, la cual variará, ya que el piso de la regadera puede ser más alto o más bajo que el del baño.

b) Banca especial para el inodoro

Material: Igual que el anterior

Medidas: 1 mt de longitud; 30 cms de ancho; 50 cms de altura (las medidas variaran de acuerdo con la altura de la silla de ruedas)

2. TABLAS

Para transferirse de la cama a la silla de ruedas de diferentes muebles, automóvil, etc.

Material: madera pulida y laquada.

Tapicería: delgada capa de hule espuma forrada de plástico (para pacientes con padecimientos sensoriales)

Medidas: 1.22 mts de longitud; 2 cms de grueso.

3. RIENDA

Para tirar de ella al sentarse.

Material: percal crudo, se trenzan 3 tiras de percal de 10 cms de ancho y 1.22 de largo.

La rienda se anuda a los pies de la cama. En algunos casos también se fija una segunda rienda a la cabecera de la cama.

4. SACOS DE ARENA

Ofrecen cierta ventaja al apoyarse sobre las manos al sentarse.

Sacos pequeños llenos de arena que pesen aproximadamente de 1 a 1 1/2 kilo.

MATERIAL PARA ACTIVIDADES DE AMBULACION: ELEVACION Y TRANSPORTE

1. BANCAS

De una altura graduada para transferirse de la silla de ruedas al colchón.

Material: madera.

Tapicería: Una delgada capa de hule espuma forrada de plástico.

Medidas: 70 cms. de longitud; 24 cms de ancho; 6 cms de altura. La banca más alta es de 2 a 4 cms más que el asiento de la silla de ruedas, sucesivamente, las bancas van teniendo 5 cms de altura, siendo el total ocho bancas, las bancas van teniendo 5 cms de altura, siendo el total ocho bancas, la banca más baja es de 10 cms de altura, a fin de completar la altura de la rampa al colchón se puede añadir tablas de 5 y 2 1/2 cms de espesor.

2. BANQUETAS O RAMPAS

Para practicar dentro del gimnasio.

Material: madera.

Medida de las banquetas: 1.10 cms por 1.10 mts. La altura promedio de las banquetas es de 20 cms. pero para los ejercicios de práctica se deben graduar de 2.5 a 20 cms. Debe haber lo menos 2.,5 cms de diferentes en la altura de una banqueta a otra.

Medidas de las rampas: 1 mt de longitud; 15 grados de ángulo de inclinación; de 0 a 20 cms de altura; 1 mt de ancho.

3. MULETAS

Muletas de extensión con cubiertas en los apoyos axilares y regatones. Se debe tener en existencia todos los tamaños.

4. BASTONES

De diferentes tamaños.

5. COLCHONES PARA EJERCICIOS

Colchones comunes de gimnasio, forrados de hule o plástico.

Medidas: 1.90 de longitud; 1.50 de ancho o 90 cms; 7 cms de grueso.

6. BARRAS PARALELAS

Deben ser ajustada la altura y ancho.

Material: tubos de metal.

Medidas: 2 mts de longitud mínima, si es posible la longitud del gimnasio; altura 1 mt aproximadamente (altura mínima 75 cms, diametro de los tubos 4 cms (1 1/2 pulgada); espacio intermedio, mínimo de 60 cms.

7. SACOS DE ARENA

Para levantar el cuerpo apoyándose sobre las manos; para acomodarse.

Material: lona resistente, relleno de arena y forro de plástico.

Peso: de 1/2 a 5 kgs (debe ir indicado en el exterior del saco).

8. SILLA DE RUEDAS

Para ensayo y práctica del paciente se debe contar con varios tipos de sillas de ruedas plegadizas (con ruedas grandes en la parte posterior de la silla).

Medidas ordinarias: 50 cms de altura entre el asiento y el suelo; 46 cms de estribo; 60 cms de ancho total; 40 cms de profundidad del asiento; 40 cms de longitud; 1 mt de longitud total; estas medidas son para sillas para paralíticos cerebrales.

TRATAMIENTO ACTUAL

Algunos autores aseguran que la Parálisis Cerebral Infantil es incurable por el tipo de lesiones establecidas. Sin embargo, las

características morfológicas de estas lesiones por un lado puede experimentar mejoría y por otro más deterioro, según se utilicen adecuadamente o no los procedimientos terapéuticos actuales.

Si el tratamiento es temprano y bien orientado, la mejoría puede presentarse a fenómenos de plasticidad, o aumentar su deterioro si se asocia a otras patologías mal tratadas como la epilepsia.

Todos los autores están de acuerdo en que el tratamiento de la Parálisis Cerebral Infantil debe ser lo más temprano posible dirigido a mejorar cada una de las manifestaciones clínicas, tratando que en futuro el paciente se valga por sí mismo y se adapte al medio ambiente donde vive, para lo cual es necesario una atención multidisciplinaria donde participen psicólogos, rehabilitadores, pediatras, cirujanos, neurólogos, etc. apoyando el tratamiento psicológico, médico y quirúrgico.

NUEVA ALTERNATIVA TERAPEUTICA

* Desde 1970 cada vez aparecen en la literatura mayor cantidad de trabajos experimentales en los cuales se demuestra que el cerebro del huésped adulto recibe perfectamente al tejido nervioso inmaduro, inclusive de especies diferentes, sin presentarse fenómenos de rechazo con o sin el uso de inmunosupresores.

Las neuronas embrionarias o en estado fetal, una vez implantadas establecen conexiones inequívocas hacia los receptores específicos por ejemplo: las terminaciones axónicas de las neuronas solinérgicas inmaduras se dirigen a receptores del mismo tipo, las neuronas noradrenérgicas a los receptores noradrenérgicos, a las neuronas dopaminérgicas a los receptores dopaminérgicos y a las neuronas serotoninérgicas a los receptores serotoninérgicos.

De esta manera experimentalmente se han realizado trasplantes a diferentes regiones del Sistema Nervioso Central, como el neocórtex, área septal diencefalo, corteza sensitivo-motora, circunvolución del hipocampo, corteza visual, cerebelo y a la médula espinal. Es decir, se pueden sustituir grupos neurales lesionados o ausentes al cerebro huésped, con neuronas inmaduras correspondientes a cada área para "reconstruir" núcleos o áreas cerebrales y mejorar su función.

Con base de estos resultados experimentales, desde marzo de 1987, se empezó a utilizar la misma técnica de trasplantes pero ahora en humanos. Se han trasplantado neuronas de la sustancia negra embrionaria y fetal al neocórtex para el tratamiento de la enfermedad de Parkinson, y tejido cerebral embrionario al área septal, para el tratamiento de la esquizofrenia.

Recientemente, otro acontecimiento de gran importancia en la reconstrucción cerebral son los trabajos de Tsybaliuk y colaboradores el tratamiento de la Parálisis Cerebral Infantil. Dichos autores transplantaron tejido cerebral embrionario a 2 pacientes con Parálisis Cerebral Infantil edad de 3 a 28 años, obteniendo mejoría clínica en la mitad de los casos y marcada en 2 pacientes.

Aunque el seguimiento post-operatorio es de pocos meses, los resultados obtenidos por estos autores son alentadores y abren una nueva alternativa terapéutica en la lucha contra la Parálisis Cerebral Infantil. De esta manera, hoy en día los neurocirujanos, están en condición de sustituir regiones del encéfalo dañadas por trauma, tumor, enfermedades vasculares y lesiones cerebrales perinatales, con neuronas embrionarias o fetales. " * *

El presente trabajo de investigación sustentó en las siguientes premisas e hipótesis.

PREMISAS

- La terapia ocupacional y recreativa es un tratamiento rehabilitativo prescrito por el médico puesto en práctica por el terapeuta ocupacional que utiliza técnicas activas como: actividades de la vida diaria, creativas, vocacionales e industriales, intelectuales, docentes y recreativas.
- Los niños con secuelas de parálisis cerebral han sufrido la mayoría de las veces un retraso motor y psicomotor.
- Un niño con problema físico y/o psicológico producidos por las lesiones cerebrales va influir en el desarrollo de la vida diaria de su familia y la sociedad.
- El tratamiento de Terapia Ocupacional y Recreativa se planifica luego del diagnóstico y de ser posible de una edad temprana; con la participación y presencia de los padres junto con el terapeuta ocupacional, para así comprender la realidad socio-económica donde se desenvuelve el paciente.
- El tratamiento rehabilitativo tiene como objetivo integrar al paciente a la sociedad como un ser independiente y productivo.

** DR. DAVIDSON DEANE A.
Parálisis Cerebral Infantil
Estado Actual y Nuevas Alternativas Terapéuticas
Universal Institute Inc. New Jersey, EUA

HIPOTESIS

La Terapia Ocupacional y Recreativa en Técnicas de actividad de la vida diaria y habilidad motora son efectivas en la rehabilitación de niños con parálisis cerebral.

VARIABLE INDEPENDIENTE

Terapia Ocupacional y Recreativa en Técnicas Activas de la Vida Diaria y habilidad motora.

VARIABLE DEPENDIENTE

Efectividad del tratamiento en la rehabilitación de niños con parálisis cerebral.

INDICADORES

- Técnicas activas para la vida diaria
- Actividad de comer
- Actividad de vestirse y desvestirse
- Actividades manuales
- Tratamiento de habilidad motora
- Coordinación corporal
- Equilibrio y orientación a la postura
- Coordinación de ojo y mano

CAPITULO II

TECNICAS E INSTRUMENTOS

1. Técnicas

1.1 Técnicas de muestreo

La técnica que se utilizó fue el muestreo no aleatorio intencional o de juicio, es decir que, ya se tenía conocimiento previo de la muestra, pues para formularla se necesito que cumpliera con las siguientes condiciones:

Tener el diagnóstico de parálisis cerebral infantil.

Estar comprendidos en las edades de 5 a 10 años. No importando el sexo.

Ser pacientes internos del Hospital Infantil de Infectología y Rehabilitación.

Al haber sido satisfechas estas condiciones, finalmente la muestra quedó conformada por 25 pacientes con parálisis cerebral, los cuales fueron seleccionados en los registros propios del Departamento de Terapia Ocupacional del Hospital Infantil de Infectología y Rehabilitación y en el archivo mismo.

1.2 Técnicas para recolección de datos

Para la recolección de datos se utilizó la observación, ficha de trabajo, test de actividades de vida diaria modificado a las exigencias del centro; test de habilidad motora para niños seriamente impedidos. Estos dos últimos tests se utilizaron con la técnica del test retest para comprobación de hipótesis.

1.3 Técnicas de análisis cuantitativos

Para realizar el análisis cuantitativo de datos se utilizó el análisis porcentual expresado a través de un diagrama de barras. Cualitativamente se analizaron los datos para verificar la efectividad de las técnicas de actividades de vida diaria y habilidad motora.

2. Instrumentos

Tratamiento de Terapia Ocupacional para paralíticos cerebrales.

2.1 Examen de Actividades de la Vida Diaria

El examen de actividades de la vida diaria es uno de los factores más importantes en la evaluación del paciente. El examen inicial muestra cuáles actividades de la vida diaria el paciente puede o no realizar; sus diferencias serán la base de su programa de entrenamiento funcional. Además de usar el examen inicial, el formato del cuestionario de actividades de la vida diaria también sirve como registro para evaluar al paciente.

El cuestionario que se presenta a continuación es el que se usa en el New York University-Bellevue Medical Center, Institute of Physical Medicine and Rehabilitation adaptado para la investigación por ROSARIO RAMOS MURGA, estudiante de Terapia Ocupacional y Recreativa, Escuela de Ciencias Psicológicas de la UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA.

2.2 Test Básico de Habilidad Motora para individuos seriamente impedidos

Este es un cuestionario aplicable para la evaluación de un paciente seriamente impedido; en este caso aplicable con pacientes de parálisis cerebral infantil para poder determinar un tratamiento específico; ya que éste evalúa coordinación corporal con lo que respecta levantar la cabeza, la barbilla, rodar el costado, derecho a la espalda rodar al costado derecho al estómago, etc, gatear, ésto para determinar a qué nivel su coordinación corporal está afectado, también evaluar equilibrio y orientación de la postura, dentro de éstos está equilibrio de la cabeza, levantarse hasta sentarse y sentarse.

Otros de los elementos incorporados en esta prueba está la coordinación del ojo y la mano.

Este determina la puntuación los valores de 1 a 3 puntos, indicando: no lo realiza con la puntuación 1, puntuación 2, lo realiza con apoyo, y puntuación 3 lo realiza dentro de sus limitantes.

CAPITULO III

PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

Este estudio se realizó en el Hospital de Infectología y Rehabilitación; el cual posee un planta en que su área de rehabilitación se subdivide en Departamento de Terapia de Lenguaje, Departamento de Psicología, Departamento de Fisioterapia, Departamento de Terapia Ocupacional. Este último está provisto de equipo adecuado el cual consiste en: Colchonetas, rollos, sillas para paralíticos cerebrales, mesas, sillas, tablas recortadas, atril, feeders, pelota de Bobath, rincón de musicoterapia, rincón de dactilopintura, rincón ecológico, rincón de actividades de la vida diaria, rincón acuático, área de hortalizas, área de jardinería, arenero, etc. Las ventajas con que cuenta el departamento es su amplitud, claridad y privacidad.

