



UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLIVAR

DEPARTAMENTO DE POSTGRADO

ESPECIALIZACION EN ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD

T E S I N A

Previo a la obtención del Título de Especialista en Atención Primaria de la Salud

T E M A

LA PARÁLISIS CEREBRAL Y CUIDADO FAMILIAR EN LOS NIÑOS Y NIÑAS DE 2 A 5 AÑOS CON QUE ASISTEN AL SERVICIO DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO DE LA CIUDAD DE GUARANDA, PROVINCIA BOLÍVAR, DURANTE LOS MESES DE OCTUBRE A DICIEMBRE DEL 2013

**AUTORA
LCDA.LARA PEÑALOZA SAYRA JACKELINE**

GUARANDA, MARZO DEL 2014



UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLIVAR

DEPARTAMENTO DE POSTGRADO ESPECIALIZACION ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD RESOLUCION: CONESUP. RCA. S01-No. 3508

TEMA

LA PARÁLISIS CEREBRAL Y CUIDADO FAMILIAR EN LOS NIÑOS Y NIÑAS DE 2 A 5 AÑOS CON QUE ASISTEN AL SERVICIO DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO DE LA CIUDAD DE GUARANDA, PROVINCIA BOLÍVAR, DURANTE LOS MESES DE OCTUBRE A DICIEMBRE DEL 2013

**AUTORA
LCDA.LARA PEÑALOZA SAYRA JACKELINE**

GUARANDA, MARZO DEL 2014



CERTIFICACIÓN DE LA COMISIÓN DE REVISIÓN DE TESIS

UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR DEPARTAMENTO DE POSTGRADO ESPECIALIZACIÓN DE APS

TEMA:

LA PARÁLISIS CEREBRAL Y CUIDADO FAMILIAR EN LOS NIÑOS Y NIÑAS DE 2 A 5 AÑOS QUE ASISTEN AL SERVICIO DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO DE LA CIUDAD DE GUARANDA, PROVINCIA BOLÍVAR, DURANTE LOS MESES DE OCTUBRE A DICIEMBRE DEL 2013

LA COMISIÓN CERTIFICA QUE:

Luego que el trabajo de investigación ha sido revisado, analizado y corregido, éste cumple con la normativa exigida.

.....
LA COMISIÓN

AUTORIA NOTARIADA

Los contenidos, opiniones y comentarios, del presente trabajo de investigación, titulado: **LA PARÁLISIS CEREBRAL Y CUIDADO FAMILIAR EN LOS NIÑOS Y NIÑAS DE 2 A 5 AÑOS QUE ASISTEN AL SERVICIO DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO DE LA CIUDAD DE GUARANDA, PROVINCIA BOLÍVAR, DURANTE LOS MESES DE OCTUBRE A DICIEMBRE DEL 2013**, son de absoluta responsabilidad de la autora.

Guaranda, Marzo del 2014.

-----,
Lcda. Lara Peñaloza Sayra Jackeline
0201892403

DECLARACIÓN

Yo, Sayra Jackeline Lara Peñaloza, Autora, del tema de tesina: La Parálisis Cerebral y Cuidado Familiar en los niños y niñas de 2 a 5 años que asisten al Servicio de Terapia Física y Rehabilitación del Hospital Alfredo Noboa Montenegro de la Ciudad de Guaranda, Provincia Bolívar ,durante los meses de Octubre A Diciembre del 2013, declaro que el trabajo aquí descrito es de mi autoría; este documento no ha sido previamente presentado para ningún grado o calificación profesional; y, que las referencias bibliográficas que se incluye han sido consultadas por el autor

La Universidad Estatal de Bolívar puede hacer uso de los derechos de publicación correspondientes a este trabajo, según lo establecido por la Ley de Propiedad Intelectual, por su Reglamento y por la normativa institucional vigente.

f.....

C.C. N° 0201892403

AUTORA

Lic. Lara Peñaloza Sayra Jackeline

DEDICATORIA

Agradezco a nuestro Dios todopoderoso a mi amada hija Luciana Valentina y toda mi familia, quienes siempre me ayudaron de manera incondicional, y han contribuido para la feliz culminación de este trabajo que con seguridad será de beneficio a la población Bolivareense.

SAYRA

AGRADECIMIENTO

Mi gratitud a la Universidad Estatal de Bolívar, al Departamento de Postgrado, que nos dio la oportunidad de compartir conocimiento y experiencia que me permitirá ser ente generadora de cambios trascendentales en nuestras labores diarias.

Mi especial y profundo agradecimiento a todos nuestros docentes y de manera especial a la Dr. Eduardo Pérez, un gran reconocimiento especial al Hospital Alfredo Noboa Montenegro de la ciudad de Guaranda por brindarme las facilidades para realizar este trabajo investigativo.

SAYRA

INDICE

| | |
|---|----|
| CERTIFICACIÓN DE LA COMISIÓN DE REVISIÓN DE TESIS | 1 |
| AUTORIA NOTARIADA | 2 |
| DECLARACIÓN | 3 |
| DEDICATORIA | 4 |
| AGRADECIMIENTO | 5 |
| RESÚMEN | 6 |
| SUMMARY | 7 |
| ANTECEDENTES | 8 |
| INTRODUCCIÓN | 11 |
| TEMA | 13 |
| OBJETIVO GENERAL | 14 |
| OBJETIVOS ESPECIFICOS | 14 |
| HIPOTESIS O IDEA A DEFENDER | 15 |
| RESULTADOS ESPERADOS | 15 |
| PROBLEMATIZACIÓN | 16 |
| ÁRBOL DE PROBLEMAS | 16 |
| DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA | 17 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 17 |

| | |
|--|----|
| FORMULACIÓN DEL PROBLEMA | 17 |
| SUBPROBLEMAS | 18 |
| PROGNOSIS | 18 |
| TEMA DE INVESTIGACIÓN | 18 |
| CAPÍTULO I | 19 |
| MARCO TEÓRICO..... | 19 |
| 1.1. Fundamentación filosófica | 19 |
| 1.2 Fundamentación Axiológica..... | 20 |
| 1.3 Fundamentación legal | 20 |
| 1.4 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA..... | 22 |
| 1.4.1 Referencial..... | 22 |
| 1.4.1.1 Antecedentes del Hospital Alfredo Noboa Montenegro | 22 |
| 1.4.1.2 El Servicio de Rehabilitación Física..... | 24 |
| 1.4.1.3 Objetivo del Servicio de Rehabilitación Física | 25 |
| 1.4.1.4 Equipamiento del servicio..... | 25 |
| 1.4.1.5 Prestaciones Sanitarias del Servicio: | 25 |
| 1.4.1.6 Horarios de Atención | 26 |
| 1.4.2 Científica..... | 26 |
| 1.4.2.1 Definición de la parálisis cerebral..... | 28 |

| | |
|---|----|
| 1.4.2.2 Causas de la parálisis cerebral | 28 |
| 1.4.2.3 Causas prenatales: | 28 |
| 1.4.2.4 Causas perinatales. | 29 |
| 1.4.2.5 Causas posnatales..... | 29 |
| 1.4.2.6 Clasificación de la parálisis cerebral | 30 |
| 1.4.2.7 Diagnóstico de la parálisis cerebral | 32 |
| 1.4.2.8 Tratamiento de los efectos de la parálisis cerebral | 33 |
| 1.4.3 CUIDADO FAMILIAR..... | 36 |
| 1.4.3.1 Espasmo severo | 36 |
| 1.4.3.2 Problemas respiratorios | 37 |
| 1.4.3.4 Problemas de comunicación | 38 |
| 1.4.3.5 Crisis convulsivas..... | 38 |
| 1.4.3.6 Deficiencia nutricional | 39 |
| 1.4.3.7 La Piel..... | 39 |
| 1.4.3.8 Cuidado de los Ojos Oído, Boca y Garganta..... | 40 |
| 1.4.4 Respiratorio | 41 |
| 1.4.5 Gastrointestinal | 42 |
| 1.4.6 Endócrino..... | 42 |
| 1.4.2 Conceptual..... | 43 |

| | |
|---|----|
| CAPITULO II..... | 46 |
| 2. ESTRATEGIA METODOLOGIA | 46 |
| 2.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN | 46 |
| 2.2 MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN | 47 |
| 2.3 TÈCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA INVESTIGACIÓN..... | 47 |
| 2.4 POBLACION Y MUESTRA..... | 48 |
| 2.5 PROCEDIMIENTOS PARA EL ANALIZIS DE E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS..... | 48 |
| 2.6 HIPOTESIS O IDEA A DEFENDER | 48 |
| CAPITULO III..... | 47 |
| ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS | 49 |
| 1. Gráfico # 1¿Cuál es larelación familiar con el niño/a con parálisis cerebral, que está su cuidado?..... | 49 |
| 2. Gráfico # 2¿Cuántos años tiene el niño/a con parálisis que está a su cuidado? | 50 |
| 3. Gráfico # 3¿Cuál es el sexo del niño/a con parálisis que está a su cuidado?..... | 51 |
| 4. Gráfico #4¿Conoce cuál es la causa parálisis cerebral del niño/a que está a su cuidado?..... | 52 |
| 5.Gráfico # 5 ¿Conoce que tipo de parálisis cerebral que tiene el niño /a, que está a su cuidado?..... | 53 |

| | |
|--|----|
| 6.Gráfico # 6 ¿Cuántas veces en la semana realiza medidas de higiene general (baño, aseo bucal, etc.) al niño /a con parálisis cerebral el que está a su cuidado?..... | 54 |
| 7.Gráfico # 7¿El niño/a ha recibido atención y valoración por parte de un profesional en nutrición ?..... | 55 |
| 8.Gráfico # 8¿Cuál es la frecuencia que lleva al niño/a con parálisis cerebral para recibir atención médica..... | 56 |
| 9.Gráfico # 9¿Cuántas veces por semana el niño /a asiste al servicio de terapia física rehabilitación?..... | 57 |
| 10.Gráfico # 10¿Cuántas veces por semana el niño /a con parálisis cerebral, que está a su cuidado recibe terapia física y rehabilitación en su hogar?..... | 58 |
| 11. Gráfico # 11¿Qué actividades de estimulación realiza en el hogar para mejorar su Alimentación?..... | 59 |
| 12.Gráfico # 12¿Qué actividades de estimulación realiza en el hogar para mejorar la comunicación del niño/a?..... | 60 |
| 13. Gráfico # 13¿El niño/a que está a su cuidado asiste alguna Institución educativa especial?..... | 61 |
| 14. Gráfico # 14¿Cuántos amigos tiene el niño /a con parálisis cerebral, que está a su cuidado?..... | 62 |
| 15.Gráfico # 15¿Con qué frecuencia lleva al niño con parálisis cerebral a diferentes lugares públicos y recreativos (parques infantiles, eventos, otros)?..... | 63 |

| | |
|---|----|
| 16. Gráfico # 16¿Durante el último año el niño /a con parálisis cerebral, que esta a su cuidado ha mejorado la imagen que tiene de sí mismo(a)? | 64 |
| 4. Comprobación de Hipótesis..... | 65 |
| 4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES | 66 |
| 4.1 CONCLUSIONES..... | 66 |
| 4.2. RECOMENDACIONES..... | 67 |
| CAPITULO IV | 68 |
| MARCO PROPOSITIVO | 68 |
| 4.9. ANTECEDENTES | 70 |
| OBJETIVOS: | 71 |
| JUSTIFICACIÓN..... | 72 |
| DESARROLLO DEL CONTENIDO DEL TALLER N° 1 | 74 |
| DESARROLLO DEL CONTENIDO DEL TALLER # 2..... | 78 |
| DESARROLLO DEL CONTENIDO DEL TALLER # 3..... | 84 |
| DESARROLLO DEL CONTENIDO DEL TALLER # 4..... | 88 |
| ANEXOS..... | 89 |

RESÚMEN

En el presente trabajo investigativo se determinó que los niños y niñas con parálisis cerebral objeto de estudio están distribuidos en su mayoría en la edad de 2 años, seguido por el grupo de tres años, y un bajo porcentaje representado por los niños de 4 y 5 años de edad, afectando esta patología en un mayor porcentaje a las niñas, cuya causa conocida por las madres son predominantemente adquiridas en el período perinatal y postnatal, es decir durante el parto o en los momentos inmediatamente posteriores al nacimiento, constituyendo el 62, 50% como un tipo de parálisis cerebral de carácter espástico. Los resultados de la encuesta identificaron que un promedio de 81% de las madres realizan cuidados de higiene general tres veces a la semana, el 93,75% de los niños/as ha recibido atención nutricional, valoración y consejería nutricional constituyendo un verdadera aporte para la madre y/o familiares que están al cuidado en el aspecto nutricional, favoreciendo el óptimo crecimiento y desarrollo en relación al estado nutricional del niño /a con parálisis cerebral. Con respecto a la atención médica los niños/as asisten de manera mensual y en lo referente al tratamiento no farmacológico como la terapia física y rehabilitación auditivo oral el 8% de madres acude al servicio de rehabilitación con su niño/a una vez por semana ,el 18% de madres asiste dos veces a la semana, mientras que el 54% de pacientes acude 3 días por semana siendo la de mayor frecuencia, considerando que la terapia física y su consecuente continuidad en el hogar ayuda al niño/a con parálisis a ser independiente y adaptarse a sus fluctuantes circunstancias para que pueda enfrentar mayores desafíos.