Para recopilar la información, en principio, se solicitó autorización para realizar el estudio a las autoridades del Hospital Infantil de Infectología y Rehabilitación, al obtener el permiso respectivo, se permitió el acceso al Departamento de Terapia Ocupacional para recabar la información, evaluar a los pacientes de parálisis cerebral comprendidos entre las edades de cinco a diez años.

Una vez obtenida la información y el diagnóstico se elaboró el programa de actividades donde se estableció dos veces por semana la aplicación del tratamiento, siendo estos los días martes y jueves en un horario de 8:00 a 14:30 horas, formándose dos grupos los cuales fueron distribuidos en doce pacientes el día martes y trece el día jueves. Se contó con material existente en el Departamento de Terapia Ocupacional, como son: Juguetes adecuados al tratamiento, ejemplo: muñecas, pelotas, etc, así como también, peines, vasos, tazas, platos, marcos de madera donde se desarrollan las actividades de la vida diaria como por ejemplo desabotonar, abrochar, enhebrar, manejo de zipper, hebillas, se utilizó colchonetas, férulas, lavamanos sin barreras arquitectónicas, verticalizador, sillas de ruedas para paralíticos cerebrales, chinchines, pelotas, donas plásticas y móviles.

El ambiente donde se desarrolló el tratamiento fue apropiado, ya que se contó con los elementos necesarios para el mismo teniendo buena iluminación, espacio amplio, buena ventilación y ambiente agradable.

La aceptación del programa fue satisfactoria ya que el personal multidisciplinario brindó su colaboración y coordinación para lograr el éxito de la investigación.

La reacción de los pacientes fue la esperada estableciéndose un buen raport al inicio de cada actividad, lográndose los objetivos del tratamiento.

Luego de haber estudiado los expedientes de los niños con parálisis cerebral del Hospital Infantil de Infectología y Rehabilitación que son atendidos en el Departamento de Terapia Ocupacional se pueden exponer los siguientes resultados:

- De acuerdo a las Técnicas aplicadas a esta investigación, se realizó una evaluación inicial con el test de Actividades de la Vida Diaria, y el test de Habilidad Motora; estos dos con el fin de establecer a qué nivel de limitación se encuentra el paciente.

Como se mencionó en el capítulo II, la muestra fue de veinticinco niños con parálisis cerebral, cuyo tratamiento se llevó a cabo en el Departamento de Terapia Ocupacional. Se mostró que las técnicas de Actividades de la Vida Diaria y Habilidad Motora son efectivas para el tratamiento en niños que presentan parálisis cerebral infantil.

Esto se realizó a través del proceso de la aplicación del programa establecido en el proyecto, con las técnicas de las Actividades de la Vida Diaria, desarrollándose de la siguiente manera: Los pacientes que presentaban una debilidad de fuerza muscular en grado 2 Mala y 3 Regular; ésto quiere decir, que previamente tenía que desarrollarse la fuerza muscular para poder aplicar las técnicas de Terapia Ocupacional.

Después de haber logrado un avance de la fuerza muscular se empezaron a realizar las actividades de la vida diaria; se colocaban a los pacientes en las sillas para paralíticos cerebrales con tabala recortada para darle la actividad, por ejemplo: un peine para peinar a una muñeca, luego peinarse él o ella, lavarle y secarle las manos y lavarse y secarse ellos las manos.

Para aumentar fuerza muscular se utilizaron actividades tales como plasticina, amasado, martillo de madera, trozos de madera de diferentes tamaños y formas, y pequeñas pesas con un libraje de media a una libra.

Así se fue desarrollando la actividad en las diferentes áreas de higiene, vestido y comida, ya que el niño debe de aprender las cosas de una forma lúdica (jugando) para que no se sienta obligado a realizar una actividad.

Se utilizó plato, vaso, taza, y cubiertos de plástico para enseñar la actividad. Para vestido, se empleó vestido y desvestir, (abotonar y desabotonar) de muñecas y luego en el paciente mismo. Así mismo en higiene, bañado y secado de muñecas y luego con el paciente en sí.

En las actividades manuales-Lúdicas se acudió a oprimir botones de timbre, manipular objetos grandes y pequeños, escuchar el sonido de una campana, abrir y cerrar cajones, lo cual proveyó al paciente de coordinación y fuerza muscular.

En la Técnica de Habilidad Motora se realizaba la actividad en colchonetas o alfombras. Por la importancia que tiene la coordinación corporal, el hecho de levantar la cabeza y barbilla, rodar el costado derecho de la espalda, rodar el costado izquierdo de la espalda es algo que a un paralítico cerebral le cuesta demasiado y vemos que con la estimulación de pelotas de colores y móviles ellos reaccionaban mejor. En equilibrio y orientación de la postura el sostener la cabeza, levantarse y sentarse era otra de las actividades que no la realizaban. Aquí se utilizó, más que todo, los móviles ya que ellos al estimularlos verbalmente y con apoyo los niños trataban de realizar la actividad.

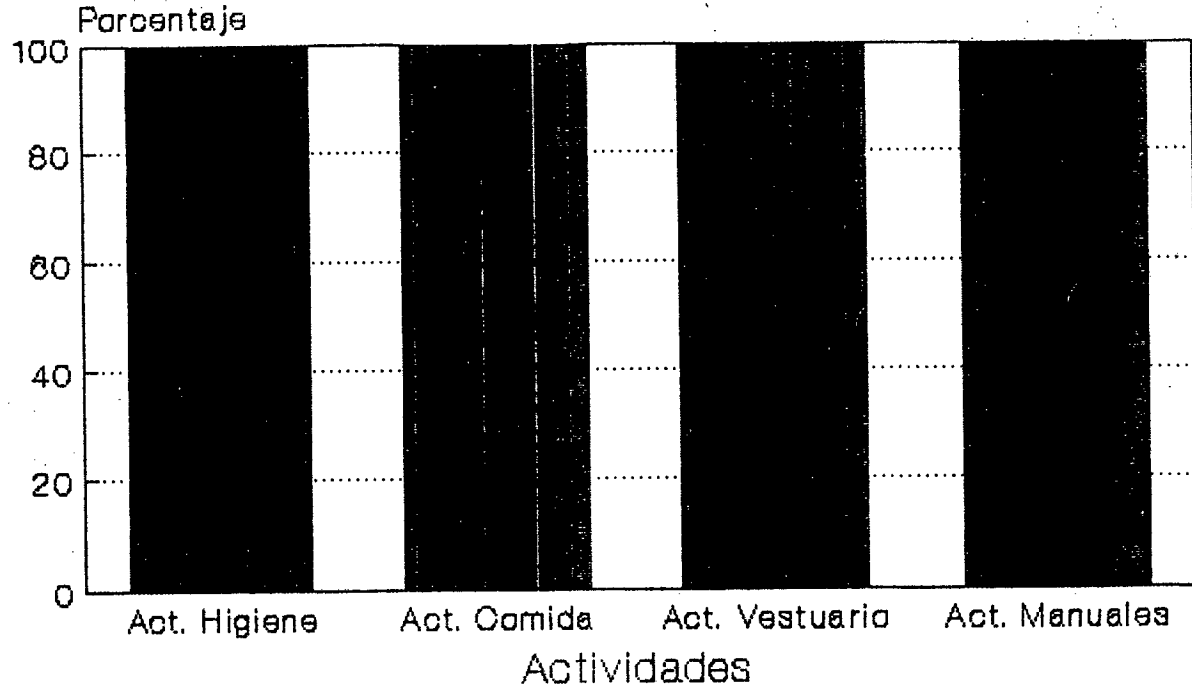
Con lo anteriormente expuesto queda demostrado, que los niños con parálisis cerebral infantil al inicio del tratamiento eran dependientes y que al final del tratamiento propuesto, llegaron a ser semi-dependientes y en algunos casos independientes, lo cual se logró al haber incrementado la fuerza muscular y habilidad motora y la coordinación, así como por entrenamiento en las actividades de la vida diaria.

CLASIFICACION Y TIPOS DE PARALISIS CEREBRAL

# de Pacientes	Diagnóstico	Forma Clínica
1	Parálisis Cerebral Infantil	Cuadriplejía espástica
2	Parálisis Cerebral Infantil	Hemiplejía
3	Parálisis Cerebral Infantil	Hemiplejía
4	Parálisis Cerebral Infantil	Hemiplejía
5	Parálisis Cerebral Infantil	Paraplejía
6	Parálisis Cerebral Infantil	Paraplejía
7	Parálisis Cerebral Infantil	Paraplejía
8	Parálisis Cerebral Infantil	Cuadriplejía Espástica
9	Parálisis Cerebral Infantil	Cuadriplejía Espástica
10	Parálisis Cerebral Infantil	Cuadriplejía Espástica
11	Parálisis Cerebral Infantil	Cuadriplejía Espástica
12	Parálisis Cerebral Infantil	Hemiplejía
13	Parálisis Cerebral Infantil	Hemiplejía
14	Parálisis Cerebral Infantil	Hemiplejía
15	Parálisis Cerebral Infantil	Hemiplejía
16	Parálisis Cerebral Infantil	Hemiplejía
17	Parálisis Cerebral Infantil	Hemiplejía
18	Parálisis Cerebral Infantil	Paraplejía
19	Parálisis Cerebral Infantil	Paraplejía
20	Parálisis Cerebral Infantil	Paraplejía
21	Parálisis Cerebral Infantil	Paraplejía
22	Parálisis Cerebral Infantil	Paraplejía
23	Parálisis Cerebral Infantil	Paraplejía
24	Parálisis Cerebral Infantil	Paraplejía
25	Parálisis Cerebral Infantil	Paraplejía

GRAFICA 1

Resultados obtenidos en niños que presentan Parálisis Cerebral en las edades comprendidas de 5 a 10 años, según tratamiento de Actividades de la Vida Diaria previo al tratamiento.

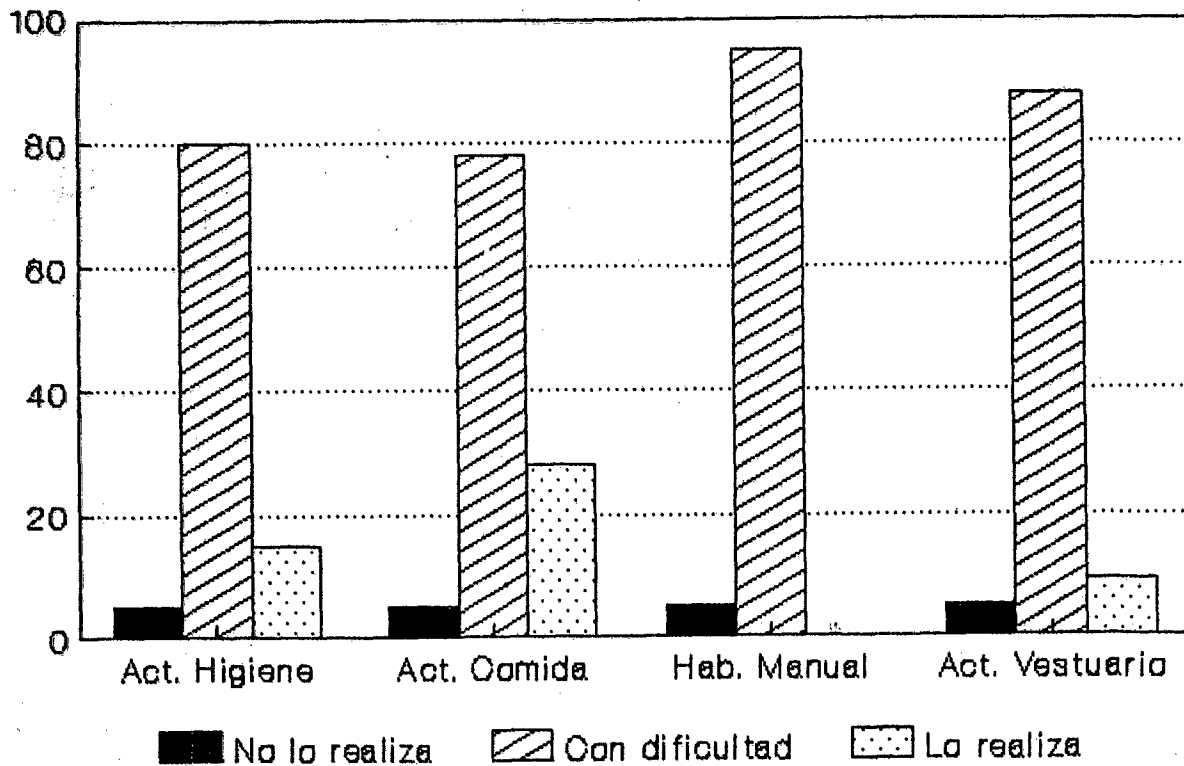


■ No lo realiza

NOTA En esta grafica se representan evaluadas las Actividades de la Vida Diaria, realizadas antes del tratamiento lo que indica que el total de los 25 niños no realizan las Actividades de la Vida Diaria.

GRAFICA 2

Resultados obtenidos en niños que presentan parálisis cerebral en las edades de 5 a 10 años, según Test de Actividades de la Vida Diaria después del tratamiento.

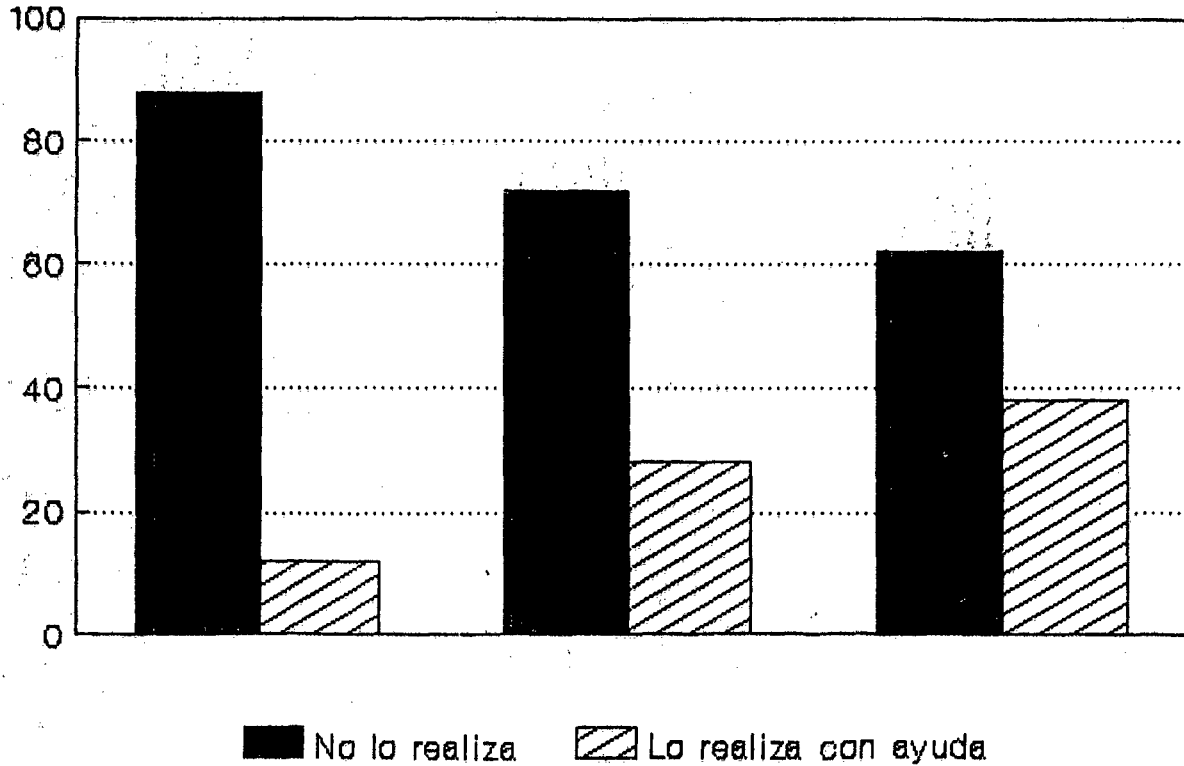


**RESULTADOS OBTENIDOS DE LA APLICACION DEL TRATAMIENTO
DE ACTIVIDADES DE HABILIDAD MOTORA ESQUEMATIZADO POR EDADES**

EDAD	HIGIENE	ACTIVIDAD DE COMER	VESTIDO	HABILIDAD MANUAL
5	4%	12%	0%	20%
6	4%	0%	0%	16%
7	0%	0%	0%	12%
8	0%	8%	4%	12%
9	4%	8%	4%	12%
10	4%	0%	0%	24%
TOTAL	16%	28%	8%	96%

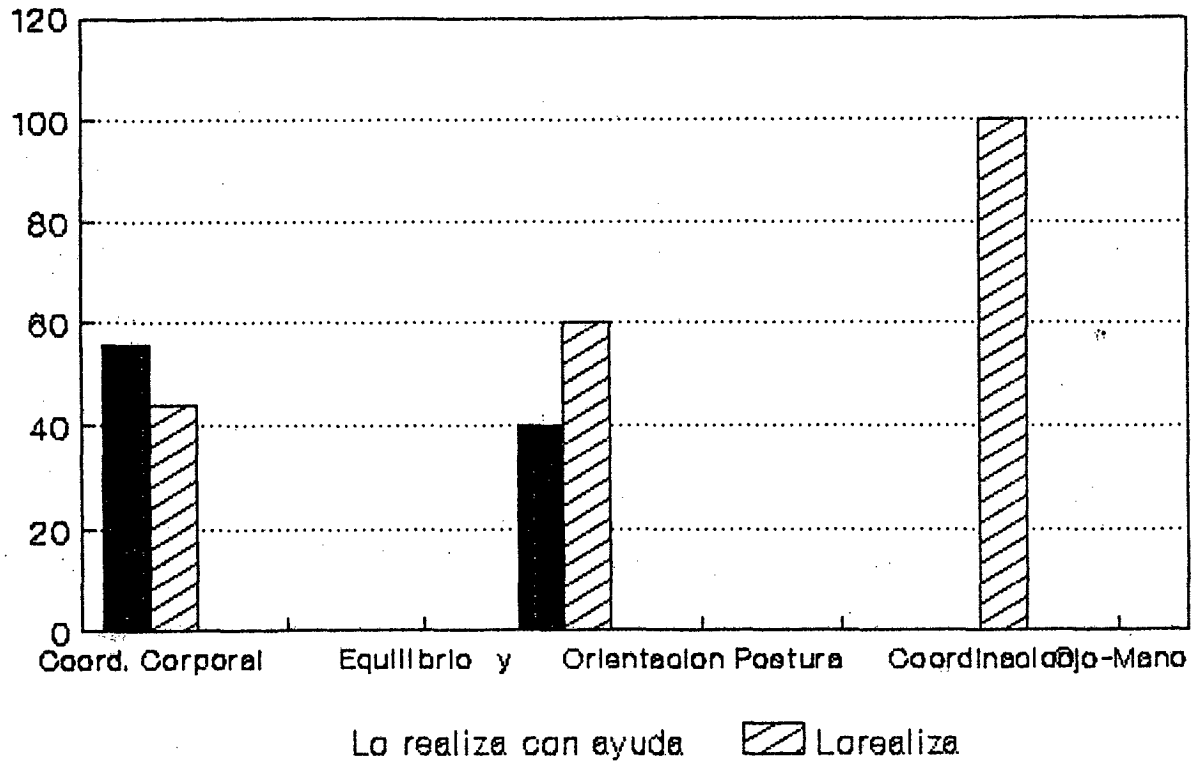
GRAFICA 3

Resultados obtenidos en niños que presentan parálisis cerebral en las edades de 5 a 10 años, según Test de Habilidad Motora previo al tratamiento.



GRAFICA 4

Resultados obtenidos en niños que presentan parálisis cerebral en las edades de 5 a 10 años, según Test de Habilidad Motora después del tratamiento.



**RESULTADOS OBTENIDOS DE LA APLICACION DEL TRATAMIENTO DE
ACTIVIDADES DE HABILIDAD MOTORA ESQUEMATIZADO POR EDADES**

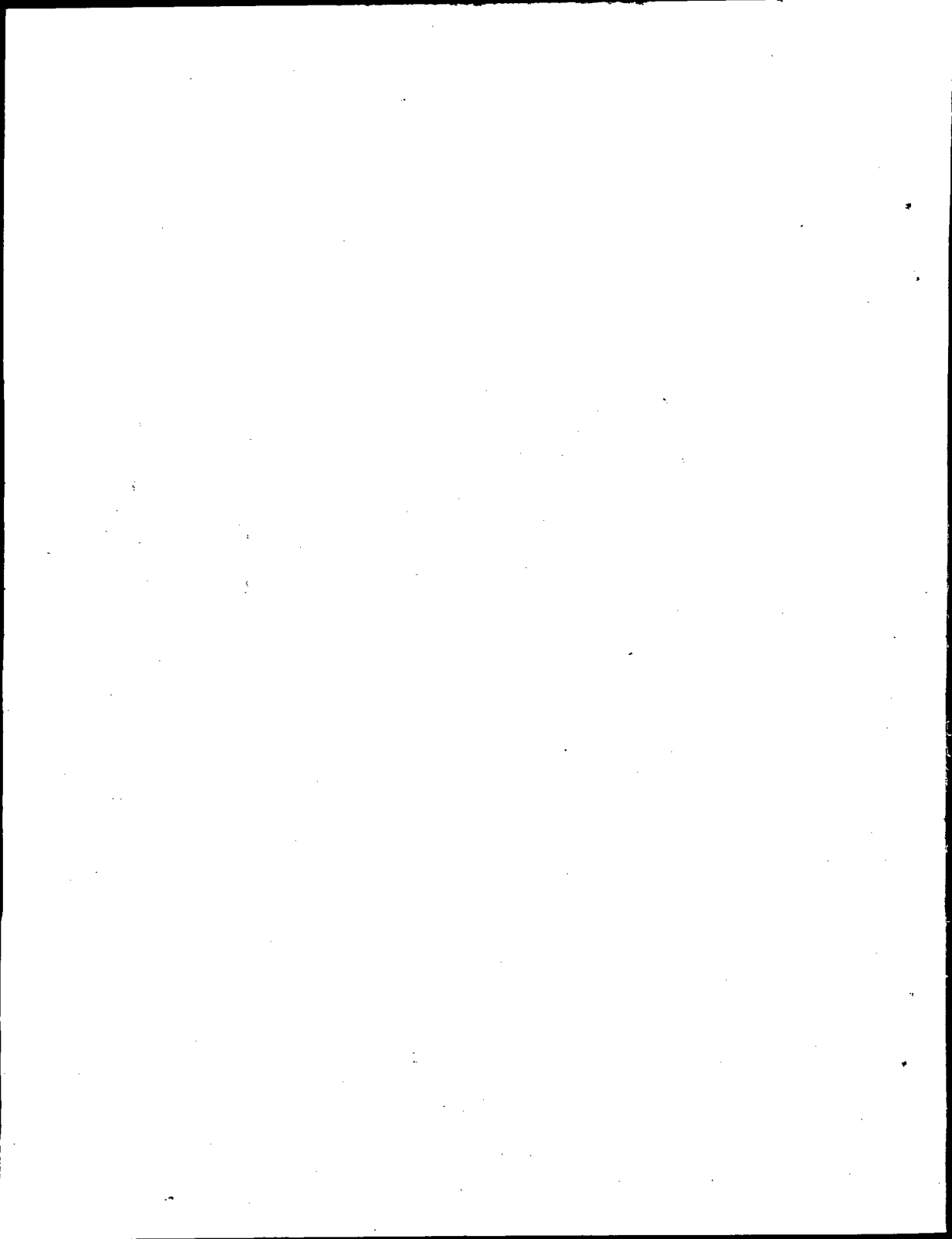
LO REALIZA

EDAD	COORDINACION CORPORAL	EQUILIBRIO Y ORIENTACION DE DE POSTURA	COORDINACION OJO-MANO
5	0%	16%	20%
6	8%	12%	16%
7	4%	4%	12%
8	8%	4%	16%
9	8%	4%	12%
10	16%	20%	24%
TOTAL	44%	60%	100%

**RESULTADOS OBTENIDOS DE LA APLICACION DEL TRATAMIENTO DE
ACTIVIDADES DE HABILIDAD MOTORA ESQUEMATIZADO POR EDADES**

LO REALIZA CON AYUDA

EDAD	COORDINACION CORPORAL	EQUILIBRIO Y ORIENTACION DE DE POSTURA	COORDINACION OJO-MANO
5	20%	12%	0%
6	4%	4%	0%
7	8%	8%	0%
8	8%	8%	0%
9	4%	4%	0%
10	12%	4%	0%
TOTAL	66%	40%	0%



ANALISIS

TRATAMIENTO DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

Introducción al Análisis de Actividades de la Vida Diaria. Dada la primera evaluación y encontrándose los niños con dificultades en la ejecución de las actividades, se procedió a la planificación del tratamiento llevando el seguimiento durante el período, evolucionando en los aspectos especificados (ver anexos) de Actividades de la Vida Diaria y habilidad motora, notándose un progreso el cual se encuentra descrito en porcentajes de evolución de los 25 niños objeto de la muestra.

GRAFICA No. 1

En esta gráfica se representan evaluadas las actividades de la vida diaria, realizada Antes del Tratamiento donde se obtuvieron los resultados siguientes:

Evaluación con relación a la Actividad de Higiene: esta consiste en peinar y peinarse, secarse, cepillarse y lavarse; obteniendo un 100% que representa la actividad no realizada en los 25 pacientes con parálisis cerebral de 5 a 10 años de edad.

Actividad de comida: Se evaluó a través de verificar si el paciente puede beber, comer, revolver y cortar los alimentos, ejecutando estas acciones con los utensilios respectivos o realizándolo con dependencia o independencia; en ella se encontró un 100% de dependencia en estos pacientes.

Actividad de vestuario: Se realizó a través de poner, quitarse, abotonar y desabotonar la ropa, verificándose en ello que hay un 100% de limitación para ejecutar estas acciones en los pacientes analizados con parálisis cerebral.

Actividades manuales: Se evaluaron acciones como oprimir botones de timbre, abrir y cerrar un cajón, manipular objetos grandes y pequeños, verificándose una limitación para estas acciones de un 100% en pacientes con parálisis cerebral.