Finalmente el estudio demuestra de manera alentadora que las madres en un gran porcentaje conocen la patología, su manejo e intervención a nivel familiar y con el entorno social.

SUMMARY

In the present research work was determined that children with cerebral palsy under study are he distributed mostly in the age of 2, followed by the group of three, and a low percentage represented by children of 4 and 5 age, affecting a greater percentage of girls whose cause known mothers are predominantly acquired in the perinatal and postnatal period, ie during delivery or in the immediate post birth moments, constituting 62, 50% a type of cerebral palsy spastic character.

The results of the survey identified an average of 81 % of mothers general hygiene care performed three times a week, 93.75 % of children / as received nutritional care, nutritional assessment and counseling constituting a real contribution to the mother and / or family members who are caring for the nutritional aspect, promoting optimal growth and development in relation to nutritional status of the child / a with cerebral palsy,

With regard to health care for children / as attending monthly basis and in relation to non-pharmacological treatment such as physical therapy and hearing oral rehabilitation 8% of mothers go to the rehabilitation service with your child / a once a week , 18% of mothers attending twice a week, while 54 % of patients go 3 days a week being the most frequent , whereas physical therapy and consequent continuity at home helps the child / a with paralysis be independent and adapt to their changing circumstances so that you can face greater challenges.

ANTECEDENTES

Desde los años 1860, el cirujano de nombre William Little escribió las primeras descripciones médicas de un trastorno enigmático que afligía a los niños de los primeros años de vida causado por rigidez y espasticidad de los músculos de las piernas y en menor grado de los brazos. Estos niños tenían dificultades agarrando objetos, gateando y caminando. A medida que crecía su condición no mejoraba o empeoraba. Esta condición, la cual se nombró por muchos años como enfermedad de Little, es ahora conocida como diaplejía espástica. Esta es uno de los varios trastornos que afectan el control de movimiento y que colectivamente se agrupan bajo el término de parálisis. Los individuos con parálisis cerebral y sus familias o ayudantes, son también miembros importantes del equipo de tratamiento y deben involucrarse íntimamente en todos los pasos de la planificación, toma de decisiones y la administración de tratamientos. Estudios han demostrado que el apoyo familiar y la determinación personal son dos de los factores más importantes que predicen cuales de los individuos logran realizar las metas a largo plazo.

Constituye una problemática de salud importante para nuestro país la existencia de un alto número de pacientes discapacitados, lo cual se evidenció en el marco del estudio de la Misión Solidaria Manuela Espejo se realizaron 825.576 atenciones médicas a personas con discapacidad o a familiares. Se efectuaron también 21.062 consultas de genetistas y 35.257 consultas de otros especialistas; se registraron 26.327 casos críticos, que fueron atendidos urgente y oportunamente por la red pública de Salud. Estos datos arrojan una prevalencia de 2,43% de personas con discapacidad a nivel nacional.

La Parálisis Cerebral Infantil es una de las causas principales de discapacidad física y/o mental en la edad pediátrica. En particular en nuestra Provincia se exhibe una aproximadamente una prevalencia de 8.900 discapacitados, de los cuales 320 tienen un diagnóstico de Parálisis Cerebral Infantil, cifras obtenidas del Departamento de Estadística y al Proceso de Discapacidades, Rehabilitación y Cuidado Especial de la Dirección Provincial de Salud de Bolívar, esta cifra asciende a 178 en todos los grados de severidad de esta afección. A todo ello se suma el impacto que produce en la familia el hecho de que un hijo la padezca, pues nunca se está preparado para enfrentar la enfermedad de un ser tan querido y muchos menos cuando se trata de una entidad discapacitante en mayor o menor grado, además ello implica la realización de toda una serie de cambios vitales en la armonía familiar.

De todo ello se deduce que en estos casos no solo es necesario el tratamiento del paciente, sino que es vital la atención a sus padres y tutores que presentan una serie de inquietudes y desórdenes desde el punto de vista psicoafectivo que urge resolver para garantizar el adecuado manejo de estos niños. La inexistencia en nuestro medio de un modelo de atención con enfoque sistémico, caracterizado por su interdisciplinariedad y participación intra y extra sectorial, que además de satisfacer las necesidades psicológicas, psicopedagógicas, sociales, rehabilitadoras y de orden médico en general del niño, atienda las necesidades de sus padres y los provea de los conocimientos y habilidades indispensables para su adecuado manejo e inserción social, constituyen las premisas del presente trabajo.

El estudio integral del niño con parálisis cerebral ligera, moderada y su familia ha permitido caracterizar importantes aspectos de esta problemática en su visión integral médica, educativa y social. En primer lugar la parálisis cerebral como evento médico tiene pocas posibilidades de ser prevenida de acuerdo a su caracterización prenatal y postnatal y en consecuencia, estos infantes estarán presentes como una realidad en

nuestras comunidades y merecen una atención esmerada desde un punto de vista integral. La caracterización de las familias es sugestiva de que en ellas prevalecen aspectos susceptibles de ser mejorados mediante la educación, intervención y atención, todo lo cual repercutirá favorablemente en la calidad de vida del niño y sus familiares. En el importante papel de atender integralmente estas familias, resalta a través de esta investigación aspectos inherentes a la institución educativa a la que asiste en niño, aspectos inherentes a la atención médica especializada e integral y aspectos inherentes al papel social y comunitario del entorno.

INTRODUCCIÓN

La parálisis cerebral es la causa más frecuente de discapacidad motora en la infancia, bajo este término, se agrupa a un conjunto de niños que tienen en común un trastorno persistente del tono y del movimiento secundario a una lesión cerebral, no progresiva, ocurrida en los primeros años de vida. Su prevalencia en los países en desarrollados como el nuestro es alta y la esperanza de vida de estos niños es alentadora a pesar de las limitaciones y repercusiones médicas, sociales, educacionales y económicas que este trastorno representa.

El diagnóstico de parálisis cerebral es fundamentalmente clínico, basado en el conocimiento de los signos de alarma iniciales de las distintas formas clínicas. La parálisis cerebral se diagnostica principalmente evaluando de qué manera se mueve un bebé o un niño pequeño. El médico evalúa el tono muscular del niño, además de verificar los reflejos del bebé y fijarse en éste para comprobar si ha desarrollado una preferencia por su mano derecha o izquierda.

Otro síntoma importante de parálisis cerebral es la persistencia de ciertos reflejos, llamados reflejos primitivos, que son normales en los bebés pequeños pero que, por lo general, desaparecen entre los 6 y 12 meses de vida. El médico también llevará una historia clínica detallada para descartar que los síntomas obedezcan a otros trastornos. Asimismo, el médico puede recomendar la realización de pruebas de diagnóstico con imágenes cerebrales, tales como resonancias magnéticas, tomografías computadas o ultrasonidos. En algunos casos, estas pruebas pueden ayudar a identificar la causa de la parálisis cerebral.

La atención terapéutica de estos niños debe ser precoz para aprovechar al máximo la plasticidad cerebral y requiere un enfoque multidisciplinario, debiendo implicarse la familia como ente focal para conseguir el objetivo de un máximo desarrollo funcional y la mejor calidad de vida posible.

La parálisis cerebral no se puede curar (por ahora). Pero la persona afectada podrá llevar una vida plena si recibe una atención adecuada que le ayude a mejorar sus movimientos, que le estimule su desarrollo intelectual, que le permita desarrollar el mejor nivel de comunicación posible y que estimule su relación social

TEMA

LA PARÁLISIS CEREBRAL Y CUIDADO FAMILIAR EN LOS NIÑOS Y NIÑAS DE 2 A 5 AÑOS QUE ASISTEN AL SERVICIO DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO DE LA CIUDAD DE GUARANDA, PROVINCIA BOLÍVAR, DURANTE LOS MESES DE OCTUBRE A DICIEMBRE DEL 2013.

OBJETIVO GENERAL

- ✚ Mejorar la calidad de vida de los niños y niñas de 2 a 5 años con Parálisis Cerebral Infantil, que asisten al Servicio de Terapia Física y Rehabilitación del Hospital Alfredo Noboa Montenegro, en la ciudad de Guaranda, Provincia durante los meses de Octubre a Diciembre del 2013.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ✚ Determinar el nivel de conocimientos de los padres y/o familiares sobre el cuidado que reciben los niños y niñas de 2 a 5 años con parálisis cerebral.
- ✚ Identificar los tipos de parálisis cerebral de los niños y niñas de 2 a 5 años con esta patología que asisten al Servicio de Terapia Física y Rehabilitación del Hospital Alfredo Noboa Montenegro.
- ✚ Diseñar un Plan de educación sobre terapias alternativas dirigido a los padres y/o familiares que están al cuidado de los niños y niñas menores de 2 a 5 años con Parálisis Cerebral.

HIPOTESIS O IDEA A DEFENDER

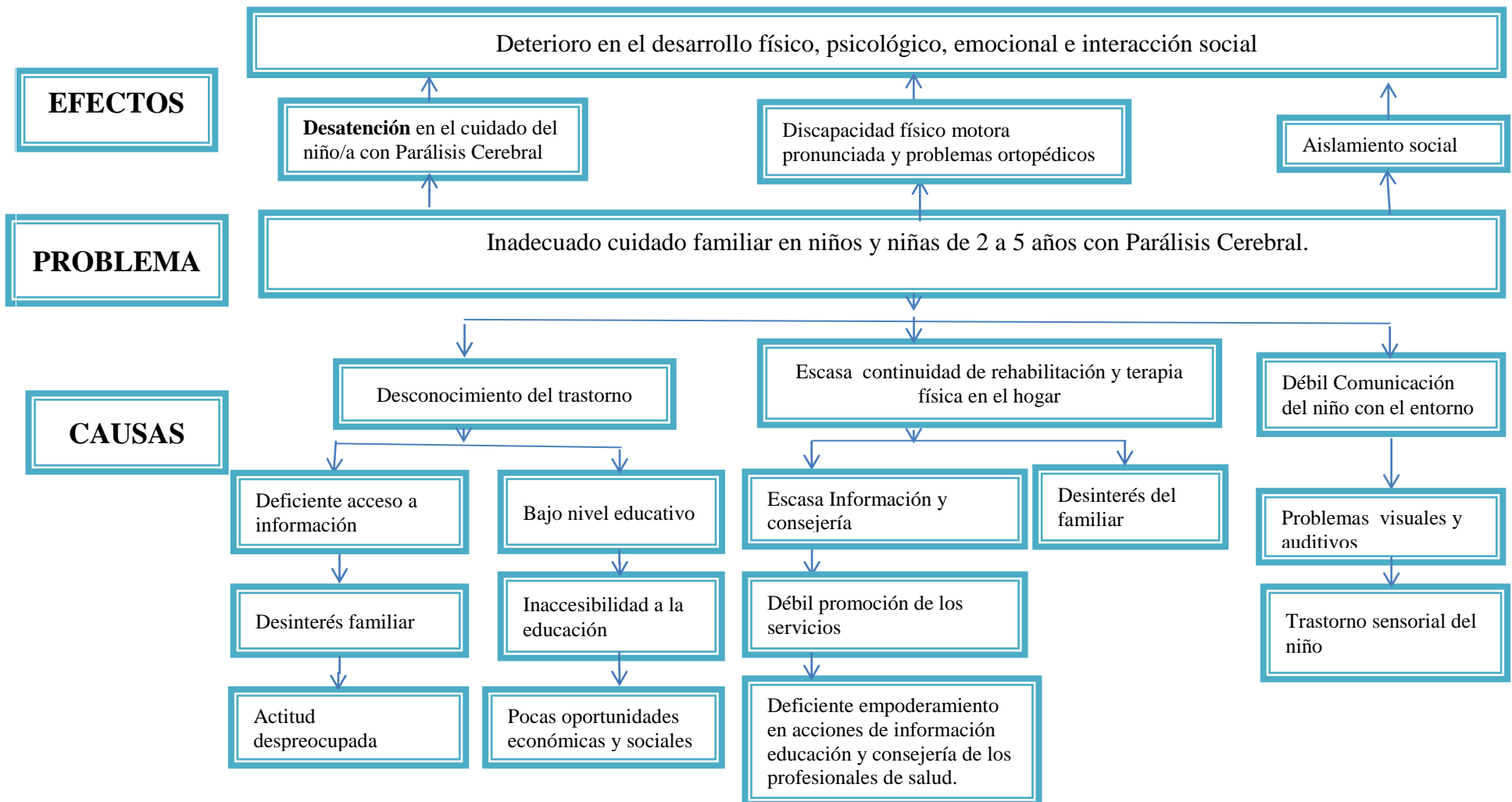
La parálisis cerebral mejora con el cuidado familiar en los niñas y niños de 2 a 5 años con Parálisis cerebral que asisten al Servicio de Terapia Física y Rehabilitación del Hospital Alfredo Noboa Montenegro de la Ciudad de Guaranda, Provincia Bolívar durante los meses de Octubre a Diciembre 2013.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1.** Padres y/o familiares con conocimientos y participación activa en el cuidado de los niños y niñas menores de 2 a 5 años con Parálisis Cerebral.
- 2.** Potenciar el desarrollo físico, psicológico, emocional e interacción social de los niños y niñas menores de 2 a 5 años con Parálisis Cerebral Infantil.