GRAFICA No. 2

Esta representa Actividades de la Vida Diaria evaluada Después del tratamiento, obteniéndose los siguientes resultados:

Actividades de Higiene: Un niño que no lo realiza, que es el 4% de los 25 niños evaluados, 20 niños que equivale un 80% que lo realiza con dificultad y 4 niños que significa un 16% que lo realiza de acuerdo a su limitación.

Actividad de comida: Un niño que equivale al 4% de los 25 niños evaluados no lo realiza, 17 niños que equivale un 68% lo realiza con dificultad, 7 niños que equivale al 28% lo realiza de acuerdo a su limitación.

Habilidad Manual: Un niño que equivale al 4% de los 25 niños no logró realizar la actividad, 24 niños que equivale un 96% con tratamiento lo lograron realizar dentro de sus limitaciones.

Actividad de Vestuario: Un niño que equivale 4% no lograron realizar la acción de vestirse y desvestirse, mientras que 22 niños que equivale un 88% lo logró realizar con dificultad; y 2 niños que equivale al 8% lo logró realizar dentro de sus limitantes.

EXAMEN BASICO DE HABILIDAD MOTORA PARA INDIVIDUOS SERIAMENTE IMPEDIDOS

GRAFICA No. 3

Resultados obtenidos en niños que presentan parálisis cerebral en las edades de cinco a diez años según Test de Habilidad Motora previo al tratamiento. Este consiste en determinar a que nivel se encuentra el paciente con respecto a equilibrio corporal, equilibrio y postura y coordinación entre el ojo y la mano, resultando en cada actividad como sigue:

Coordinación Corporal Ejecutar la acción de rodar, levantar la cabeza y barbilla.

Habilidad de Equilibrio y Orientación de la Postura Esto se ejecuta con la acción de gatear y rodar en diferentes posturas.

Coordinación Ojo-Mano Consiste en equilibrio de la cabeza, levantarse hasta sentarse, seguimientos visuales, agarrar un anillo oscilante, tirar y coger objetos. De estas actividades se obtuvieron los siguientes resultados en la aplicación de la prueba a los 25 niños que significa el 100% nos da que.

Coordinación corporal 22 niños que equivale un 88% de los pacientes no realizó esta acción y 3 niños que equivale un 12% lo realizó con ayuda.

Equilibrio y Orientación de Postura 18 niños que equivale un 72% de los pacientes no realizó esta actividad y 7 niños que equivale un 28% la realiza con ayuda.

Coordinación Ojo-Mano 16 niños que equivale un 64% de los pacientes no realizó esta actividad y 9 niños que equivale un 36% la realiza con ayuda. En esta gráfica solamente se muestran los puntos No Lo Realiza y Lo Realiza con Ayuda, ya que no hay porcentaje para el punto Lo Realiza de Acuerdo a su Limitación.

GRAFICA No. 4

Estos resultados son los obtenidos en la evaluación que se realizó Después del Tratamiento, cuyos resultados se dan a conocer a continuación:

Coordinación Corporal 14 niños que equivale un 56% lo realiza con ayuda, y un niño que equivale 4% lo realiza de acuerdo a sus limitaciones.

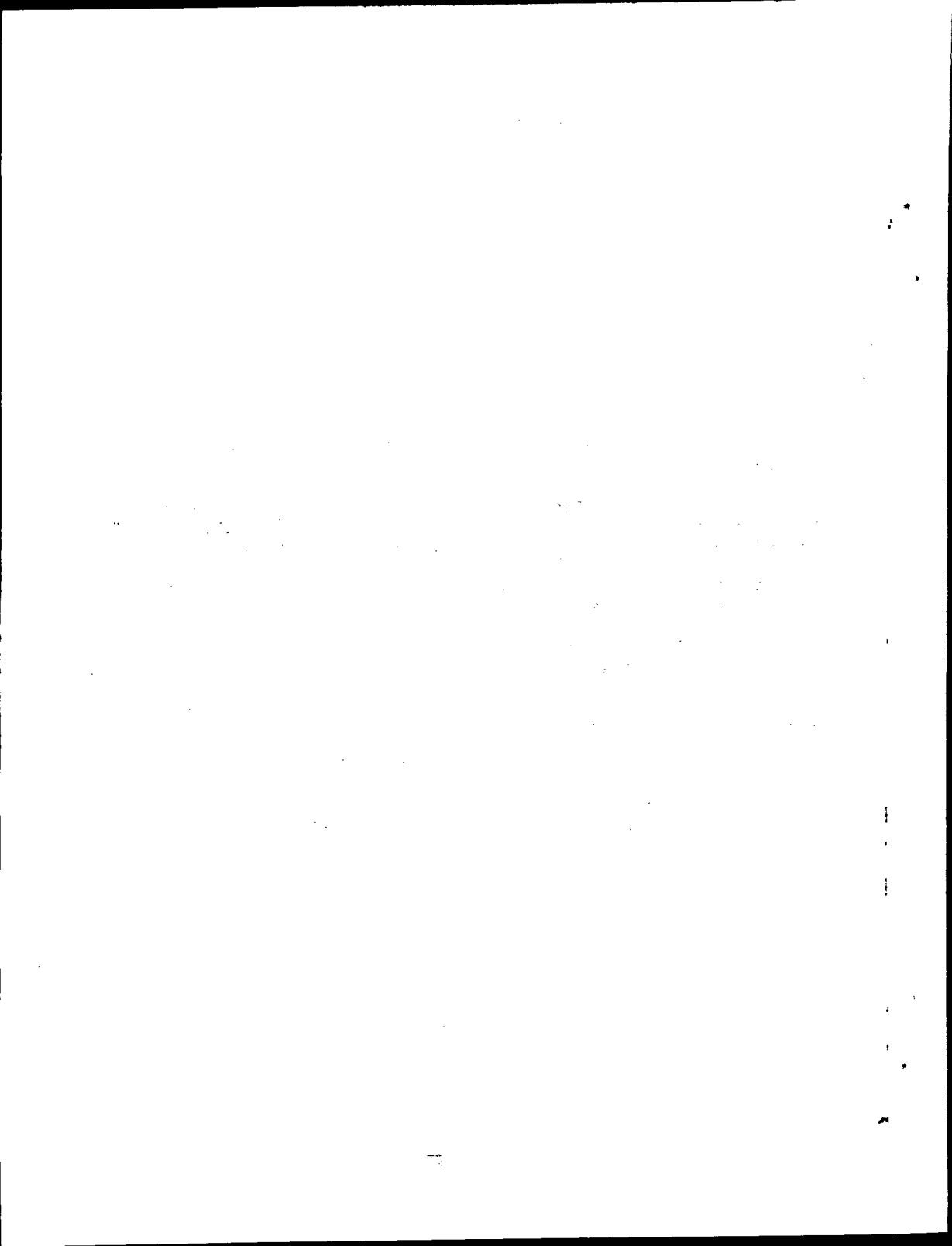
Equilibrio y Orientación de la Postura 10 niños que equivale un 40% de pacientes que lo realizan con ayuda, 15 niños que equivale un 60% que lo realiza de acuerdo a sus limitaciones.

Coordinación Ojo-Mano Los 25 niños lograron realizar las actividades dentro de sus limitaciones.

En esta gráfica desaparece el punto No lo Realiza, ya que no hay ningún porcentaje que le corresponda.

De acuerdo al análisis presentado anteriormente, se acepta la hipótesis de la investigación.

La Terapia Ocupacional y Recreativa es efectiva en la rehabilitación de niños con Parálisis Cerebral Infantil y que la utilización de Actividades de la Vida diaria y Habilidad Motora genera mayor independencia en los niños.



CONCLUSIONES

1. La Terapia Ocupacional y Recreativa es efectiva en la rehabilitación de niños con Parálisis Cerebral Infantil y que la utilización de Actividades de la Vida Diaria y Habilidad Motora genera mayor independencia en los niños.
2. A través del proceso de aplicación de Tratamiento con programas específicos para mejorar la independencia en Actividades de la Vida Diaria (Higiene, Alimentación y Vestuario) y Habilidad Motora, con movimientos gruesos y finos, se verificó el progreso de los pacientes con Parálisis Cerebral Infantil.
3. Posterior a la aplicación y seguimiento del Tratamiento se logró una independencia en las actividades anteriormente señaladas (Actividades de la Vida Diaria y Habilidad Motora) son parte importante en los procesos rehabilitativos de pacientes con Parálisis Cerebral Infantil.

RECOMENDACIONES

Se considera que es necesario que se implemente este tipo de tratamiento en los Departamentos de Terapia Ocupacional, para poder establecer una mejor independencia con este tipo de paciente.

Los niños con Parálisis Cerebral deben ser tratados con las técnicas de Terapia Ocupacional, en lo que respecta a las actividades de la vida diaria y habilidad motora, para lograr una independencia.

El Departamento de Terapia Ocupacional del Hospital de Infectología y Rehabilitación debería programar una actividad de escuela para padres, con el fin de adiestrar a los mismos en el manejo y seguimiento de su tratamiento.

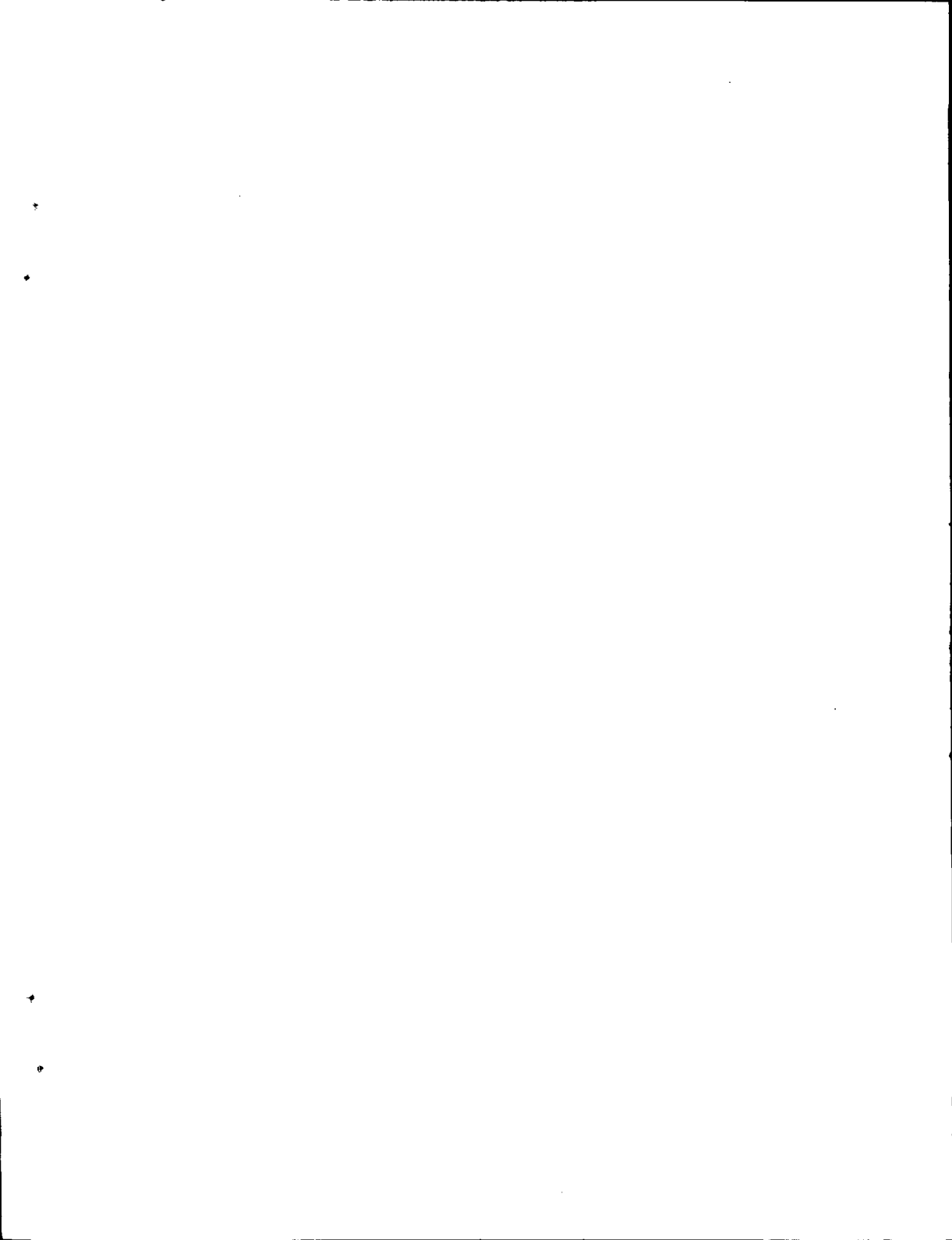
El personal de Terapia Ocupacional debería conocer y utilizar estas técnicas de actividad de la vida diaria y habilidad motora como un tratamiento específico en pacientes con parálisis cerebral.

Se debería dar seguimiento a las técnicas de actividad de la vida diaria y habilidad motora, para una mayor efectividad en el tratamiento y en la independencia del paciente.

BIBLIOGRAFIA

- Cash Joan E.
Neurología.
2a. Edición. Editorial Jims, 1969, Balmes 266, Barcelona España.
pp 326
- Cilickoikmp Wulma M.
El niño con daño cerebral en la sociedad, en el hogar, y la
comunidad.
2a. Edición. Editorial Millas, Mexico 1935
256 pp
- Comisión de la Escuela de Psicología.
Agosto 1986
- Host Cilta y Wolf Gang Heitnertz.
Tratado de Rehabilitación.
3a.edicion. Editorial Labor S.A, 1976 Tomo II
233 pp
- K. Linderkin, H. Teirich Leuse et. at.
Tratado de REhabiliación.
Editorial Labor S.A. 1991 Tomo III
245 pp
- Mac donald E.M.
Terapia Ocupacional en Rehabilitación
2a. Edición. Editorial Salvat. 1956
250 pp
- Maccar Rinnef. C.S.P.
Atención en el Hogar en el Niño, con el Niño, de Parálisis
Cerebral. Editorial Lumina, 1952.
230 pp
- Myrein, Patricia I.
Métodos para el Hogar en Niños con Dificultades en el Aprendizaje
Editorial Lumila, 1952
300 pp
- Wright John S. et.at.
Parálisis Cerebral Infantil Estado Actual y Nuevas Alternativas
Terapéuticas.
Revista.
New Jersey, E.U.A.
190 pp

1941
1942
1943
1944
1945
1946
1947
1948
1949
1950
1951
1952
1953
1954
1955
1956
1957
1958
1959
1960
1961
1962
1963
1964
1965
1966
1967
1968
1969
1970
1971
1972
1973
1974
1975
1976
1977
1978
1979
1980
1981
1982
1983
1984
1985
1986
1987
1988
1989
1990
1991
1992
1993
1994
1995
1996
1997
1998
1999
2000
2001
2002
2003
2004
2005
2006
2007
2008
2009
2010
2011
2012
2013
2014
2015
2016
2017
2018
2019
2020
2021
2022
2023
2024
2025



THE UNIVERSITY OF CHICAGO

PHYSICS DEPARTMENT

PHYSICS 311

LECTURE 1

MECHANICS

1.1 Kinematics

1.2 Dynamics

1.3 Energy

1.4 Momentum

1.5 Angular Momentum

1.6 Oscillations

1.7 Relativity

1.8 Quantum Mechanics

1.9 Statistical Mechanics

1.10 Thermodynamics

1.11 Electromagnetism

1.12 Optics

1.13 Modern Physics

1.14 Miscellaneous

1.15 Appendix

1.16 Bibliography

1.17 Index

HOSPITAL DE INFECTOLOGIA Y REHABILITACION
DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL
INFORME SOBRE EVALUACION DE PACIENTES

NOMBRE: A.M.M.
DIAGNOSTICO: PARALISIS CEREBRAL
FORMA CLINICA: CUADRIPLLEJIA ESPASTICA
DOMICILIO: ZONA 12
EDAD: 7 años 6 meses
SEXO: F

Paciente cuadriplejia espástica. Tono postural fluctuante. Tiene buen control de cuello y tronco. Realiza con ambas manos garras, cilíndricas y esféricas. Sus pinzas son semifuncionales. Levanta pesos livianos.

Paciente es poco atenta en sus actividades y no sigue instrucciones.

Es dependiente en Actividades de Vida Diaria.

REEVALUACION

Paciente reevaluada en funcional de miembros superiores en Actividades de Vida Diaria, en fuerza muscular y amplitud articular, encontrándose en las siguientes condiciones:

Patrones de movimiento

Disociación de hombro y cadera.

Disociación de Miembros Superiores e Inferiores.

Buen control de cabeza y tronco.

De supino a prono.

De prono a supino.

De prono a supino a sentada.

De sentada a prono.

Llega a posición de pie asistida.

De pie a sentada asistida.

Gateo

Camina asistida.

De supino a sentada.

De acostada a posición de gateo.

Cuadriplejia con espasticidad moderada.

Tono postural normal en reposos pero fluctua en actividad.

Reacciones de equilibrio disminuidas.

Uso de cubiertos: los toma pero no es funcional

Uso de vaso: supervisada

Comida: supervisada

Higiene: dependiente

Escolaridad: ninguna

Poca concentración

Paciente en las actividades de vida diaria y habilidad motora se ha mostrado mas colaboradora en la terapia.

REEVALUACION

Paciente tomada para la aplicación de las Técnicas de Actividades de la Vida Diaria y Habilidad Motora, ha mostrado un gran progreso.

HOSPITAL DE INFECTOLOGIA Y REHABILITACION
Guatemala, C.A.

TERAPIA OCUPACIONAL

EXAMEN FUNCIONAL DEL MIEMBRO SUPERIOR

- | | | | |
|----|--|--------------------------------------|-----------------------------|
| 1. | Miembro dominante o asistente | Derecho | |
| 2. | Si es asistente uso del miembro como tal | | |
| 3. | HOMBRO | alcanzar objetos | si |
| | | peinarse | no |
| 4. | CODO | alcanzar objetos | si |
| | | llevar la palma de la mano a la cara | si |
| | | abrir y cerrar un frasco con rosca | no |
| 5. | MANO | tomar y soltar | si |
| | | flexo extensión de la muñeca | si |
| | | a) Tipos de Prehensión | |
| | | Esférica | si |
| | | Gancho | si |
| | | Cilíndrica | si |
| | | | Desviación cubital o radial |
| | | b) Tipos de Pinza: | |
| | | Lateral | no |
| | | Bidigital | no |
| | | Tripode | no |
| | | c) Otros tipos | |
| | | Peso que levanta | |
| | | Transferir objetos | |
| | | Destreza manual | regular |
| | | Coordinación | regular |
| | | Escritura | no |
| | | Enhebrado | no |
| | | Encaje | grueso |
| | Poco Funcional | | |
| 6. | Actividades de la Vida Diaria | Dependiente | |
| 7. | Actividades del lugar | Dependiente | |

HOSPITAL DE INFECTOLOGIA Y REHABILITACION
Guatemala, C.A.

TERAPIA OCUPACIONAL

EXAMEN FUNCIONAL DEL MIEMBRO SUPERIOR

1. Miembro dominante o asistente **Izquierdo**
2. Si es asistente uso del miembro como tal **No definido**
3. **HOMBRO** alcanzar objetos **si**
peinarse **no**
4. **CODO** alcanzar objetos **no**
llevar la palma de la mano a la cara **si**
abrir y cerrar un frasco con rosca **no**
5. **MANO** tomar y soltar **si**
flexo extensión de la muñeca **si**
 - a) Tipos de Prehensión
Esférica **si**
Gancho **si**
Cilíndrica **si**
Desviación cubital o radial
 - b) Tipos de Pinza:
Lateral **no**
Bidigital **no**
Tripode **no**
 - c) Otros tipos
Peso que levanta
Transferir objetos
Destreza manual **regular**
Coordinación **regular**
Escritura **no**
Enhebrado **no**
Encaje **grueso**
6. **Actividades de la Vida Diaria Dependiente**
7. **Actividades del lugar Dependiente**

Poco
Funcional

HOSPITAL INFANTIL DE INFECTOLOGIA Y REHABILITACION
TERAPIA OCUPACIONAL

EVALUACION DE EQUIPO

Fecha Evaluado por:
Deambulaci3n a TO: no
Silla usada en TO: si
Sostiene la cabeza (en actividad): si
Localiza y sigue objetos con la vista: si
Alcanzar: no
Tomar: si
Soltar: si
Coordinaci3n: no
Destreza: no
Mano dominante: izquierdo
Uso de la subdominante: si

A.V.D. - Higiene: Dependiente
Vestido: Dependiente
Alimentaci3n: Dependiente
Varios ----

Seg3n la madre que es lo que realmente hace
Actitud durante el ex3men (tiempo de atenci3n): Poca atenci3n

EQUIPO

Sling Miembros Superiores: no
Feeders: no
Ortesis Miembros Superiores: no
Muñequeras: no
Adaptaciones para AVD: no
Silla especial: silla de ruedas
Valvas Miembros Superiores
Mesa
Tabla recortada
Adaptaci3n en la vivienda
Adaptaci3n en el autom3vil

Datos del paciente

Apellidos: M.G. Nombres: A.M.
Fecha de nacimiento:
No. de registro:

SECCION TERAPIA OCUPACIONAL

EVALUACION DE PERCEPCION PARA PACIENTES CON LESION CEREBRAL

I. Percepción vestibular

1. Reaccion de equilibrio Presente () Ausente () Disminuido (X)
 2. Describir postura
 3. Balance de cabeza Buena (X) Regular () Mala ()
Balance sentado Buena () Regular () Mala ()
Balance parado Buena () Regular () Mala (X)
 4. Otros síntomas Nausea () Mareos () Nistagmos ()
-

II. Percepción táctil

1. Sistema de discernimiento:
 - a. Superficial Temperatura (/) Dolor (/) Tacto (/) Punto (/)
 - b. Combinado Barognosia (/) Sterognosia (/)
 - c. Profunda Sensibilidad de posición de las articulaciones de los músculos. Gruesa (/) Refinada ()
2. Sistema de protección: Hipersensibilidad (/)

Observaciones:

III. Percepción visual

1. Percepción de color: Reconocimiento de colores por nombre:
 - a. Blanco (/) Negro (/) Rojo () Azul () Amarillo ()
Señalar el mismo color: _____
 - b. Blanco (/) Negro (/) Rojo () Azul () Amarillo (/)
 2. Percepción de formas: Tabla de formas
 - a. Círculo () Cuadrado () Triángulo () Rectángulo ()
 3. Percepción ocular
 - a. Ojo dominante: izquierdo Derecho () Izquierdo (X)
 - b. Movimiento de los ojos: Foco (X) Seguir (X) Vertical (X)
Horizontal () Virar (X)
 - c. Otros problemas:
-

4. Percepción de espacio

a. Prueba manual de percepción de espacios:

arriba (X)
abajo (X)
derecha (-)
izquierda (-)
Varios (-)

b. Copia de diseño: Primera prueba (-)
Segunda prueba (-)
Tercera prueba (-)

5. Retención visual

a. Copiar de memoria teléfono () sonido (-)

b. Imitación de postura 1 (-) 2 () 3 () 4 (-)

6. Distinguir figuras del fondo 1 prueba () 2 prueba ()

7. Constancia de formar: 1 prueba () 2 prueba ()

IV. Percepción de Audición

a. Paciente es conciente al sonido (X)

b. Paciente responde a su nombre (X)

2. Incorporación al sonido

a. Entiende mandos sencillos ()

1. "Pásame esa taza" (X)

2. "Señale el cepillo" (-)

3. "Tome la cuchara" (-)

4. "Limpiese la boca con la servilleta" (-)

5. "Tome el peine y peínese" (-)

b. Entiende conceptos de espacio

1. "Levante la mano" (-)

2. "Baje la mano" (-)

3. "Tóquese la oreja" (-)

4. "Tóquese la nuca" (-)

MEMORIA AUDITIVA

a. Recuerda este número de Teléfono 723532
Escribalo (-) Repítalo (-)

b. Puede hablar (-)

Observaciones:

V. INCORPORACION DE PERCEPCION

1. Actividades de la vida diaria: **Dependiente**

2. Escribiendo _____

3. Leyendo _____

4. Calculando _____

5. Usa el brazo afectado espontáneamente su retorno es adecuado ()

6. Diadicocinesia _____

RECOMENDACIONES:

**HOSPITAL DE INFECTOLOGIA Y REHABILITACION
EVALUACION DE ACTIVIDADES DE VIDA DIARIA**

NOMBRE Y APELLIDO A.N.M. **EDAD** 7 años 6 meses **SEXO** F

DIAGNOSTICO **CUADRO CLINICO**

FECHA DE EVALUACION **FECHA DE REEVALUACION**

VITALBO
NOMBRE
DIRECCION
TEL. ALBERGUE
TEL. CLINICA
TEL. LABORATORIO

INSTRUCCIONES:

1. Si en el momento de exámen la actividad no puede ser ejecutada independientemente, dejar el espacio en blanco.
2. Si la actividad puede realizarse independientemente llenar el espacio azul.
3. Si la actividad no es esencial para las exigencias físicas de paciente trazar una diagonal en el espacio.

METODO DE REGISTRO DE PROGRESO

Quando la actividad puede realizarse independientemente, llenar el espacio en rojo y anotar la fecha en que se efectúe.

	I Evaluación		II Evaluación	
REGIMEN (COMO ACTIVIDAD LUDICA Y COTIDIANA)				
1. Peinar y cepillarle el cabello a una muñeca				
2. Peinarse y cepillarse el cabello				
1. Lavarle y secarle las manos a una muñeca				
2. Lavar y secarse las manos				
1. Cepillarle los dientes a una muñeca				
2. Cepillarse los dientes				
1. Bañar a una muñeca				
2. Bañarse				

ACTIVIDADES DE COMER (LUDICA Y COTIDIANA)

1. Darle de beber en un vaso a una muñeca				
2. Beber de un vaso				
1. Darle de beber en taza a una muñeca				
2. Beber de una taza				
1. Darle de comer con una cuchara a una muñeca				
2. Comer con una cuchara				
1. Darle de comer con un tenedor a una muñeca				
2. Comer con un tenedor				
1. Revolverle el azúcar a la leche de la muñeca				
2. Revolver el azúcar a la leche				
1. Cortar la carne para la muñeca				
2. Cortar la carne				

	I Evaluación	II Evaluación
ACTIVIDAD DE VESTIRSE Y DESVESTIRSE (LUDICA Y COTIDIANA)		
1. Ponerle la ropa interior a la muñeca		
2. Ponerse la ropa interior		
1. Quitarle la ropa interior a la muñeca		
2. Quitarse la ropa interior		
1. Ponerle y abotonarle una camisa a la muñeca		
2. Ponerse y abotonarse una camisa		
1. Quitarle y desabotonarle la camisa a la muñeca		
2. Quitarse y desabotonarse la camisa		

ACTIVIDADES MANUALES (LUDICAS)

1. Oprimir botones de timbre		
1. Abrir y cerrar un cajón		
1. Manipular objetos		
1. Escuchar el sonido de una campana		
1. Manipular objetos pequeños		

OBSERVACIONES

Tono de Rehabilitación Física para la Vida Diaria BUCIVALD, ROYTE Adaptación Rosario Ramos, Estudiante de
 Terapia Ocupacional y Recreativa Escuela de Ciencias Psicológicas Universidad de San Carlos de Guatemala.