PROBLEMATIZACIÓN

ÁRBOL DE PROBLEMAS



DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Actualmente en el Ecuador a pesar de registrarse un panorama alentador en el sistema sanitario en la atención a niños/as con parálisis cerebral a través de Servicios Integrales de terapia física y rehabilitación, el inadecuado cuidado familiar a estos niños por factores como el desconocimiento, escaso seguimiento de rehabilitación en el hogar y la débil comunicación del niño con este trastorno, conllevan a un deterioro en el desarrollo físico, psicológico, emocional e interacción social constituyéndose una verdadera problemática social y sanitaria que influye negativamente en la calidad de vida de los niños con este trastorno.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La atención específica a niños y niñas con parálisis cerebral inició aproximadamente hace medio siglo, siendo la primera causa de invalidez en la infancia cuya afectación puede producir trastornos motores, psíquicos, conductuales, auditivos, ópticos o del lenguaje, que en conjunto originan retardo en el desarrollo psicomotor debido a las diferentes áreas comprometidas por lo que es primordial una atención social y sanitaria con la intervención de un equipo médico interdisciplinarios sumado a un adecuado manejo y cuidado de los niños con parálisis en el hogar.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo influye en la Parálisis cerebral el cuidado familiar en los niños y niñas de 2 a 5 años que asisten al Servicio de Terapia Física y Rehabilitación del Hospital Alfredo Noboa Montenegro en la ciudad de Guaranda, Provincia Bolívar, durante los meses de Octubre a Diciembre del 2013?

SUBPROBLEMAS

- Desatención del niño/a con parálisis cerebral
- Discapacidad físico motora pronunciada y problemas ortopédicos
- Aislamiento social

PROGNOSIS

Se conoce que existen un elevado número de casos de niños/as de 2 a 5 años con parálisis que asisten al Servicio de Terapia física y Rehabilitación del Hospital Alfredo Noboa Montenegro, trastorno que puede ser producto de una diversidad de factores etiológicos, que se manifiestan en una variedad de síntomas neuromusculares y problemas asociados que requieren de una intervención sanitaria interdisciplinaria y cuidados para su adecuada intervención.

TEMA DE INVESTIGACIÓN

La Parálisis Cerebral y Cuidado Familiar en los niños y niñas de 2 a 5 años que asisten al Servicio de Terapia Física y Rehabilitación del Hospital Alfredo Noboa Montenegro de la Ciudad de Guaranda, Provincia Bolívar, durante los meses de Octubre A Diciembre del 2013.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1. Fundamentación filosófica

La Parálisis Cerebral Infantil es una de las causas principales de discapacidad física y/o mental en la edad pediátrica. En particular la Provincia Bolívar tiene aproximadamente más de 8.900 personas con discapacidad, de los cuales 320 tienen un diagnóstico de Parálisis Cerebral Infantil, cifras obtenidas del Departamento de Estadística de la Dirección Provincial de Salud de Bolívar. A todo ello se suma el impacto que produce en la familia el hecho de que un hijo la padezca, pues nunca se está preparado para enfrentar la enfermedad de un ser tan querido y muchos menos cuando se trata de una entidad discapacitante en mayor o menor grado, además ello implica la realización de toda una serie de cambios vitales en la armonía familiar. De todo ello se deduce que en estos casos no solo es necesario el tratamiento del paciente, sino que es vital la atención a sus padres y familiares que presentan una serie de inquietudes y desórdenes desde el punto de visto psicoafectivo que urge resolver para garantizar el adecuado manejo de estos niños.

La inexistencia en nuestro medio de un modelo de atención con enfoque sistémico, caracterizado por su interdisciplinariedad y participación intra y extra sectorial, que además de satisfacer las necesidades integrales de atención siendo estas áreas psicológicas, psicopedagógicas, sociales, rehabilitadoras y de orden médico en general del niño, atienda las necesidades de sus padres y los provea de los conocimientos y habilidades indispensables para su adecuado manejo, cuidado familiar e inserción social, constituyen las premisas del presente trabajo investigativo.

1.2 Fundamentación Axiológica

El estudio integral del niño con Parálisis Cerebral y el cuidado familiar ha permitido caracterizar importantes aspectos de esta problemática en su visión integral médica, educativa y social. En primer lugar la parálisis cerebral como evento médico tiene pocas posibilidades de ser prevenida de acuerdo a su caracterización prenatal, postnatal y en consecuencia estos niños y niñas estarán presentes como una realidad en nuestras comunidades y merecen una atención esmerada con un enfoque integral.

La caracterización de las familias es sugestiva de que en ellas prevalecen aspectos susceptibles de ser mejorados mediante la educación, intervención y atención, todo lo cual repercutirá favorablemente en la calidad de vida del niño y sus familiares. En el importante papel de atender integralmente a los niños y niñas que padecen parálisis cerebral por parte de sus familias se resaltan a través de esta investigación aspectos inherentes a su atención médica especializada e integral, la institución educativa, social y comunitaria del entorno. Las estrategias de intervención derivadas de esta caracterización deberán tener en cuenta y valorar lo individual-particular y lo colectivo-social para formular las intervenciones más acertadas y eficaces en el tratamiento integral de los niños y niñas que padecen parálisis cerebral.

1.3 Fundamentación legal

El artículo 47 de la Constitución de la República dispone que el Estado garantizará políticas de prevención de las discapacidades y, procurará la equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad y su integración social, reconociendo sus derechos, como el derecho a la atención especializada, a la rehabilitación integral y la asistencia permanente, a las rebajas en servicios públicos y en servicios privados de transporte y espectáculos, a exenciones en el régimen

tributario, al trabajo en condiciones de igualdad de oportunidades, a una vivienda adecuada, a una educación especializada, atención psicológica, al acceso adecuado a bienes, servicios, medios, mecanismos y formas alternativas de comunicación, entre otros.

La Ley Orgánica de Discapacidades en su Sección segunda de la salud en el **Art.19.-Derecho a la salud.-** El Estado garantizará a las personas con discapacidad el derecho a la salud y asegurará el acceso a los servicios de promoción, prevención, atención especializada permanente y prioritaria, habilitación y rehabilitación funcional e integral de salud, en las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud, con enfoque de género, generacional e intercultural. La atención integral a la salud de las personas con discapacidad, con deficiencia o condición discapacitante será de responsabilidad de la autoridad sanitaria nacional, que la prestará a través la Red Pública Integral de salud.

En el Art. 20.- Subsistemas de promoción, prevención, habilitación y rehabilitación.- La autoridad sanitaria nacional dentro del Sistema Nacional de Salud, las autoridades nacionales educativa, ambiental, relaciones laborales y otras dentro del ámbito de sus competencias, establecerán e informarán de los planes, programas y estrategias de promoción, prevención, detección temprana e intervención oportuna de discapacidades, deficiencias o condiciones discapacitantes respecto de factores de riesgo en los distintos niveles de gobierno y planificación. La habilitación y rehabilitación son procesos que consisten en la prestación oportuna, efectiva, apropiada y con calidad de servicios de atención. Su propósito es la generación, recuperación, fortalecimiento de funciones, capacidades, habilidades y destrezas para lograr y mantener la máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional, así como la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida.

Dentro del I Plan Nacional del Buen Vivir contempla el Objetivo 3: Mejorar la calidad de vida de la población que en su política 3.3 Garantiza la atención integral de salud por ciclos de vida, oportuna y sin costo para las y los usuarios, con calidad, calidez y equidad.

1.4 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

1.4.1 Referencial

1.4.1.1 Antecedentes del Hospital Alfredo Noboa Montenegro

El Hospital Provincial Alfredo Noboa Montenegro nace en el año de 1860 cuando se establece en Guaranda como Hospital de emergencia a cargo de la sociedad de mujeres con la finalidad de atender a los heridos de los combates de Tumbaco y Yaruquí. El 3 de Mayo de 1884 el presidente José María Caamaño sanciona el decreto legislativo, mediante el cual, se establece un Hospital en Guaranda bajo la dirección de las hermanas de caridad. El 8 de Marzo de 1894, se inauguró el Hospital de Jesús iniciándose con dos salas para hombres y mujeres, una sala para religiosas, capilla, botica y cocina. En Diciembre de 1926 a partir de la época en la que la Junta de Beneficencia pasa a ser asistencia pública, comenzó una etapa de verdadero progreso material y técnico, iniciándose la atención clínica y quirúrgica del paciente de acuerdo a las exigencias medicas de ese tiempo. Con el pasar de los años la infraestructura del hospital de Jesús fue deteriorándose, por este motivo y considerando el crecimiento de la población, así como el desarrollo tecnológico y científico de la medicina fue necesario contar con una planta física funcional con instalaciones y equipamientos modernos, luego de gestiones realizadas por las autoridades del pueblo Bolivarense se inaugura el nuevo Hospital de Guaranda

El 13 de Julio de 1992, durante la presidencia del Doctor Rodrigo Borja con el nombre de Hospital Alfredo Noboa Montenegro, bajo la dirección del Dr. Gustavo Arregui, con una capacidad para 120 camas y para brindar atención de salud integral; con las cuatro especialidades básicas de: CIRUGÍA, MEDICINA INTERNA, PEDIATRÍA y GÍNECO OBSTETRICIA a toda la comunidad de la provincia distribuida en las cuatro distritos de salud como son: Guaranda, San Miguel, Chillanes y Echeandía. En la actualidad cuenta con las áreas de: Neonatología, Traumatología, Cardiología, Emergencia, Consulta Externa, con servicios de Laboratorio, Rayos X, Ecosonografía, Electrocardiograma, Estomatología y Rehabilitación. Sé incluye a estos servicios de mantenimiento generales y varios. El área administrativa posee un Director, Coordinador de Servicios Institucionales, Coordinador de Recursos Humanos, Coordinador Financiero, Líder de Farmacia, Estadística y Trabajo Social. Dispone de una moderna y adecuada infraestructura física, que va creciendo conforme a los avances y crecimientos tecnológicos, actualmente está dirigida por el Dr. Jaime López como Director Médico y el Ingeniero Héctor Martínez de la Vega como Gerente.

La **Misión** es una Institución del Ministerio de Salud Pública, ubicado en el segundo nivel de atención; brinda atención de salud integral, humanizada y de calidad al usuario ambulatorio y hospitalizado de la población de Guaranda y su área de influencia en sus cuatro especialidades básicas: CIRUGÍA, GÍNECO OBSTETRICIA, PEDIATRÍA Y MEDICINA INTERNA; a través de las actividades básicas de curación, recuperación y rehabilitación de salud del individuo.

La **Visión** es una Institución del Ministerio de Salud Pública, ubicado en el segundo nivel de atención; brinda atención de salud integral, humanizada y de calidad al

usuario ambulatorio y hospitalizado de la población de Guaranda y su área de influencia con una Infraestructura física adecuada, talento humanocapacitado al cien por ciento; con equipamiento completo, trabajo en equipo, compromiso Institucional y dotación de insumos y materiales que satisfaga la necesidad del usuario; con confianza y credibilidad en la restauración de la salud que le permita adaptarse a los cambios del entorno y demanda de la comunidad.

1.4.1.2 El Servicio de Rehabilitación Física

El Hospital Provincial Alfredo Noboa Montenegro brinda atención de salud integral, humanizada y de calidad al usuario ambulatorio en sus cuatro especialidades básicas: Cirugía, Gineco-Obstetricia, Pediatría, Medicina Interna y Subespecialidades en Oftalmología, Cardiología, Traumatología, Imagenología, Audiología; Terapia Física y Rehabilitación a través de las actividades básicas de curación, recuperación y rehabilitación de salud del individuo.