NOMBRE A.M.M. EDAD 7 años 6 meses Sexo f

I EVALUACION
COORDINACION CORPORAL

Prueba No. 1	Levantar la cabeza y barbilla.	
Factor:	Coordinación corporal.	1 - 2 - 3
Prueba No. 2	Rodar el costado derecho a la espalda.	
Factor:	Coordinación corporal.	1 - 2 - 3
Prueba No. 3	Rodar del costado derecho al estómago.	
Factor:	Coordinación corporal.	1 - 2 - 3
Prueba No. 4	Rodar de la espalda al costado derecho.	
Factor:	Coordinación corporal.	1 - 2 - 3
Prueba No. 5	Rodar del estómago al costado derecho.	
Factor:	Coordinación corporal.	1 - 2 - 3
Prueba No. 6	Rodar del costado izquierdo a la espalda.	
Factor:	Coordinación corporal.	1 - 2 - 3
Prueba No. 7	Rodar del costado izquierdo al estómago.	
Factor:	Coordinación corporal.	1 - 2 - 3
Prueba No. 8	Rodar de la espalda al costado izquierdo.	
Factor:	Coordinación corporal.	1 - 2 - 3
Prueba No. 9	Rodar del estómago al costado izquierdo.	
Factor:	Coordinación corporal.	1 - 2 - 3
Prueba No. 10	Gatear	
Factor:	Coordinación corporal.	1 - 2 - 3

EQUILIBRIO Y ORIENTACION DE LA POSTURA

Prueba No. 1	Equilibrio de la cabeza.	
Factor:	Equilibrio y orientación de la postura.	1 - 2 - 3
Prueba No. 2	Levantarse hasta sentarse.	
Factor:	Equilibrio y orientación de la postura.	1 - 2 - 3
Prueba No. 3	Sentarse.	
Factor:	Equilibrio y orientación de la postura.	1 - 2 - 3

COORDINACION DEL OJO Y LA MANO

Prueba No. 1 Seguimiento visual.
Factor: Coordinación del ojo y la mano. 1 - 2 - 3 - 4 - 5

Examinarse cada mano:
Prueba No. 2 Derecha 1 - 2 - 3 - 4 - 5

Prueba No. 3 Izquierda 1 - 2 - 3 - 4 - 5

Prueba No. 4 y 5 Agarrar un anillo oscilante
Factor: Coordinación del ojo y la mano 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

DERECHA 1 - 2 - 3
IZQUIERDA 4 - 5 - 4

Prueba No. 6 y 7 Arrojar
Factor: Coordinación del ojo y la mano.

Examen cada mano.

DERECHA 1 - 2 - 3
IZQUIERDA 1 - 2 - 3

Prueba No. 8 Coger
Factor: Coordinación del ojo y la mano.

Examen cada mano.

DERECHA 1 - 2 - 3
IZQUIERDA 1 - 2 - 3

NOMBRE A.M.M. EDAD 7 años 6 meses Sexo f

**II EVALUACION
COORDINACION CORPORAL**

Prueba No. 1	Levantar la cabeza y barbilla.	
Factor:	Coordinación corporal.	1 - 2 - 3
Prueba No. 2	Rodar el costado derecho a la espalda.	
Factor:	Coordinación corporal.	1 - 2 - 3
Prueba No. 3	Rodar del costado derecho al estómago.	
Factor:	Coordinación corporal.	1 - 2 - 3
Prueba No. 4	Rodar de la espalda al costado derecho.	
Factor:	Coordinación corporal.	1 - 2 - 3
Prueba No. 5	Rodar del estómago al costado derecho.	
Factor:	Coordinación corporal.	1 - 2 - 3
Prueba No. 6	Rodar del costado izquierdo a la espalda.	
Factor:	Coordinación corporal.	1 - 2 - 3
Prueba No. 7	Rodar del costado izquierdo al estómago.	
Factor:	Coordinación corporal.	1 - 2 - 3
Prueba No. 8	Rodar de la espalda al costado izquierdo.	
Factor:	Coordinación corporal.	1 - 2 - 3
Prueba No. 9	Rodar del estómago al costado izquierdo.	
Factor:	Coordinación corporal.	1 - 2 - 3
Prueba No. 10	Gatear	
Factor:	Coordinación corporal.	1 - 2 - 3

EQUILIBRIO Y ORIENTACION DE LA POSTURA

Prueba No. 1	Equilibrio de la cabeza.	
Factor:	Equilibrio y orientación de la postura.	1 - 2 - 3
Prueba No. 2	Levantarse hasta sentarse.	
Factor:	Equilibrio y orientación de la postura.	1 - 2 - 3
Prueba No. 3	Sentarse.	
Factor:	Equilibrio y orientación de la postura.	1 - 2 - 3

COORDINACION DEL OJO Y LA MANO

Prueba No. 1 Seguimiento visual.
Factor: Coordinación del ojo y la mano. 1 - 2 - 3 - 4 - 5

Examinarse cada mano:
Prueba No. 2 Derecha 1 - 2 - 3 - 4 - 5

Prueba No. 3 Izquierda 1 - 2 - 3 - 4 - 5

Prueba No. 4 y 5 Agarrar un anillo oscilante
Factor: Coordinación del ojo y la mano 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

DERECHA 1 - 2 - 3
IZQUIERDA 4 - 5 - 4

Prueba No. 6 y 7 Arrojar
Factor: Coordinación del ojo y la mano.

Examen cada mano.

DERECHA 1 - 2 - 3
IZQUIERDA 1 - 2 - 3

Prueba No. 8 Coger
Factor: Coordinación del ojo y la mano.

Examen cada mano.

DERECHA 1 - 2 - 3
IZQUIERDA 1 - 2 - 3

HOSPITAL INFANTIL DE INFECTOLOGIA Y REHABILITACION
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
ENCUESTA SOCIAL

IDENTIFICACION:

SECCION: _____

NOMBRE: _____ HISTORIA CLINICA: _____

DOMICILIO PERMANENTE: _____

DOMICILIO TEMPORAL: _____

FECHA DE INGRESO: _____ REFERIDO POR: _____

FECHA DE EGRESO: _____ REINGRESO: _____ DIAGNOSTICO: _____

_____ INGRESO CON: _____

T.S. _____

DATOS PERSONALES:

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: _____

EDAD: _____ SEXO: _____ ESCOLARIDAD: _____

GRUPO ETNICO: _____ RELIGION: _____

GRUPO FAMILIAR:

PADRE: _____ EDAD: _____

ORIGINARIO: _____ ESTADO CIVIL: _____

INSTRUCCION: _____ OCUPACION: _____

SALARIO Q: _____

LUGAR Y DIRECCION DE TRABAJO: _____

PATRONO: _____ TEL: _____

MADRE: _____ EDAD: _____

ORIGINARIA: _____ ESTADO CIVIL: _____

INSTRUCCION: _____ OCUPACION: _____

SALARIO: _____

HOSPITAL DE INFECTOLOGIA Y REHABILITACION DE A.V.D.

NOMBRE Y APELLIDO _____ EDAD _____ SEXO _____
DIAGNOSTICO _____ CUADRO CLINICO _____
FECHA DE EVALUACION _____ FECHA DE REEVALUACION _____

INSTRUCCIONES

1. Si en el momento de exámen la actividad no puede ser ejecutada independientemente dejar el espacio en blanco.
2. Si la actividad puede realizarse independientemente llenar el espacio en azul.
3. Si la actividad no es esencial para las exigencias físicas del paciente trazar una diagonal en el espacio.

METODO DE REGISTRO DE PROCESO

1. Cuando la actividad pueda realizarse independientemente, llenar el espacio en rojo y anotar la fecha en que se ejecutó.

HIGIENE (COMO ACTIVIDAD LUDICA Y COTIDIANA)

1. Peinar y cepillarle el cabello a una muñeca _____
2. Peinarse y cepillarse el cabello _____
1. Lavarle y secarle las manos a una muñeca _____
2. Lavarse y secarse las manos _____
1. Cepillarle los dientes a una muñeca _____
2. Cepillarse los dientes _____
1. Bañar a una muñeca _____
2. Bañarse _____

ACTIVIDADES DE COMER (LUDICA Y COTIDIANA)

1. Darle de beber en un vaso a una muñeca _____
2. Beber de un vaso _____
1. Darle de beber en una taza a una muñeca _____
2. Beber de una taza _____
1. Darle de comer con una cuchara a una muñeca _____
2. Comer con una cuchara _____
1. Darle de comer con un tenedor a una muñeca _____
2. Comer con un tenedor _____
1. Revolver el azúcar a la leche de la muñeca _____
2. Revolver el azúcar a la leche _____
1. Cortar la carne para la muñeca _____
2. Cortar la carne _____

ACTIVIDADES DE VESTIRSE Y DESVESTIRSE (LUDICA Y COTIDIANA)

1. Ponerle la ropa interior a la muñeca _____
2. Ponerse la ropa interior _____
1. Quitarle la ropa interior _____
2. Quitarse la ropa interior _____
1. Ponerle y abotonarle una camisa a la muñeca _____
2. Ponerse y abotonarse una camisa _____
1. Quitarle y desabotonarle la camisa a la muñeca _____
2. Quitarse y desabotonarse la camisa _____

ACTIVIDADES MANUALES (LUDICAS)

1. Oprimir botones de timbre _____
1. Abrir y cerrar un cajón _____
1. Manipular objetos _____
1. Escuchar sonidos de una campana _____
1. Manipular objetos pequeños _____

DATOS DE SALUD DEL PACIENTE Y DE LA FAMILIA: _____

OTRAS PERSONAS QUE SE INTERESAN POR EL MENOR Y SE RESPONSABILIZAN		
NOMBRE	RELACION	DIRECCION

SITUACION ECONOMICA:

ALIMENTACION:

OBSERVACIONES:

Aceptan tratamiento médico y se responsabilizan por cualquier problema de egreso del menor.

Nombre: _____ No. de Cédula _____

FIRMA O HUELLA DIGITAL

COPIA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

OBSERVACIONES

Tomo de Rehabilitación Física para Vida diaria. BUCHWALD EDITH, adaptación Rosario Ramos Estudiante de Terapia Ocupacional y Recreativa Escuela de Ciencias Psicológicas Universidad de San Carlos de Guatemala.

PROGRAMA DE TERAPIA OCUPACIONAL Y RECREATIVA EN BASE AL TEST DE ACTIVIDAD DE LA VIDA DIARIA EN PACIENTE DE PARALISIS CEREBRAL INFANTIL

INTRODUCCION

Este programa está basado en actividades de la vida diaria para el paciente de PCI del Hospital de Infectología y Rehabilitación entre las edades comprendidas de 5 a 10 años donde se aplicará en el tratamiento el desarrollo de actividades de higiene, vestuario, alimentación, habilidades manuales; donde se utilizarán los elementos necesarios para habilitar o incrementar esta función para lograr una independencia en razón a las limitaciones que el paciente maneja.

JUSTIFICACION

Sabiendo que la aplicación de las técnicas de A.V.D. es un tratamiento que ayudará al paciente de parálisis cerebral P.C.I. de 5 a 10 años a una independencia para poder valerse de sí mismo en lo que respecta vestuario, higiene, alimentación, habilidad manual, lo que hará sentirse un ser dentro del medio en que se desenvuelve.

OBJETIVO GENERAL

Se determina que la técnica del A.V.D. es un tratamiento efectivo en un paciente afectados con P.C.I.

OBJETIVO ESPECIFICO

Contribuir en la realización e independencia con relación a vestuario, higiene, alimentación y habilidad.

OBJETIVO TERAPEUTICO OCUPACIONAL

Contribuir para que el paciente afectado con P.C.I. se sienta un ser integrado en la sociedad.

OBJETIVO COGNITIVO-PERSONAL

Incrementar el aprendizaje del paciente de una manera metódica y específica con relación a las A.V.D.

OBJETIVO PSICOAFECTIVOS

Lograr la elevación de autoestima del paciente con P.C.I.