Brinda atención utilizando métodos y técnicas especiales para el tratamiento de las diferentes patologías centrada en el movimiento y la función humanas y en maximizar su potencial. Se sirve de técnicas físicas para favorecer, mantener y restaurar el bienestar físico, psicológico y social, teniendo en cuenta las variaciones en el estado de salud. Posee una base científica, está comprometida con la extensión, aplicación, evaluación y revisión de las evidencias (pruebas científicas) que la sustentan e informan de su práctica y aplicación. Tiene como núcleo la utilización del juicio clínico y la interpretación informada.

1.4.1.3 Objetivo del Servicio de Rehabilitación Física

Tiene como núcleo la utilización del juicio clínico y la interpretación informada, a fin de mejorar la calidad de vida formando independencia para así reintegrar al paciente en la sociedad.


1.4.1.4 Equipamiento del servicio

Al momento contamos con los siguientes equipos y materiales de trabajo:

- ✚ Magneto terapia
- ✚ Electro estimulador
- ✚ Ultrasonido
- ✚ Laser
- ✚ Onda corta
- ✚ Rampa y gradas
- ✚ Caminadora automática
- ✚ Terapia pediátrica
- Estimulación temprana

1.4.1.5 Prestaciones Sanitarias del Servicio:

- ✚ Traumatismos o traumatológicos
- ✚ Ortopédicos
- ✚ Neurológicos
- ✚ Reumatológicos

 Terapia pediátrica



1.4.1.6 Horarios de Atención

Lunes 08:00 am - 13:00 pm 14:00 am - 17:00 pm

Martes a viernes 08:30 am - 12:30 pm 14:30 am - 17:00 pm

Sábado 08:00 am - 12:00 pm

1.4.2 Científica

1.4.2.1 Definición de la parálisis cerebral

La parálisis cerebral (PC) se define como aquel síndrome resultante de la lesión de un cerebro inmaduro; dicha lesión del sistema nervioso provoca alteraciones en la postura, en la coordinación y en el control del movimiento de aquellos que la presentan. Asimismo, pueden verse afectados otros sistemas además del nervioso como lo son el gastrointestinal, urinario y el músculo esquelético y otras funciones como la visual, auditiva, cognitiva, conductual entre otras. La parálisis cerebral es una alteración que afecta al músculo, la postura y el movimiento, provocada por alguna lesión en un cerebro en desarrollo, desde el embarazo, parto, hasta los 5 años (momento en que el cerebro alcanza el 90% de su peso). No se trata pues de una única enfermedad, sino de un grupo de condiciones que provocan un mal funcionamiento de las vías motoras (áreas del cerebro encargadas del movimiento) en un cerebro en desarrollo y que son permanentes y no progresivas. También la severidad de la afectación es variable: encontramos desde formas ligeras a formas graves con importantes alteraciones físicas, con o sin retraso mental o convulsiones.

”**GONZÁLEZ, T., et. Al (2006) pág. 365**, expresa que La Parálisis Cerebral (PC) es un trastorno global de la persona consistente en un desorden permanente y no inmutable del tono muscular, la postura y el movimiento, debido a una lesión no progresiva en el cerebro antes de que su desarrollo y crecimiento sean completos. Esta lesión puede generar la alteración de otras funciones superiores e interferir en el desarrollo del Sistema Nervioso Central”.

“**SIGMUD, Freud (2008) pág. 245**, el famoso médico no estuvo de acuerdo, al notar que los niños con parálisis cerebral a menudo tenían otros problemas como retraso mental, disturbios visuales y convulsiones, Freud sugirió, que a veces el trastorno puede tener sus raíces más temprano en la vida, durante el desarrollo del cerebro en el vientre. El parto difícil, en ciertos casos, escribió, es meramente un síntoma de efectos más profundos que influyen en el desarrollo del feto”.

“**DOMÍNGUEZ, Dieppa (2008) pág.72**,expresa que la parálisis cerebral no se puede curar, pero el tratamiento puede mejorar las capacidades del niño. De hecho, el progreso señala que muchos pacientes pueden gozar de vida casi normales si sus problemas neurológicos están adecuadamente controlados. No hay ninguna terapia estándar que funcione bien para todos los pacientes. La parálisis cerebral es un conjunto de trastornos del movimiento y postura que comparten las siguientes características:

- ✚ La lesión ocurre en las etapas más importantes del desarrollo cerebral del niño, generalmente durante los últimos meses del embarazo y hasta los primeros 2 o 3 años de vida.
- ✚ La lesión afecta los centros cerebrales que controlan el movimiento.
- ✚ La lesión no es progresiva, una vez que se produce, no avanza ni se agrava.

- ✚ La lesión no desaparece ni desaparece, pero su manifestación si puede modificarse.
- ✚ Además del trastorno del movimiento suele acompañarse de otros problemas no menos importantes como: alteraciones en la visión, audición, comprensión, atención, convulsiones, etc.

1.4.2.2 Causas de la parálisis cerebral

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

1.4.2.3 Causas prenatales:

1. Anoxia prenatal. (circulares al cuello, patologías placentarias o del cordón).
2. Hemorragia cerebral prenatal.
3. Infección prenatal. (toxoplasmosis, rubéola, etc.).
4. Factor Rh (incompatibilidad madre-feto).
5. Exposición a radiaciones durante el embarazo.
6. Ingestión de drogas o tóxicos durante el embarazo.
7. Desnutrición materna (anemia)
8. Hipertiroidismo, retraso mental ó epilepsia materna.
9. Amenaza de aborto
10. Tomar medicamentos contraindicados por el médico.

11. Madre añosa o demasiado joven

1.4.2.4 Causas perinatales.

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

1. Prematuridad.
2. Bajo peso al nacer.
3. Hipoxia perinatal.
4. Trauma físico directo durante el parto.
5. Mal uso y aplicación de instrumentos (fórceps).
6. Placenta previa o desprendimiento.
7. Parto prolongado y/o difícil.
8. Presentación pelviana con retención de cabeza.
9. Asfixia por circulares al cuello (anoxia).
10. Cianosis al nacer.
11. Broncoaspiración.

1.4.2.5 Causas posnatales

1. Traumatismos craneales.
2. Infecciones (meningitis, Meningoencefalitis, etc.).
3. Intoxicaciones (plomo, arsénico)
4. Accidentes vasculares.
5. Epilepsia.
6. Fiebres altas con convulsiones.
7. Accidentes por descargas eléctricas.
8. Encefalopatía por anoxia.

1.4.2.6 Clasificación de la parálisis cerebral

Efectos funcionales

Según donde se localice la lesión cerebral se clasifican en:

Espástico: este es el grupo más grande; alrededor del 75% de las personas con dicha discapacidad presentan espasticidad, es decir, notable rigidez de movimientos, incapacidad para relajar los músculos, por lesión de la corteza cerebral que afecta los centros motores. Los síntomas más frecuentes son: hipertonía, hiperreflexia e hiperflexión. La lesión está localizada en el haz piramidal.

Atetósico: en esta situación, la persona presenta frecuentes movimientos involuntarios que interfieren con los movimientos normales del cuerpo. Se producen por lo común, movimientos de contorsión de las extremidades, de la cara y la lengua, gestos, muecas y torpeza al hablar. Las afecciones en la audición son bastante comunes en este grupo, que interfieren con el desarrollo del lenguaje. La lesión de los ganglios basales del cerebro parece ser la causa de esta condición. Menos del 10% de las personas con parálisis cerebral muestran atetosis. La lesión está localizada en el haz extra piramidal.

Atáxico: en esta condición la persona presenta mal equilibrio corporal, una marcha insegura y dificultades en la coordinación y control de las manos y de los ojos. La lesión del cerebelo es la causa de este tipo de parálisis cerebral, relativamente rara.

Formas mixtas: es raro encontrar casos puros de espasticidad, de atetosis o de ataxia. Lo frecuente es que se presente una combinación de ellas.

La topografía corporal

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

Hemiplejía: afecta a uno de los dos hemicuerpos (derecho o izquierdo).

Diplejía: miembros superiores afectados.

Cuadriplejía: los cuatro miembros están paralizados.

Paraplejía: afectación de los miembros inferiores.

Monoplejía: un único miembro, superior o inferior, afectado.

Triplejía: tres miembros afectados.

Hemiparesia faciobraquial crural. Afectada la cara y un brazo

Según el grado de capacidad funcional

Clase uno: sin limitación de actividad.

Clase dos: con ligera o moderada limitación de actividad.

Clase tres: con limitación de la actividad, que va desde moderada hasta alta.

Clase cuatro: incapacitados para desarrollar cualquier actividad física útil.

Terapéutica

Clase uno: sin necesidad de tratamiento.

Clase dos: con necesidad de un mínimo de terapia y de ayuda.

Clase tres: necesita ayuda y aparatos, así como la asistencia de los servicios de tratamiento para la parálisis cerebral.

Clase cuatro: requiere de institucionalización por largo tiempo para su tratamiento.

Según el tono muscular

Isotónico: tono normal.

Hipertónico: tono incrementado.

Hipotónico: tono disminuido.

Variable: tono inconsistente (distonia y espasticidad)

1.4.2.7 Diagnóstico de la parálisis cerebral

El diagnóstico puede sospecharse por el cuadro clínico, los antecedentes médicos y la exploración física, especialmente del sistema nervioso. En ocasiones el diagnóstico no será evidente al nacer, pero la exploración por parte del pediatra y los controles repetidos podrán ayudar. Así, estos controles, especialmente los que vigilan el desarrollo psicomotor del niño, nos indicarán cuándo será necesario recurrir a consultar al neuropediatra para descartar o no esta patología. Si el niño presenta alteraciones para sonreír, mantenerse sentado, gatear y caminar, aunque no se presenten alteraciones en el habla o en la comprensión del lenguaje, habrá que evaluarlo.

1.4.2.8 Tratamiento de los efectos de la parálisis cerebral

La parálisis cerebral no tiene tratamiento curativo, aunque sí podemos tratar y mejorar los efectos de esta lesión cerebral irreversible. Debemos conseguir, según el grado de afectación (debemos recordar que niños con parálisis grave pueden tener una inteligencia normal), que el niño alcance su mayor nivel de independencia y la capacidad para desenvolverse y disminuir sus limitaciones.

Se necesitará la colaboración de un equipo multidisciplinar (social, psicológico, sanitario y educativo) para desarrollar un programa estructurado de tratamiento, que orientará y colaborará con la familia sobre los variados aspectos que será necesario tratar (desde ayudas ortopédicas a centro educativo, adaptaciones personalizadas, logopedia, etc.), pues estos niños ya sabemos que además del trastorno motor suelen tener problemas visuales y auditivos, pueden también tener dificultades en la comunicación y en ocasiones, convulsiones. Necesitarán la ayuda de un fisioterapeuta para mejorar el estado muscular, especialmente en las formas espásticas, y evitar deformidades que requieran tratamiento ortopédico. Los fármacos tienen poca utilidad en la parálisis cerebral, a excepción de los casos que tengan epilepsia o convulsiones. La parálisis cerebral no se puede curar (por ahora). Pero la persona afectada podrá llevar una vida plena si recibe una atención adecuada que le ayude a mejorar sus movimientos, que le estimule su desarrollo intelectual, que le permita desarrollar el mejor nivel de comunicación posible y que estimule su relación social. Cuanto antes se detecte la enfermedad, mayor respuesta ofrecerá el paciente al tratamiento. Se aconseja la asistencia a escuelas regulares. Tradicionalmente se admite que son cinco los pilares del tratamiento de la parálisis cerebral: La neuropsicología, la fisioterapia y dentro de la fisioterapia, estaría indicada la aplicación de la fisioterapia neurológica, concretamente el Concepto Bobath. La terapia ocupacional, incluyendo también el tratamiento mediante el Concepto Bobath y el tratamiento de AVDs, utilización de sistemas de posicionamiento y el empleo de férulas y dispositivos de apoyo la educación compensatoria y la logopedia. Como se ha señalado, en este padecimiento intervienen muchos factores tanto en la etiología (causa) como en la evolución y pronóstico, de tal manera que el tratamiento siempre tendrá que ser individualizado. En términos generales el tratamiento incluye 3 elementos básicos:

1.- Tratamiento conservador: Se trata fundamentalmente de un programa de terapia ocupacional por medio de técnicas de facilitación neuromuscular y propioceptiva y estimulación temprana, empleando el juego como medio de tratamiento en edades tempranas, no dejando nunca de lado el tratamiento de AVDs, además de la adaptación del entorno, la adaptación y uso de dispositivos de apoyo y uso de férulas, y desde fisioterapia, con técnicas, además, de masoterapia, etc., supervisado por los especialistas en el área y con la activa participación de los padres o la familia del paciente.

2.- Tratamiento farmacológico: Entre los medicamentos que se indican están los relajantes para disminuir los temblores y la espasticidad, y anticonvulsivantes para prevenir o reducir las convulsiones. La cirugía puede ser necesaria en algunos casos para liberar las contracturas en las articulaciones, las cuales son un problema progresivo asociado con la espasticidad. También puede ser necesaria para colocar tubos de alimentación y controlar el reflujo gastroesofágico

Se han utilizado históricamente diversos fármacos con la idea de mejorar el tono muscular. Sin embargo en los últimos años ha quedado de manifiesto la importancia de la Toxina Botulínica Tipo A como alternativa eficaz en el tratamiento de la espasticidad, que es la forma más frecuente de expresión de la parálisis cerebral. La Toxina Botulínica Tipo A (TBA) se encuentra actualmente en presentaciones de 100 y 500U, los mejores resultados se obtienen cuando se inicia el tratamiento en una edad temprana (2 años en adelante). Esta indicación tiene que estar aprobada por el sistema de salud de cada país. El uso correcto de este fármaco, logra mejorar significativamente el tono muscular, lo que limita el riesgo de contracturas, mejora postura y a largo plazo evita en la mayoría de los casos la cirugía ortopédica. Es importante señalar que la aplicación de este medicamento es por vía intramuscular, tiene una duración de aproximadamente 5 a 6 meses el efecto, por lo que hay que tener un programa de seguimiento puntual por el especialista y lo más importante es

que el tratamiento con TBA tiene que estar asociado a un programa de rehabilitación física, lo cual asegura un tratamiento completo para una mejor calidad de vida.

3.- Tratamiento quirúrgico: Está orientado principalmente a evitar, prevenir o minimizar las deformaciones articulares. Existen diferentes técnicas más o menos agresivas y con más o menos eficacia. Destaca por muy utilizada las tenotomías en la que se practican cortes en diferentes tendones, dependiendo del resultado a obtener. Es una intervención muy traumática y requiere inmovilización posterior del paciente con un tiempo de recuperación prolongado. Existe una intervención alternativa a la tenotomía con muy buenos resultados y es la fibrotomía gradual por etapas del Dr. Ulzibat. Básicamente se trata de la eliminación de forma percutánea de las contracturas en fibras musculares que están evitando un movimiento correcto de una articulación. El objetivo es facilitar ese movimiento, reducir la espasticidad, eliminar el dolor y evitar la deformación articular. Su tiempo de recuperación es corto, es muy poco traumática y es posible intervenir diferentes grupos musculares de una vez. Se lleva a cabo en varios países del mundo aunque en la mayoría de forma privada.

1.4.3 CUIDADO FAMILIAR

El cuidado, entendido como un acto de Interacción humano, recíproco e integral en niños y niñas con parálisis cerebral están dirigidos a promover al máximo las funciones del niño con la finalidad de prevenir complicaciones de esta condición; como parte importante de los cuidados primarios se puede determinar intervenciones de cuidado familiar de acuerdo a las principales manifestaciones que se presentan en los niños de 2 a 5 años con esta condición.

1.4.3.1 Espasmo severo

El cual interfiere con movimientos y alineación propia del cuerpo. Los espasmos pueden ser muy dolorosos, no utilice la fuerza para tratar de romper la espasticidad. Algunas veces se utilizan medicamentos relajantes musculares sistémicos o también locales (toxina botulínica) para disminuir el espasmo y la espasticidad.

Intervenciones:

Se debe instruir a los miembros de la familia en técnicas para disminuir el espasmo: masajes, movimientos rotatorios con la palma de la mano sobre el músculo comprometido. Esto ayudará a que el niño/a con parálisis cerebral esté relajado, mejora el tono y le ayuda a posicionar mejor su cuerpo. Los padres deben mostrar que saben movilizar a su hijo sin causar contracturas ni dolores extras.

1.4.3.2 Problemas respiratorios

Aparecen con mucha frecuencia; la infección respiratoria y la bronconeumonía aspirativa son resultado de una pobre expansión pulmonar, por debilidad de los músculos de la respiración y dificultad para movilizar las secreciones y por un pobre intercambio gaseoso, reflejo de la tos débil, e inactividad física.

Intervenciones:

Es necesario enseñar a la familia como ejecutar ejercicios respiratorios y percusión pulmonar son. Los ejercicios deben ser agradables para el niño, por ejemplo: soplar burbujas de jabón, soplar y jugar con bombas de aire. Estos ejercicios deberán

hacerse cada mañana, especialmente antes de los alimentos y le ayudaran a movilizar secreciones.

1.4.3.3 Contracturas

Son el resultado de un tono anormal inactivo. En ocasiones se hace necesaria la cirugía para corregir alguna contractura que perjudica la posibilidad de caminar. Es importante recordar que la cirugía puede ayudar a mejorar un poco la deformidad; pero no corregirá la disfunción motora.

Intervenciones:

Los familiares deben aprender, para mejorar el rango de movimiento de las extremidades afectadas, a hacer ejercicios de relajación y técnicas de posición. Uso y adaptación de equipos como silla de ruedas, soporte para cabeza.

1.4.3.4 Problemas de comunicación

Son causados por disfunción del lenguaje e hipoacusia. Para algunos niños con parálisis cerebral, éste es considerado el problema más devastador de todos los que la PC trae, ya que incrementa el aislamiento y los separa de otros niños. Algunos de ellos nunca llegan a la etapa escolar por los problemas del lenguaje. Es necesario para algunos pacientes con hipoacusia bilateral el uso de audífonos y terapias de lenguaje para lograr una comunicación apropiada.

Intervenciones:

Se debe enseñar al niño a controlar la respiración y a producir sonidos, si el problema del lenguaje es muy severo se utilizan técnicas muy avanzadas con un sintetizador de voz.

1.4.3.5 Crisis convulsivas

Ocurren frecuentemente en niños con parálisis cerebral. El tipo de crisis más común es tónica-clónica. Los anticonvulsivos son medicamentos recomendados para ayudar a controlar la actividad convulsiva.

Intervenciones

Asistir durante la convulsión. Instruir al paciente y a la familia sobre el uso y efectos de los anticonvulsivantes.

Recordar a la familia y a los profesores en la escuela, la importancia de dar los medicamentos con horario y mantener en la sangre los niveles, administrando las dosis exactas que le hayan formulado.

Enseñar a la familia sobre el inmediato tratamiento durante la crisis convulsiva.

1.4.3.6 Deficiencia nutricional

Es un problema singular en esta población causado por una pobre ingesta, dado entre otras cosas por las dificultades de la deglución.

Cuando un niño aprende a alimentarse solo, tiene un mayor requerimiento calórico, resultado de constante actividad y movimiento.

Intervenciones:

La familia debe motivar al niño para el uso de equipo especializado para garantizar la alimentación, cucharas, y vasos son adaptados para lograrlo. Se debe dar un tiempo apropiado para la alimentación del niño, dentro de una atmósfera relajada.

Hacer control médico mensual y nutricional del niño para estar seguro de que no está perdiendo peso.

1.4.3.7 La Piel

Los niños con parálisis cerebral tienen mayor riesgo de presentar úlceras por presión; el riesgo es directamente proporcional a la gravedad de la condición y a la extensión del daño cerebral. Pueden aparecer estas lesiones en las regiones sacra e isquiática de los pequeños que se encuentran confinados en cama y/o en silla de ruedas, por otro lado, también pueden presentarse en sitios de presión originados por férula o su órtesis mal confeccionadas o bien que no han sido modificadas a través del tiempo.

Para prevenir estas lesiones se debe instruir a los padres para la revisión diaria de la piel sobre todo en zonas de riesgo; hay que enseñarles a ubicar zonas rojizas de presión que no desaparecen a los 15 ó 20 minutos después del cambio de posición o del retiro de la férula; de ser así se debe discontinuar el uso de la misma y re confeccionarla o corregirla. También es importante la selección del cojín anti úlceras ideal en caso de usar silla de ruedas. Otra situación de riesgo es en quienes se arrastran, pudiendo desarrollar lesiones por fricción en rodillas y codos; del mismo modo, los niños que pueden propulsar su silla de ruedas pueden desarrollar lesiones por fricción en las manos debiendo emplear guantes de protección para las zonas de fricción.

1.4.3.8 Cuidado de los Ojos Oído, Boca y Garganta

Aproximadamente el 40% de los niños con parálisis cerebral presentan algún trastorno visual como puede ser nistagmos, estrabismo y errores de refracción -como la miopía y el estrabismo. Todos los menores con PCI deben de ser revisados por un oftalmólogo anualmente a fin de evitar complicaciones de los padecimientos visuales asociados.

Entre el 30 y 40% de los niños con parálisis cerebral tienen problemas de audición, por lo que cualquier sospecha de pérdida de audición es suficiente para realizar algún estudio diagnóstico como lo es la audiometría o los potenciales evocados auditivos, en especial cuando no se ha adquirido adecuadamente la expresión verbal. Muchos niños con parálisis cerebral no pueden manifestar el dolor aun cuando es intenso como en las infecciones de oído (p. ej. otitis media) por lo que en las revisiones periódicas pediátricas deben de ser revisada la membrana timpánica y evitar complicaciones que pongan en riesgo la función auditiva. Otro problema poco apreciado en los niños con parálisis cerebral es la apnea del sueño, la cual se sospecha si el niño ronca, presenta una respiración forzada al dormir o si se despierta frecuentemente en el transcurso de la noche. Esto puede ser debido a un crecimiento anormal de las amígdalas o adenoides, a reflujo o bien deberse a la lesión cerebral en sí. De sospecharse, el niño debe acudir con un otorrinolaringólogo para su evaluación y tratamiento.

La sialorrea es muy frecuente en los niños con parálisis cerebral consiste en la salivación excesiva y se presenta en lesión es moderadas a severas. Las causas son múltiples e intervienen muchos factores, entre los que encontramos una inadecuada mal oclusión dental, hipersecreción de saliva, trastornos de la postura, hipotonía de los músculos orales y/o faríngeos y un inadecuado control motor de la boca. El

tratamiento primario es proporcionado por un terapeuta ocupacional o del lenguaje y está orientado a que el niño aprenda a mantener un adecuado cierre oral, a mejorar la deglución y a modular el tono de los músculos de la boca. Los niños con parálisis cerebral tienen una alta frecuencia de problemas dentales, en específico de caries, por lo que se sugiere acudir al odontólogo al menos cada año.

1.4.4 Respiratorio

Son frecuentes las infecciones del tracto respiratorio éstas pueden ser el resultado de una tos inefectiva, debilidad de los músculos respiratorios, aspiración de alimentos o bien a un fenómeno restrictivo secundario a rigidez de la pared torácica. En los casos en que existan una o más de estas causas, es necesaria la valoración respiratoria y un programa de terapia física específica para prevenir o tratar problemas respiratorios. El programa, en términos generales se encuentra dirigido a promover un adecuado patrón respiratorio del niño así como a la aplicación y enseñanza de técnicas que favorezcan la eliminación de secreciones y una tos efectiva.

1.4.5 Gastrointestinal

La alimentación en niños con parálisis cerebral se ve comprometida en muchas ocasiones, esto se debe generalmente al pobre control de movimiento y de coordinación de todos los músculos implicados en la masticación y en la deglución. Frecuentemente el consumo de fibra y de líquidos es deficiente en los menores con daño neurológico agregando la constipación como causa frecuente de consulta en este grupo, la cual, además del bajo contenido de fibra y agua en la dieta, se debe a que el movimiento gástrico e intestinal también se encuentra reducido.

La constipación debe prevenirse modificando los hábitos alimenticios de tal modo que se incremente el aporte de fibra, ya sea un suplemento alto en fibra por indicación médica- o alimentos ricos en ésta como la pera, las ciruelas o la manzana. Existen programas de terapia ocupacional que ayudan al niño a un control adecuado del vaciamiento intestinal modificando las rutinas de alimentación/evacuación y mediante técnicas de manipulación abdominal.

1.4.6 Endócrino

Los niños con parálisis cerebral frecuentemente presentan problemas relacionados con el aumento de talla y de peso. El médico puede evaluar inicialmente el estado del crecimiento óseo del menor mediante radiografías de la muñeca y con el seguimiento periódico adecuado; si hay discrepancias entre la edad ósea y la edad cronológica, deberá ser enviado a un endocrinólogo para una valoración más detallada. En cuanto a sexualidad, es importante mencionar que la mayoría de los adolescentes con PCI desarrollan de manera normal las características sexuales secundarias (vello púbico, axilar, desarrollo de mamas, etc. Sin embargo la edad mental de los jóvenes no se encuentra a la par de la edad hormonal por lo que quizá no comprendan adecuadamente los cambios que están ocurriendo en su cuerpo y es aquí donde se requiere apoyo de los padres y familiares así como de profesionales en el área de la salud.