OBJETIVOS OPERACIONALES	CONTENIDO	ACTIVIDADES	TIPO DE EVALUACION
Lograr independencia en higiene	peinarse y peinarse	Ejecutar la acción de peinarse, lavarse, secarse y cepillarse los dientes. Al inicio lo realizará con una muñeca y de acuerdo lo ejecutara consigo mismo.	1ra. evaluación con test de actividades de la vida diaria.
Lograr independencia en act. de comer	lavar y secarse las manos	Ejecutar la acción de beber, comer, revolver y cortar los alimentos al inicio lo realizará en forma lúdica y luego se realizaran parejas para la aplicación.	Observación: evaluación final con el test de las actividades de la vida diaria.
Logran independencia al vestir y desvestirse	cepillarse los dientes	Ejecutar la acción de poner, quitarse, abotonar y desabotonar la ropa las tablas de actividades de la vida diaria posteriormente lo realizará con su ropa.	
Lograr habilidad de manipular objetos y dir. de sonidos	beber, comer, revolver y cortar los alimentos	Ejecutar la acción de oprimir botones de timbre, abrir y cerrar en cajas de diferentes tamaños, manipular objetos de diferente tamaño distinguir y saber escuchar sonidos. Como utilizando campanas, tambor, chinchines, pandeteras, etc.	
	poner, quitarse. abotonar y desabotonar la ropa oprimir botones de timbre, abrir y cerrar un cajon, manipular objetos, escuchar, sonidos, eje. 1 campana manipular objetos pequeños		

**PROGRAMA DE TERAPIA OCUPACIONAL Y RECREATIVA EN BASE AL TEST
DE HABILIDAD MOTORA PARA INDIVIDUOS SERIAMENTE IMPEDIDOS.**

INTRODUCCION

Este programa se elaboró para la aplicación del tratamiento de pacientes con PC, con lo que respecta la habilidad motora, con ello se llevará un orden para determinar que actividad se le dará al paciente para que habilite o mejore lo que respecta a equilibrio corporal, equilibrio y orientación de la postura; coordinación de ojo y la mano.

JUSTIFICACION

Se considera que dará un mayor beneficio al paciente con PCI, al aplicarle este tipo de tratamiento ya que hay un seguimiento con lo que respecta a su habilidad motora tomando los elementos básicos para la aplicación.

OBJETIVO GENERAL

Se determina que la técnica de habilidad motora es un tratamiento efectivo en pacientes afectados con parálisis.

OBJETIVO ESPECIFICO

Contribuir para que el paciente afectado con PCI, se rehabilite, se desarrolle al máximo su habilidad motora a través de la aplicación de la técnica.

OBJETIVO TERAPEUTICO

Contribuir para que el paciente afectado con PCI se sienta un ser íntegro en la sociedad.

OBJETIVO COGNITIVO-PERSONAL

Desarrollar la habilidad motora en los PCI de manera metódica y ágil.

OBJETIVO PSICOAFECTIVO

Contribuir a una mejor aceptación de su limitado desarrollo ya que esta técnica desarrollará al máximo lo que el paciente pueda dar.

OBJETIVOS OPERACIONALES	CONTENIDO	ACTIVIDADES	TIPO DE EVALUACION
Habilitar o mejorar coordinación corporal	rodar, levantar la cabeza y barbilla, como rodar en dif. posturas, gatear.	Ejecutar la acción de rodar, levantar la cabeza y barbilla, como rodar en diferentes posturas, gatear, esto lo realizará al inicio si es necesario con ayuda del terapeuta. Luego se tratará que lo ejecute el sólo para desarrollar la máxima habilidad en los pacientes esto se hara sobre una colchoneta.	ira. evaluación con test de habilidad motora
Habilitar o mejorar el equilibrio y orientación de la postura	Equilibrio de la cabeza	Ejecutar la acción de sostener la cabeza, levantarse hasta sentarse. Si es necesario el terapeuta lo asistirá.	Observación: evaluación final con el test de habilidad motora.
Habilitar o mejorar la coordinación del ojo y la mano	Seguimientos visuales. Agarrar un anillo oscilante arrojar, coger.	Seguir con la vista objetos de colores, ejecutar la acción de agarrar un anillo oscilante, arrojar, o tirar, coger, si es necesario el terapeuta lo asistirá.	

**EXAMEN BASICO DE HABILIDAD MOTORA PARA
INDIVIDUOS SERIAMENTE IMPEDIDOS**

REGLAS DE PUNTUACION

1. Puntúase solamente la más alta sub-habilidad lograda. Es importante que el niño sea puntuado **SOLO SI REALIZA EL EJERCICIO IGUAL QUE EN LA DESCRIPCION.**

2. No se permiten más de 3 intentos por cada ejercicio.

3. A. Márquense con "n/a" cualquier ejercicio que el niño no pueda realizar debido a un impedimento específico a una restricción médica.

Las condiciones que causan "Dificultad" para realizar el ejercicio constituyen razón suficiente para eliminar el ejercicio del examen del niño.

Ejemplos de impedimentos que eliminan un ejercicio de un examen.

CEGUERA: elimina ejercicios de uso de la visión-sigue con la vista.

CONTRACCION EXTREMA DE UNA ARTICULACION: Puede eliminar cualquier ejercicio que necesite de su uso.

- B. Explique en el espacio de los comentarios los motivos por que cualquier ejercicio es eliminado del examen.
4. Establezca una "posible puntuación máxima" y una "posible puntuación máxima corregida", cada ejercicio debe tener una posible puntuación, sin embargo, si algunos de los ejercicios es eliminado debido a un impedimento físico o por una restricción (véase No.3) entonces se debe puntuar una "posible puntuación máxima corregida", respecto a los puntos otorgados a ese ejercicio de total de puntos.

La posible puntuación máxima corregida debe ser entonces el máximo número de puntos que el niño puede lograr para ese ejercicio.

3. Comentarios adicionales: Anótese cualquier comentario en el reverso de la hoja de examen (hoja de puntuación), inclúyese:

1. Razones por las que algún ejercicio ha sido eliminado.
2. Comentarios concernientes a la acutación del niño que usted cree deben ser tomados en cuenta para referencia futura.

6. Hoja de examen y hoja de puntuación "rápida" para su conveniencia una "hoja de puntuación rápida" puede ser usada para tomar la puntuación del niño rápidamente durante la examinación; o usted puede preferir marcar las puntuaciones en la hoja de reglas del examen directamente en la hoja del examen (hoja oficial de puntuación). La ventaja de la hoja "rápida" es que usted puede marcar la puntuación correcta rápidamente y no escribir en la hoja de reglas, usted puede usar un grupo de reglas para una clase entera cada vez que examina.

En cualquier caso, las puntuaciones deben ser todas transferidas y marcadas en la hoja de examen.

EQUIPO:

Campana-pequeña, irrompible, con una cuerda atada.
Anillo - del tipo con que los bebés juegan, con una cuerda atada (una pulsera infantil de plástico puede ser usada con individuos mayores de manos más grandes).
Carro de juguete: atado a una cuerda.
Pelota de 8 pulgadas: inflada en 3/4 partes total.
Bolsita de plástico: 4 pulgadas por 4 pulgadas.
Colchita en ejercicio.
Silla de respaldo recto.

- 1.- Patricia Snodgrase, Revisión, Instrumentos de Habilidad Motor del proyecto ACTIVE: nivel 1, Union Avenue School, Hazlet, N.J.

EQUIPO

Cinturón Ortopédico.
Cronómetro - si no puede conseguir un cronómetro, úsese un reloj con un segundero.

REGLAS PARA LOS EJERCICIOS: COORDINACIÓN CORPORAL

Prueba No.1: Levantar la cabeza-barbilla.
Factor: Coordinación Corporal.

Usted puede hablarle suavemente al niño y usar una campana que atraerá su atención y la motivará a hacer el ejercicio. No le ayuda físicamente. Coloque al niño sobre el colchón sobre el estómago (plano).

- a) Si el alumno separa su cabeza del colchón moviendo o levantando la barbilla = 1 punto.
- b) Si el estudiante levanta la barbilla de 25 a 40 grados sin girar = 2 puntos.
- c) Si el niño levanta la cabeza, hombros, y pecho del colchon será = 3 puntos.

Prueba del No. 2 al 9 Rodar.

NOTA: Usted no puede ayudar al niño a relizar estos ejercicios de una forma física. Usted puede hablarles suavemente y hacerle sonar la campana para que el niño la siga y lo motive a llevar a cabo el ejercicio.

Usted debe asegurarse que el niño rueda en lugar de sólo "caerse" desde su posición. Para esto, se le coloca en el colchón sobre el costado de las rodillas ligeramente dobladas -- esto prevendrá que el se caiga, de la posición y lo obligará a moverse para realizar el ejercicio.

Prueba No. 2 Rodar el costado derecho a la espalda.
Factor: Coordinación corporal.

Coloque al niño sobre el colchón sobre su costado derecho con las rodillas ligeramente dobladas;

- a) Si el niño mueve su hombro o cadera para rodar pero no le llega hasta la espalda = 1 punto
- b) Si el niño rueda sobre su espalda = 2 puntos.

Prueba No. 3 rodar del costado derecho al estómago.
Factor: Coordinación corporal.

Coloque al niño sobre el colchón sobre el costado derecho con las rodillas ligeramente dobladas:

- a) Si el niño mueve su hombro o cadera para rodar pero no le llega hasta el estomago = 1 punto.
- b) Si el niño rueda sobre su estómago = 2 puntos.

Prueba No. 4 Rodar de la espalda al costado derecho.
Factor: Coordinación corporal.

Colóquese al niño sobre el colchón sobre su espalda (posición supina).

- a) Si el niño levanta su hombro a cadera el colchón = 1 punto.
- b) Si el niño rueda hacia su costado pero se cae inmediatamente hacia atrás y cae sobre su estómago = 2 puntos
- c) Si el niño rueda hasta su costado y se mantiene en esa posición por un mínimo de 5 segundos = 3 puntos.

Prueba No. 5 Rodar del estómago al costado derecho.
Factor: Coordinación corporal.

Coloquese al niño en el colchón sobre su estómago (plano):

- a) Si el niño levanta su hombro o cadera del colchón = 1 punto
- b) Si el niño rueda hacia el costado derecho pero no cae hacia atrás o sobre su estómago = 2 puntos.
- c) Si el niño rueda hasta su estómago y se mantiene en esa posición por un mínimo de 5 segundos = 3 puntos.

Prueba No. 6 Rodar del costado izquierdo a la espalda.
Factor: Coordinación corporal.

Colóquese al niño en el colchón sobre su costado izquierdo con las rodillas ligeramente dobladas.

- a) Si el niño levanta su hombro o cadera para rodar pero no llega hasta la espalda = 1 punto.
- b) Si el niño rueda sobre su espalda = 2 puntos.

Prueba No. 7 rodar del costado izquierdo al estómago.
Factor: Coordinación corporal.

Colóquese al niño el colchón sobre su costado izquierdo con las rodillas ligeramente dobladas.

- a) Si el niño levanta su hombro o cadera para rodar pero no llega hasta su estómago = 1 punto
- b) Si el niño rueda sobre su estómago = 2 puntos

Prueba No. 8 Rodar de la espalda al costado izquierdo.
Factor: Coordinación corporal

Colóquese al niño sobre su espalda (posición supina):

- a) Si el niño levanta su cadera o su hombro del colchón = 1 punto.
- b) Si el niño rueda hasta su costado pero no cae hacia atrás o sobre su estómago = 2 puntos.
- c) Si el niño rueda hasta su costado y se mantiene en esa posición por un mínimo de 5 minutos = 3 puntos.

Prueba No. 9 Rodar del estómago al costado izquierdo.
Factor: Coordinación corporal.

Colóquese al niño en el colchón sobre su estómago (plano)

- a) Si el niño levanta su hombro o cadera del colchón = 1 punto.
- b) Si el niño rueda hasta su costado izquierdo pero se cae hacia atrás o sobre su estómago = 2 puntos.
- c) Si el niño rueda hacia su costado y mantiene esta posición por un mínimo de 5 segundos = 3 puntos.

Prueba No. 10 Gatear
Factor: Coordinación corporal

NOTA

Usted no puede ayudar al niño físicamente al realizar su ejercicio, usted puede usar una campana hablar al niño para hacerle realizar el ejercicio, el niño seguirá el sonido, colóquese al niño en el colchón sobre su estómago (plano).

- a) Si el niño se mueve o gira en el sitio = 1 punto
- b) Si el niño se mueve o empuja en cualquier dirección = 2 puntos
- c) Si el niño se mueve o del sitio en cualquier dirección manteniendo la posición = 3 puntos

Colóquese otra vez al niño sobre su estómago

- d) Si el niño levanta los hombros del colchón empujando con sus brazos para ponerse en posición de gatear = 4 puntos
- e) Si el niño llega hasta las rodillas y aguanta la posición por un mínimo de 5 segundos = 6 puntos.

EQUILIBRIO Y ORIENTACION DE LA POSTURA

Prueba No. 1 Equilibrio de la cabeza
Factor: Equilibrio y orientación de la postura

NOTA

Si el niño es pequeño, tomarlo en brazos, si el niño es demasiado grande o pesado para cojer, siéntelo en el borde de una mesa o cama grande o pesado para cojer, siéntelo en el borde de una mesa o cama sujételo de la misma forma que si estuviera en sus brazos.

Para tomarlo: Tenga al niño en posición de "eructar" con una de sus manos en su nuca para sentir el movimiento y también para levantar la cabeza si el niño no puede controlarla.

- a) Si el niño puede separar la cabeza recta durante 3 segundos cuando usted retira el hombro = 2 puntos.
- b) Si el niño sujeta la cabeza durante 10 segundos = 2 puntos
- c) Sacuda un poco al niño, si sujeta su cabeza continuamente durante 10 segundos = 3 puntos.