1.4.2 Conceptual

Sistema Nervioso Central.- es una estructura biológica constituida por el encéfalo y la médula espinal. Se encuentra protegidos por tres membranas: duramadre (membrana externa), aracnoides (intermedia), piamadre (membrana interna),

denominadas genéricamente meninges, se encarga de percibir estímulos procedentes del mundo exterior así como transmitir impulsos a nervios y a músculos instintivamente

Lesión cerebral.-Es la interrupción fisiológica cerebral producida de la función cerebral producida por un trauma.

Anoxia prenatal.- Es la falta de oxígeno en el torrente sanguíneo lo cual puede producir diversas lesiones al cerebro dañándolo así de forma eventual, parcial o total dependiendo en la zona en que se la detecte

Hipoxia perinatal.-es una agresión al feto o al recién nacido (neonato) debido a la falta de oxígeno general o en diversos órganos, que puede contribuir a la aparición de parálisis cerebral y retraso mental.

Hemorragia cerebral prenatal.- es un derrame de sangre en el tejido cerebral. El infarto cerebral se debe a una interrupción de la circulación de la sangre por los vasos del cerebro. En la mayoría de los casos, la hemorragia cerebral se produce debido a la elevación de la presión arterial, pero también puede estar causada por la malformación de un vaso sanguíneo o por trastornos en la coagulación de la sangre, entre otras razones.

Infección prenatal.- Conjunto de enfermedades que afectan al feto en gestación que se adquiere durante el embarazo, parto o en el neonato.

Incompatibilidad Factor Rh (madre-feto).- enfermedad hemolítica del recién nacido que se desarrolla cuando una mujer embarazada tiene sangre Rh negativa y el bebé que lleva en su vientre tiene sangre Rh positiva.

Prematuridad.- Nacimiento del feto con un organismo inmaduro para adaptarse a la vida extrauterina. y por lo tanto puede presentar problemas en su adaptación a esta nueva situación.

Bronco aspiración.- Consiste en la aspiración accidental de líquidos o alimentos por las vías respiratorias.

Traumatismos craneales.- Lesión física o deterioro funcional del contenido craneal debido a un intercambio brusco de energía mecánica

Epilepsia.- Es un síndrome neurológico crónico que cursa con crisis epilépticas recurrentes.

Anticonvulsivantes.- Drogas o medicamentos indicados para el tratamiento de diversos tipos de convulsiones asociadas con trastornos como la epilepsia, una disfunción neurológica en la que los aumentos excesivos de la energía eléctrica se emiten en el cerebro, y otros trastorno

Terapia Física.- Es el tratamiento de pacientes con invalidez secundaria a lesiones o pérdida de una parte del cuerpo, utilizando agentes físicos como el calor, frío, luz, electricidad, agua y movimiento, a fin de preservar la máxima movilidad y el alivio del dolor.

Rehabilitación.- es el proceso de ayudar a una persona a alcanzar el más completo potencial físico, psicológico, social, vocacional y educacional en relación a su deficiencia anatómica, limitaciones medioambientales y deseos y planes de vida.

CAPITULO II

2. ESTRATEGIA METODOLOGIA

2.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Por el Propósito

Investigación Aplicada: El trabajo correspondió a una investigación aplicada pues sirvió para determinar cuáles y en qué medida se aplican los cuidados familiares en los niños y niñas de 2 a 5 años con parálisis cerebral infantil

Por el Lugar

Investigación de Campo: La investigación se desarrolló en el Servicio de Terapia Física y Rehabilitación del Hospital Alfredo Noboa Montenegro de la Ciudad de Guaranda, Provincia Bolívar por lo tanto fue una investigación de campo.

Por el Origen

Investigación Bibliográfica: La fundamentación teórica se sustentó mediante una exhaustiva investigación en libros, revistas médicas, compendios así como en artículos y libros de internet que complementaron la investigación.

2.2 MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN

POR EL NIVEL DE ESTUDIO

Investigación Descriptiva: Contribuyó a la investigación porque estuvo dirigida a determinar cómo fue la situación de las variables facilitando la interrelación de las mismas, permitiendo desarrollar la información sustentando las respectivas conclusiones y recomendaciones

Investigación Explicativa: Nos permite establecer la relación causa y efecto entre las variables existentes lo que favoreció la sustentación dentro de la investigación.

Es **Transversal:** ya que mide a la vez la prevalencia de la exposición y del efecto en una muestra poblacional en un solo momento temporal; es decir, permite estimar la magnitud y distribución de una enfermedad o condición en un momento determinado.

2.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA INVESTIGACIÓN

Para la presente investigación se utilizara como técnica principal la encuesta dirigida a las madres y/o familiar cuidador del niño/a de 2 a 5 años con parálisis cerebral.

2.4 POBLACION Y MUESTRA

Para el presente trabajo investigativo se contó con una población de 48 niños/as de 2 a 5 años con parálisis cerebral. Debido a que el universo es manejable no es necesario aplicar la fórmula para la extracción de la muestra.

2.5 PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Para el proceso, análisis e interpretación de datos estadística y lógica en base a los datos tabulados, se realizó tablas estadísticas para interpretar los análisis y resultados de la investigación.

2.6 HIPOTESIS O IDEA A DEFENDER

La Parálisis cerebral mejora con el cuidado familiar en los niñas y niños de 2 a 5 años con que asisten al Servicio de Terapia Física y Rehabilitación del Hospital Alfredo Noboa Montenegro de la Ciudad de Guaranda, Provincia Bolívar durante los meses de Octubre a Diciembre 2013.

CAPITULO III

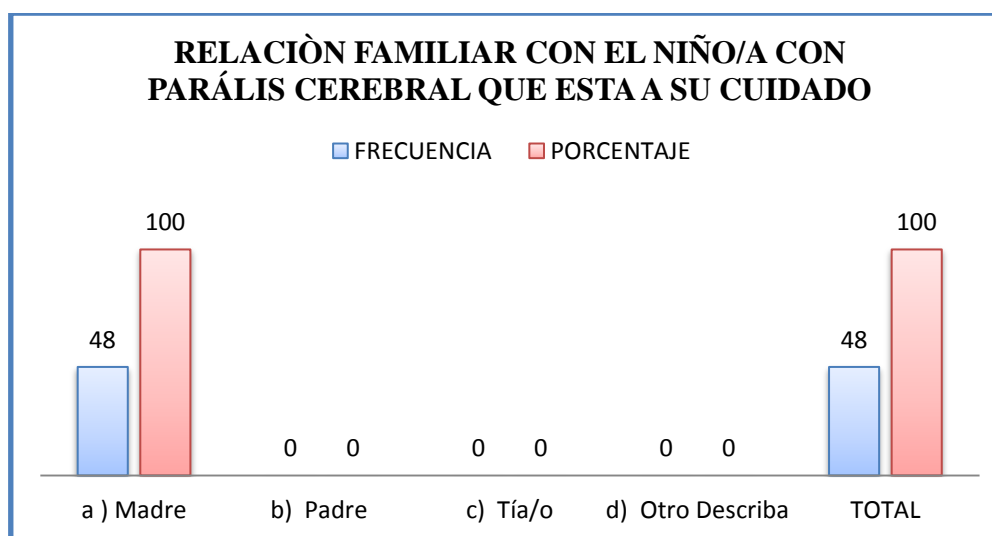
ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

1. ¿Cuál es la relación familiar con el niño/a con parálisis cerebral, que está su cuidado?

CUADRO N° 1

| RELACION FAMILIAR | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-------------------|------------|------------|
| a) Madre | 48 | 100% |
| b) Padre | 0 | 0% |
| c) Tía/o | 0 | 0% |
| d) Otro Describa | 0 | 0% |
| TOTAL | 48 | 100% |

GRÁFICO N° 1



FUENTE: Encuesta Aplicada a madres de niños/as con PC, HANM, Servicio de Rehabilitación, 2013

INVESTIGACIÓN: Lcda. Sayra Lara

Análisis e Interpretación de resultados

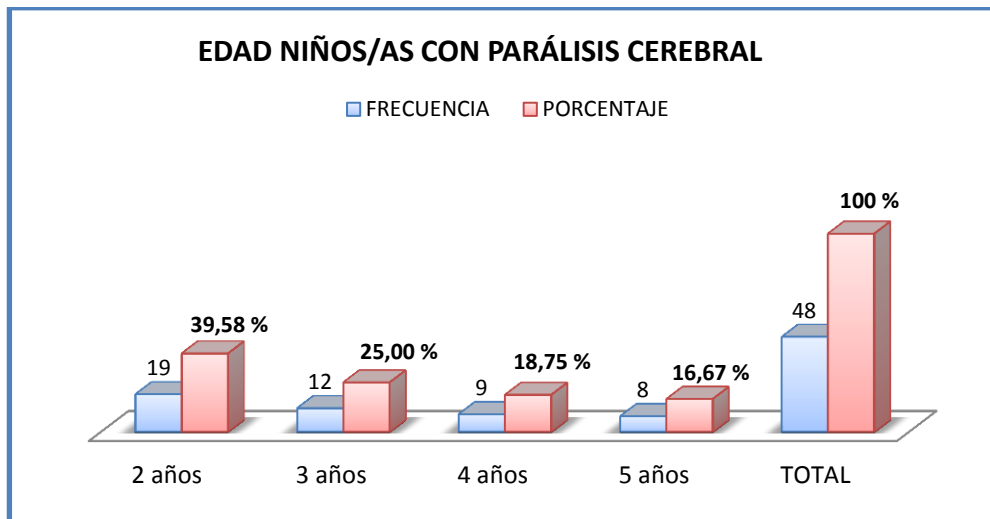
De acuerdo con el levantamiento de la información se puede observar en la gráfica que en su totalidad son las madres quienes están al cuidado de los niños y niñas de 2 a 5 años con parálisis cerebral.

2. ¿Cuántos años tiene el niño/a con parálisis que está a su cuidado?

CUADRO N° 2

| EDAD NIÑOS/AS CON PC | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|----------------------|------------|------------|
| a) 2 | 19 | 39,58 % |
| b) 3 | 12 | 25,00 % |
| c) 4 | 9 | 18,75 % |
| d) 5 | 8 | 16,67 % |
| TOTAL | 48 | 100% |

GRÁFICO N° 2



FUENTE: Encuesta Aplicada a madres de niños/as con PC, HANM, Servicio de Rehabilitación, 2013

INVESTIGACIÓN: Lcda. Sayra Lara

Análisis e Interpretación de resultados

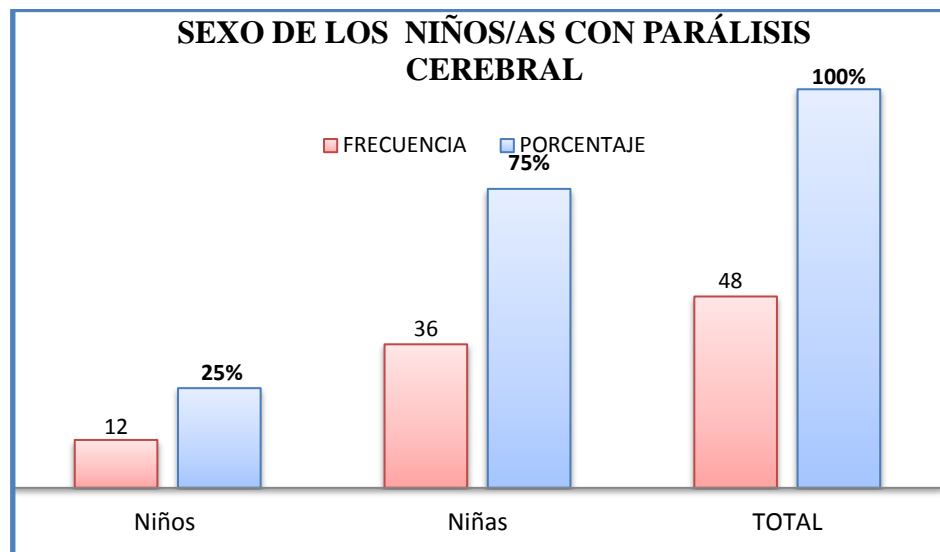
Los niños y niñas con parálisis cerebral objeto de estudio que asisten al Servicio de Terapia Física y Rehabilitación del Hospital Alfredo Noboa Montenegro están distribuidos en su mayoría en la edad de 2 años, seguido por el grupo de tres años, y un bajo porcentaje representado por los niños de 4 y 5 años de edad.

3. ¿Cuál es el sexo del niño/a con parálisis que está a su cuidado?

CUADRON° 3

| SEXO DE LOS NIÑOS/AS CON PARÁLISIS CEREBRAL | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|---|------------|-------------|
| Niños | 12 | 25 % |
| Niñas | 36 | 75 % |
| TOTAL | 48 | 100% |

GRÁFICO N° 3



FUENTE: Encuesta Aplicada a madres de niños/as con PC, HANM, Servicio de Rehabilitación, 2013
INVESTIGACIÓN: Lcda. Sayra Lara

Análisis e Interpretación de resultados

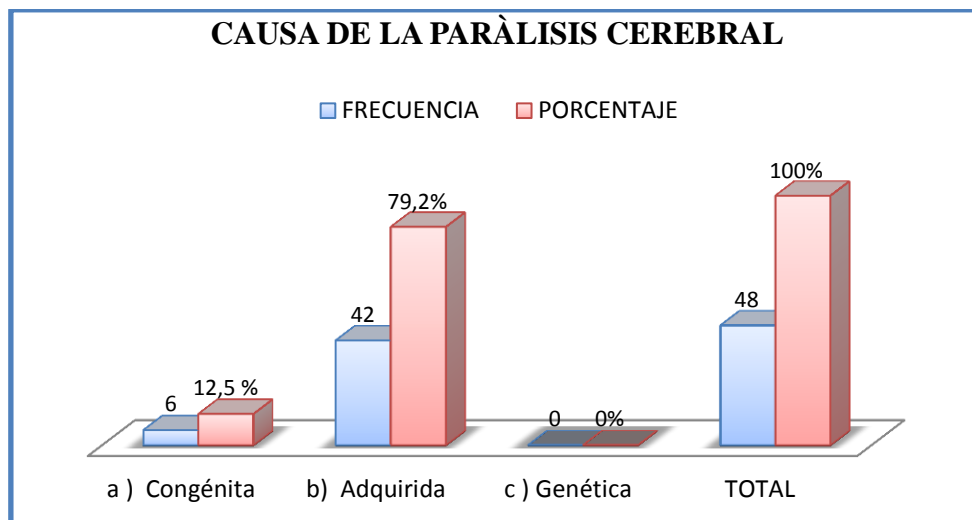
En el presente gráfico se puede determinar que son las niñas las que mayormente tienen parálisis cerebral con un 75% a diferencia de los niños que constituyen el 25% lo que indica una marcada prevalencia de este trastorno en el sexo femenino.

4. ¿Conoce cuál es la causa parálisis cerebral del niño/a que está a su cuidado?

CUADRO N° 4

| CAUSA DE LA PARÀLISIS CEREBRAL | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------------------------|------------|------------|
| a) Congénita: | 6 | 12,5 |
| b) Adquiridas: | 38 | 79,2 |
| c) Genéticas | 4 | 8,3 |
| TOTAL | 48 | 100 |

GRÁFICO N° 4



FUENTE: Encuesta Aplicada a madres de niños/as con PC, HANM, Servicio de Rehabilitación, 2013
INVESTIGACIÓN: Lcda. Sayra Lara

Análisis e Interpretación de resultados

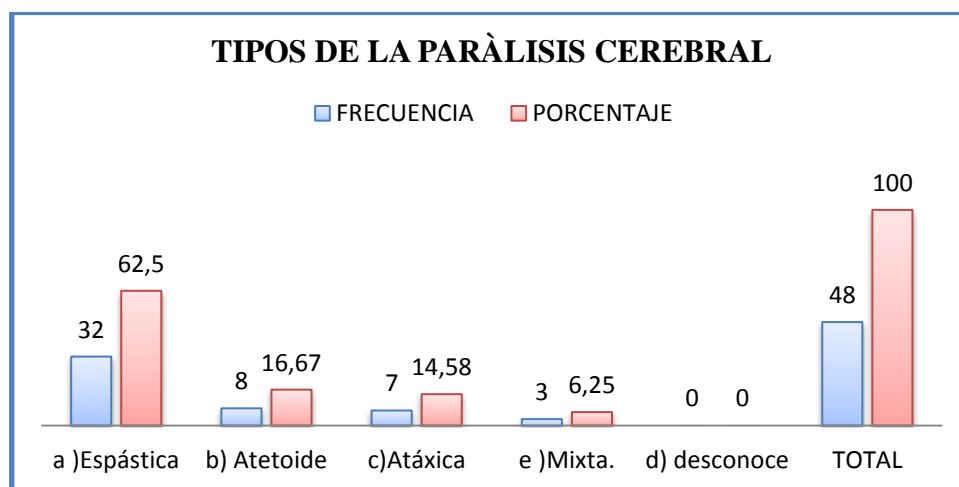
En el gráfico se evidencia que la causa predominante de parálisis cerebral en los niños/as son adquiridas, las mismas que producen daño en el control del área motora pudiendo haberse desarrollado en el período perinatal y postnatal, es decir durante el parto o en los momentos inmediatamente posteriores al nacimiento, así como también un mínimo porcentaje son de orden congénito causado por diversos factores en la etapa prenatal.

5. ¿Conoce que tipo de parálisis cerebral que tiene el niño /a, que está a su cuidado?

CUADRO N° 5

| TIPOS DE LA PARÁLISIS CEREBRAL | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------------------------|------------|------------|
| a)Espástica | 32 | 62,50 |
| b) Atetoide | 8 | 16,67 |
| c)Atáxica | 7 | 14,58 |
| d) Mixta. | 3 | 6,25 |
| e) desconoce | 0 | 0 |
| TOTAL | 48 | 100 |

GRÁFICO N° 5



FUENTE: Encuesta Aplicada a madres de niños/as con PC, HANM, Servicio de Rehabilitación, 2013
 INVESTIGACIÓN: Lcda. Sayra Lara

Análisis e Interpretación de resultados

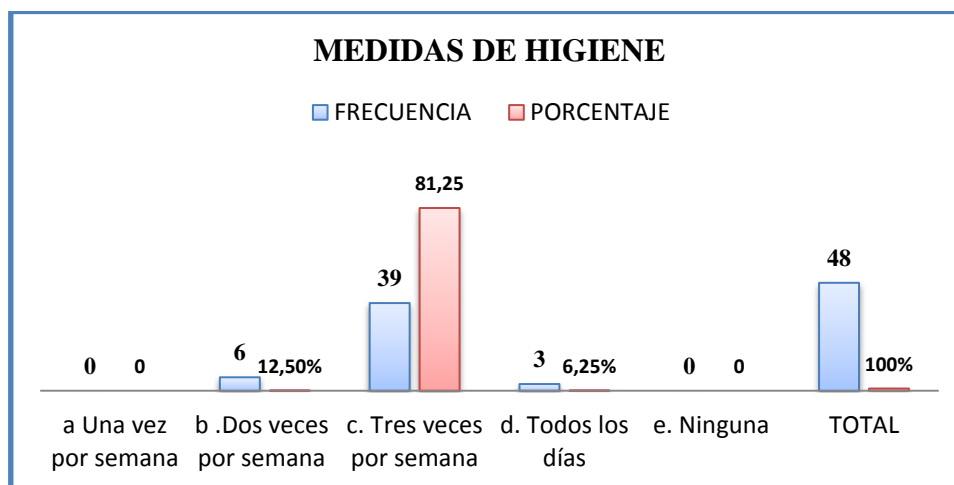
Los resultados de la encuesta demuestran que las madres conocen el tipo parálisis cerebral siendo la de tipo espástica la que predomina con un 62,5 %, seguido por la de tipo atetoide y atáxica con porcentajes entre el 14 y 16% y finalmente la mixta que ocupa un menor porcentaje. Esto permite analizar que es una oportunidad el conocimiento del tipo de parálisis ya que permitirá a la madre diferenciar los síntomas que manifiestan el niño/a, así como también la gravedad de los mismos, con el consecuente cuidado familiar que debe recibir el niño/a en el hogar.

6. ¿Cuántas veces en la semana realiza medidas de higiene general (baño, aseo bucal, etc.) al niño /a con parálisis cerebral el que está a su cuidado?

CUADRO N° 6

| MEDIDAS DE HIGIENE | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------------------|------------|------------|
| a) Una vez por semana | 0 | 0 |
| b) Dos veces por semana | 6 | 12,5 |
| c) Tres veces por semana | 39 | 81,25 |
| d) Todos los días | 3 | 6,25 |
| e) Ninguna | 0 | 0 |
| TOTAL | 48 | 100 |

GRÁFICO N° 6



FUENTE: Encuesta Aplicada a madres de niños/as con PC, HANM, Servicio de Rehabilitación, 2013
INVESTIGACIÓN: Lcda. Sayra Lara

Análisis e Interpretación de resultados

En este gráfico destaca que las madres en un alto porcentaje realizan cuidados de higiene general tres veces a la semana, esta práctica es positiva ya que constituye un cuidado principal por parte de la madre y/o familiar, ya que debido a las limitaciones motoras el niño con parálisis cerebral no puede realizar completamente las actividades de la vida diaria como su cuidado e higiene personal.

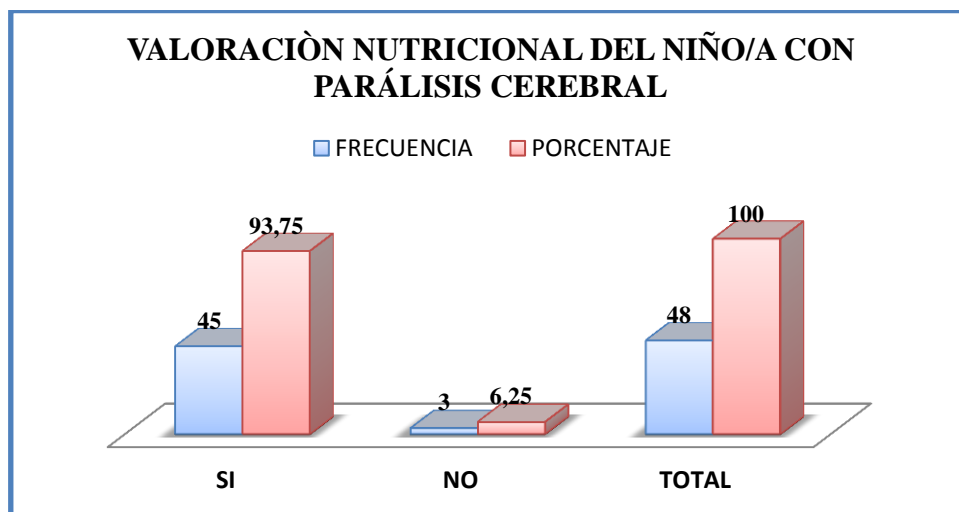
ALIMENTACIÓN:

7. ¿El niño/a ha recibido atención y valoración por parte de un profesional en nutrición?

CUADRO N° 7

| VALORACIÓN NUTRICIONAL | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|------------------------|------------|------------|
| SI | 45 | 93,75 |
| NO | 3 | 6,25 |
| TOTAL | 48 | 100 |

GRÁFICON° 7



FUENTE: Encuesta Aplicada a madres de niños/as con PC, HANM, Servicio de Rehabilitación, 2013
INVESTIGACIÓN: Lcda. Sayra Lara

Análisis e Interpretación de resultados

Como podemos observar el resultado en cuanto a este indicador es positivo ya que el 93,75 % de los niños/as ha recibido atención nutricional, constituyendo un verdadera aporte ya que la valoración y consejería nutricional a la madre y/o familiares debe formar parte de la evaluación rutinaria de los niños con parálisis cerebral debido a la lesión neurológica estos niños tienen un riesgo elevado de presentar problemas nutricionales como ingesta insuficiente y malnutrición

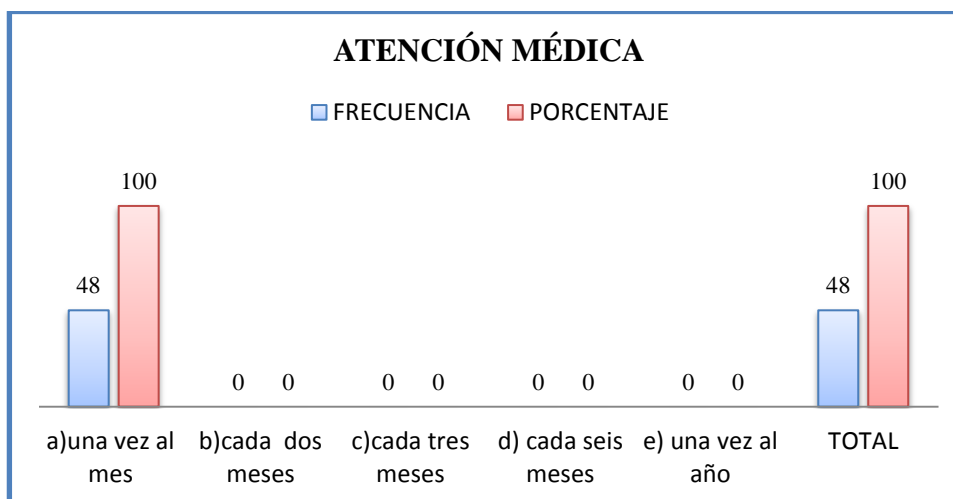
SALUD

8. ¿Cuál es la frecuencia con la que lleva al niño/a con parálisis cerebral para recibir atención médica?