Prueba No. 2 Levantarse hasta sentarse

Factor: Orientación del equilibrio y la postura

Coloquese al niño de espalda sobre el colchón, tómese las manos del niño para que se puede agarrar a nuestros pulgares.

- a) Tire ligeramente, si el niño levanta su cabeza del colchón = 1 punto
- b) Si levanta su cabeza y hombro del colchón después de un ligero tirón = 2 puntos
- c) No tire del niño, si el niño se levanta hasta quedarse sentado sólo tirando de nuestras manos = 3 puntos
- d) Si el niño se levanta hasta quedarse sentado tirando de las patas de una silla sujeta delante de él = 4 puntos
- e) Si el niño se levanta hasta sentarse sin tirar de ningún sitio = 5 puntos.

Prueba No. 3 Sentarse

Factor: Orientación del equilibrio y la postura

Para esta prueba, colóquese al niño en una silla de respaldo recto para ejercicios b, c, d,. Usted debe permanecer con el niño.

- a) Si el niño se sienta en nuestras rodillas y mantiene su espalda recta (sujétese sin cintura) = 1 punto
- b) Si el niño se sienta en la silla de respaldo recto un cinturón ortopédico y no se inclina = 2 puntos.
- c) Si el niño se sienta en la silla sin soporte durante 5 segundos = 3 puntos.
- d) Si el niño se sienta en la silla sin soporte durante 30 segundos = 4 puntos.

COORDINACION DEL OJO Y LA MANO

Prueba No. 2 Seguimiento visual

Factor: Coordinación del ojo y la mano

Para esta prueba úsese una campana.

Sujetese el objeto a unas pulgadas del niño. Hágala sonar delante del niño en cada ejercicio para atraer la atención. La campana debe estar a nivel de los ojos al principio.

- a) Si el niño mira la campana durante 2 segundos = 1 punto.
- b) Si el niño mira la campana durante 5 segundos = 2 puntos.
- c) Si los ojos del niño siguen la campana que semueve lentamente (horizontalmente) de una forma continua por 12 pulgadas en cada sentado = 3 puntos.
- d) Si los ojos del niño siguen lacampana que se mueve lentamente (verticalmente) de una forma continua por 12 pulgadas en cada sentado equivale a 4 puntos.
- e) Si los ojos del niño siguen la campana que mueve lentamente en un círculo de 12 pulgadas = 5 puntos.
- f) Si los ojos del niño siguen un coche de juguete que se sita de la 2pies = 6 puntos.

EXAMINARSE CADA MANO Sin forzarlos, haga que el niño estire sus brazos hasta la bolsa.

	Derecha #2	Izquierda #3
a) Si el niño llega hasta la bolsa por cualquier medio	1 pts.	1 pts.
b) Si el niño agarra la bolsa pero no la levanta	2 pts.	2 pts.
c) Si el niño levanta la bolsa de la mesa pero no la suelta	3 pts.	3 pts.
d) Si el niño levanta la bolsa de la mesa y la deja caer abriendo la mano	4 pts.	4 pts.
e) Si el niño levanta la bolsa, la vuelva a poner en la mesa, la suelta y retira su mano	5 pts.	5 pts.

Prueba No. 4 y 5 Agarrar un anillo oscilante
 Factor: Coordinación del ojo y la mano

Para esta prueba úsese un anillo de juguete atado a una cuerda; átese una campana al anillo, para los ejercicios que requieren que el niño agarre (d y e) oscílese suavemente el anillo a unas 10 pulgadas de distancia y ligeramente por encima de la altura de los ojos.

EXAMINESE CADA MANO

	Derecha #4	Izquierda #5
a) Si el niño sujeta el anillo cuando es colocado en su mano	1 pts.	1 pts.
b) Si el niño agarra el anillo cuando es colocado a una pulgada de la mano (ud. puede tocar la mano suavemente para atraer su atención).	2 pts.	2 pts.
c) Si el niño agarra el anillo cuando es sujeto unas 5 pulgadas de su mano.	3 pts.	3 pts.
d) Si el niño mira el anillo estira el brazo pero no lo agarra cuando es sujeto a 10 pulgadas y ligeramente por encima de la altura de los ojos.	4 pts.	4 pts.
e) Si el niño lo mira, lo agarra y lo sujeta cuando es sujeto a 10 pulgadas y ligeramente por encima de la altura de los ojos.	5 pts.	5 pts.

Prueba No. 6 y 7 Arrojar.
Factor: Coordinación del ojo y la mano.

Use una bolsa de 4 pulgadas x 4 pulgadas para ejercicio.
Demuéstrese los ejercicios al ojo.

EXAMINA CADA MANO

	Derecha #6	Izquierda #7
a) Si el niño puede arrojar la bolsa en cualquier dirección sin golpear a sí mismo en 1 de 3 intentos.	1 pts.	1 pts.

- b) Si el niño puede arrojar la bolsa a 2 pies de su cuerpo en cualquier dirección en 1 de 3 intentos. 2 pts. 2 pts.
- c) Si el niño puede arrojar la bolsa a 4 pies de su cuerpo en cualquier dirección en 1 de 3 intentos. 3 pts. 3 pts.

Prueba No. 8 Coger

Factor: Coordinación del ojo y la mano.

Para esta prueba úsese una pelota de jugar hinchable, no debe estar inflada todo - debe estar de 3/4 de capacidad para que lo sujete más fácil el niño, haga que el niño extienda sus brazos para que le sea más fácil, empuje suavemente rodando la pelota hacia el niño.

- a) Si el niño no se inclina para parar la pelota con sus brazos 1 pts
- b) Si el niño coge la pelota contra su cuerpo: 1 de cada 10 veces = 2 pts
- c) 2 de cada 10 veces = 3 pts
- d) 3 de cada 10 veces = 4 pts
- e) 4 de cada 10 veces = 5 pts
- f) 5 de cada 10 veces = 6 pts

HOJA DE RESPUESTA RAPIDA

COORDINACION CORPORAL

Prueba No. 1	Levantar la cabeza y barbilla.	
Factor:	Coordinación corporal.	1 - 2 - 3
Prueba No. 2	Rodar el costado derecho a la espalda.	
Factor:	Coordinación corporal.	1 - 2 - 3
Prueba No. 3	Rodar del costado derecho al estómago.	
Factor:	Coordinación corporal.	1 - 2 - 3
Prueba No. 4	Rodar de la espalda al costado derecho.	
Factor:	Coordinación corporal.	1 - 2 - 3
Prueba No. 5	Rodar del estómago al costado derecho.	
Factor:	Coordinación corporal.	1 - 2 - 3

Prueba No. 6	Rodar del costado izquierdo a la espalda.	
Factor:	Coordinación corporal.	1 - 2 - 3
Prueba No. 7	Rodar del costado izquierdo al estómago.	
Factor:	Coordinación corporal.	1 - 2 - 3
Prueba No. 8	Rodar de la espalda al costado izquierdo.	
Factor:	Coordinación corporal.	1 - 2 - 3
Prueba No. 9	Rodar del estómago al costado izquierdo.	
Factor:	Coordinación corporal.	1 - 2 - 3
Prueba No. 10	Gatear	
Factor:	Coordinación corporal.	1 - 2 - 3

EQUILIBRIO Y ORIENTACION DE LA POSTURA

Prueba No. 1	Equilibrio de la cabeza.	
Factor:	Equilibrio y orientación de la postura.	1 - 2 - 3
Prueba No. 2	Levantarse hasta sentarse.	
Factor:	Equilibrio y orientación de la postura.	1 - 2 - 3
Prueba No. 3	Sentarse.	
Factor:	Equilibrio y orientación de la postura.	1 - 2 - 3

COORDINACION DEL OJO Y LA MANO

Prueba No. 1	Seguimiento visual.	
Factor:	Coordinación del ojo y la mano.	1 - 2 - 3 - 4 - 5
Examinarse cada mano:		
Prueba No. 2	Derecha	1 - 2 - 3 - 4 - 5
Prueba No. 3	Izquierda	1 - 2 - 3 - 4 - 5
Prueba No. 4 y 5	Agarrar un anillo oscilante	
Factor:	Coordinación del ojo y la mano	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

DERECHA IZQUIERDA

Prueba No. 6 y 7	Arrojar	
Factor:	Coordinación del ojo y la mano.	

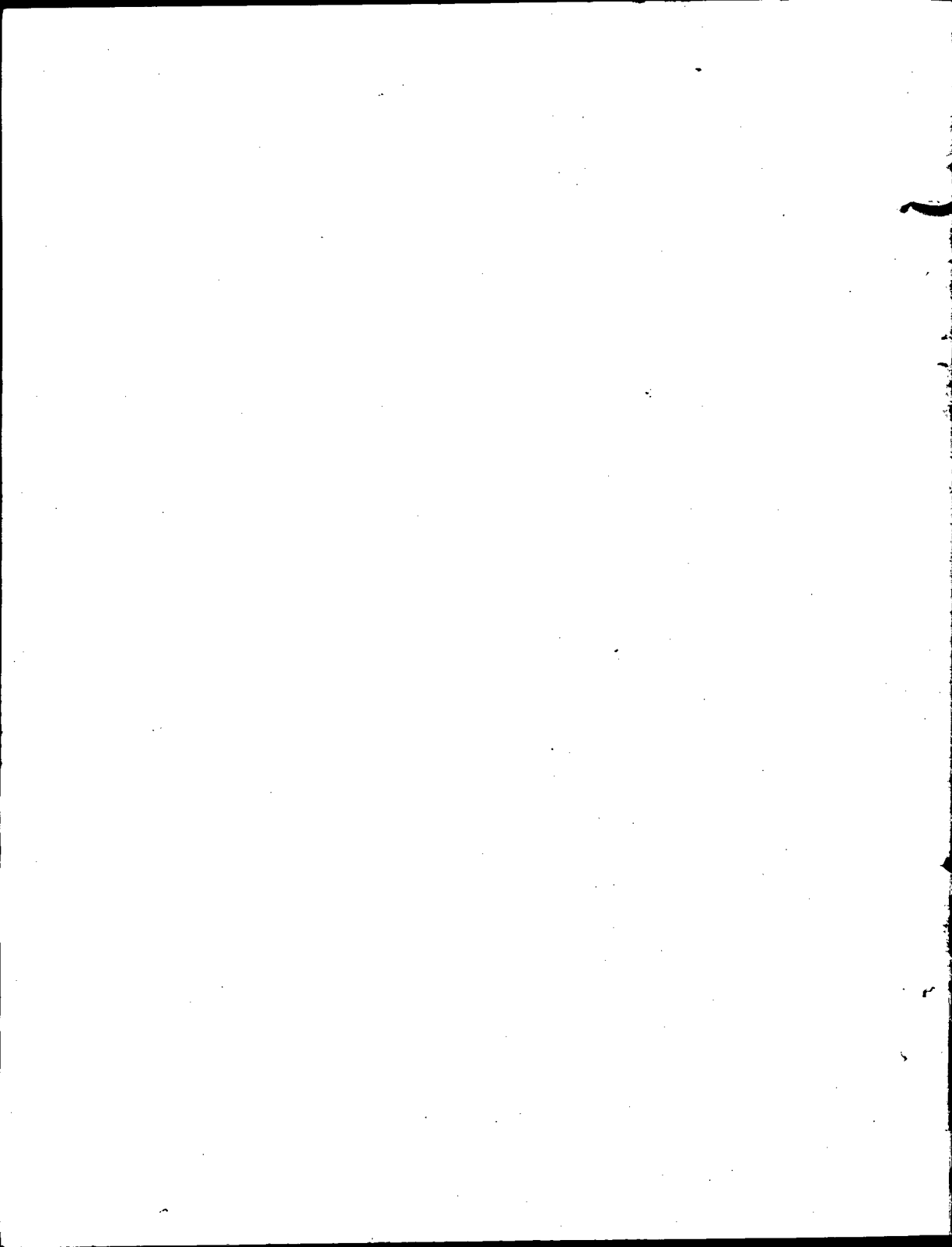
Examen cada mano.

DERECHA	1 - 2 - 3
IZQUIERDA	1 - 2 - 3

Prueba No. 8 Coger
Factor: Coordinacion del ojo y la mano.

Examen cada mano.

DERECHA	1 - 2 - 3
IZQUIERDA	1 - 2 - 3



INDICE

CAPITULO I

Introducción	1
Marco Teórico	2
Etiología	3
Qué tan común es la Parálisis Cerebral Infantil	5
Cómo reconocer la Parálisis Cerebral Infantil	5
Clasificación de los tipos de Parálisis Cerebral Infantil	7
Aptitud Física	9
Uso y Equipo esencial	9
Reeducación Perceptiva	11
Material y Mobiliario para las Actividades de la Vida Diaria	12
Aditamentos especiales	13
Material para Actividades de Ambulación y Transporte	15
Tratamiento actual	16
Nueva Alternativa Terapéutica	17
Premisas	18
Hipótesis	19

CAPITULO II

Técnicas e Instrumentos	20
-------------------------	----

CAPITULO III

Interpretación y Análisis de Resultados	22
---	----

CONCLUSIONES	36
---------------------	-----------

RECOMENDACIONES	37
------------------------	-----------

BIBLIOGRAFIA	38
---------------------	-----------

ANEXOS	39
---------------	-----------