CUADRON° 8

| ATENCIÓN MÉDICA | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------------|------------|------------|
| a) una vez al mes | 48 | 100 % |
| b) cada dos meses | 0 | 0 |
| c) cada tres meses | 0 | 0 |
| d) cada seis meses | 0 | 0 |
| e) una vez al año | 0 | 0 |
| TOTAL | 48 | 100 % |

GRÁFICO N° 8



FUENTE: Encuesta Aplicada a madres de niños/as con PC, HANM, Servicio de Rehabilitación, 2013

INVESTIGACIÓN: Lcda. Sayra Lara

Análisis e Interpretación de resultados

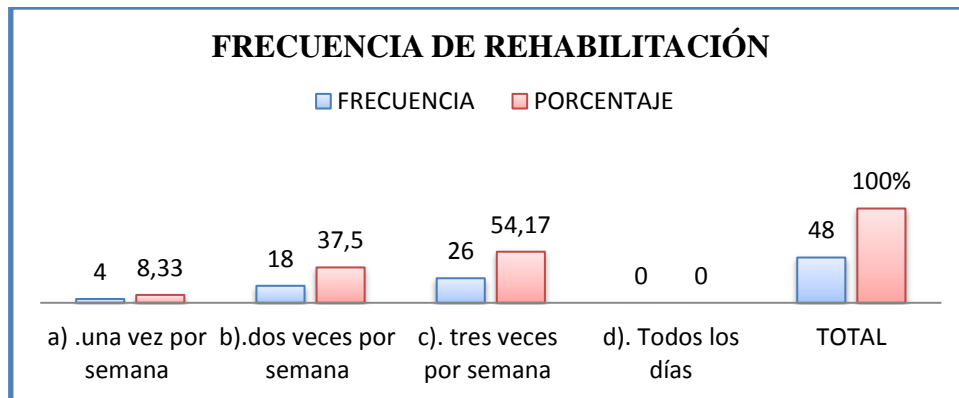
Según el análisis denota que el 100% de los niños reciben de manera mensual atención médica siendo este un factor sanitario indispensable para la evaluación del crecimiento y desarrollo del niño/a.

9. ¿Cuántas veces por semana el niño /a con parálisis cerebral que está a su cuidado asiste al servicio de terapia física y rehabilitación del Hospital Alfredo Noboa?

CUADRO N° 9

| FRECUENCIA DE REHABILITACIÓN | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|------------------------------|------------|--------------|
| a) una vez por semana | 4 | 8,33 |
| b) dos veces por semana | 18 | 37,5 |
| c) tres veces por semana | 26 | 54,17 |
| d) Todos los días | 0 | 0 |
| TOTAL | 48 | 100 % |

GRÁFICO N°9



FUENTE: Encuesta Aplicada a madres de niños/as con PC, HANM, Servicio de Rehabilitación, 2013
INVESTIGACIÓN: Lcda. Sayra Lara

Análisis e Interpretación de resultados

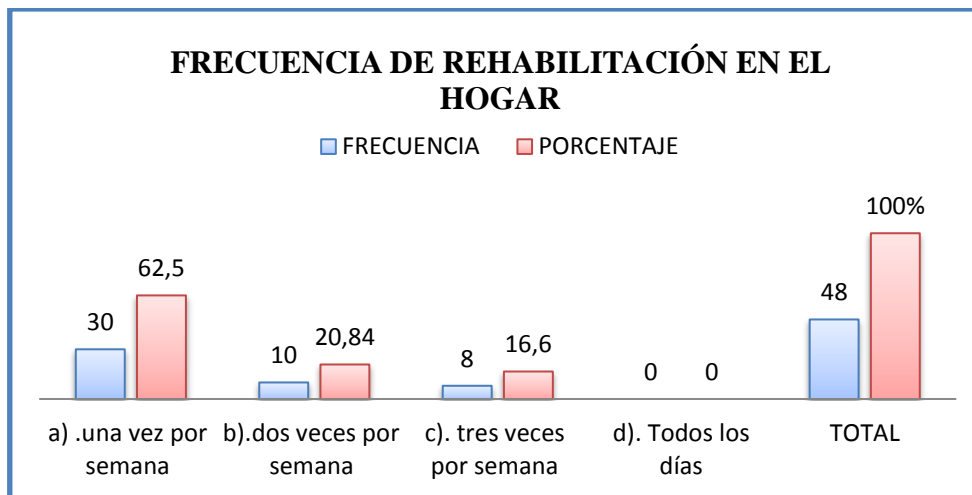
Según el análisis de datos el 8% de madres acude al servicio de rehabilitación con su niño/a una vez por semana ,18% dos veces a la semana, mientras que el 54% de pacientes acude de 3 días por semana siendo la de mayor frecuencia, considerando que la fisioterapia es el tratamiento no farmacológico que ayuda al niño/a con parálisis a ser independiente y adaptarse a sus fluctuantes circunstancias para que pueda enfrentar mayores desafíos.

10. ¿Cuántas veces por semana el niño /a con parálisis cerebral, que está a su cuidado recibe terapia física y rehabilitación en su hogar?

CUADRON° 10

| FRECUENCIA DE REHABILITACIÓN EN EL HOGAR | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--|------------|--------------|
| a) una vez por semana | 30 | 62,5 |
| b) dos veces por semana | 10 | 20,84 |
| c) tres veces por semana | 8 | 16,6 |
| d) Todos los días | 0 | 0 |
| TOTAL | 48 | 100 % |

GRÁFICO N°10



FUENTE: Encuesta Aplicada a madres de niños/as con PC, HANM, Servicio de Rehabilitación, 2013
 INVESTIGACIÓN: Leda. Sayra Lara

Análisis e Interpretación de resultados

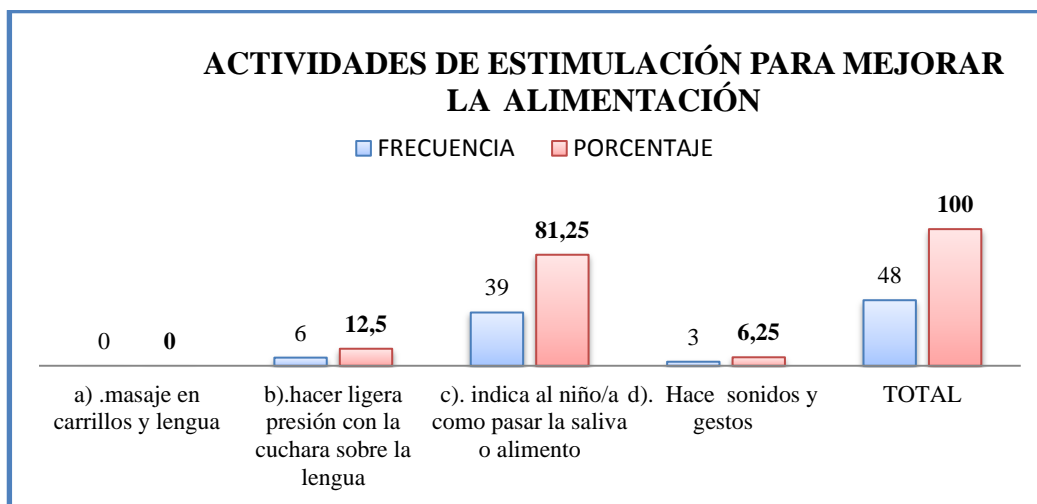
De acuerdo al resultado el 16,6 % de niños/as con parálisis reciben tres veces a la semana continuidad en el hogar de la terapia física y rehabilitación, seguido por el 20,84 % que lo recibe dos veces a la semana, finalmente un alto porcentaje el 62,5 recibe una vez por semana siendo una determinante importante ya que es la terapia física y rehabilitación lo que ayudará al niño/a mejorar sus movimientos, destrezas motoras, por lo tanto una mejoría en su autonomía y calidad de vida

11. ¿Qué actividades de estimulación realiza con su niño/a en el hogar para mejorar su Alimentación?

CUADRON° 11

| ACTIVIDADES DE ESTIMULACIÓN PARA ALIMENTACIÓN | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--|------------|------------|
| a)masaje en carrillos y lengua | 0 | 0 |
| b) hacer ligera presión con la cuchara sobre la lengua | 6 | 12,5 |
| c) indica al niño/a como pasar la saliva o alimento, | 39 | 81,25 |
| d)Hace sonidos y gestos | 3 | 6,25 |
| TOTAL | 48 | 100 |

GRÁFICO N°11



FUENTE: Encuesta Aplicada a madres de niños/as con PC, HANM, Servicio de Rehabilitación, 2013
INVESTIGACIÓN: Lcda. Sayra Lara

Análisis e Interpretación de resultados

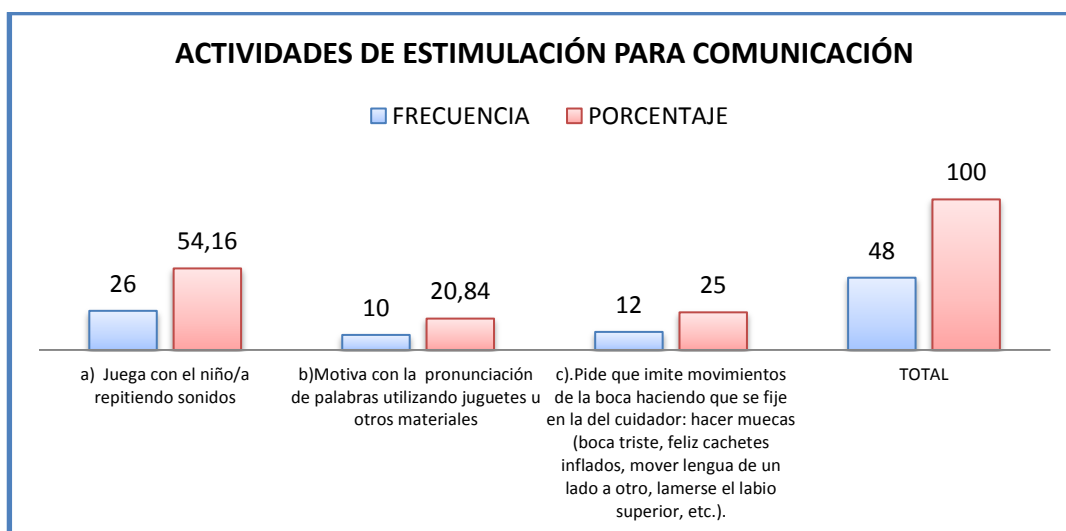
Los resultados demuestran que el 81,25 %de las madres muestra al niño/a cómo alimentarse pasando la saliva y alimento, el 12,5 de madres hace ligera presión con la cuchara sobre la lengua y un mínimo porcentaje correspondiente al 6,25 % realiza sonidos y gestos. La estimulación promueve el aprovechamiento de la capacidad de aprendizaje y adaptabilidad del cerebro del bebé mediante una serie de estímulos que fijan la atención e interés del pequeño para potenciar las funciones cerebrales del niño

12. ¿Qué actividades de estimulación realiza con su niño/a en el hogar para mejorarla comunicación del niño/a?

CUADRON° 12

| ACTIVIDADES DE ESTIMULACIÓN PARA COMUNICACIÓN | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--|------------|------------|
| a) Juega con el niño/a repitiendo sonidos | 26 | 54,16 |
| b) Motiva con la pronunciación de palabras utilizando juguetes u otros materiales | 10 | 20,84 |
| c) Pide que imite movimientos de la boca haciendo que se fije en la del cuidador: hacer muecas | 12 | 25 |
| TOTAL | 48 | 100 |

GRÁFICO N°12



FUENTE: Encuesta Aplicada a madres de niños/as con PC, HANM, Servicio de Rehabilitación, 2013

INVESTIGACIÓN: Lcda. Sayra Lara

Análisis e Interpretación de resultados

Como se observa en la gráfica el 54,16 % de madres para estimular la comunicación realiza juegos repitiendo sonidos, a diferencia del 12 % de madres que enseña al niño a imitar movimientos, por otro lado un 10% de madres motiva la pronunciación de palabras sencillas considerando que estos parámetros fueron establecidos de acuerdo con la edad de la población objetivo.

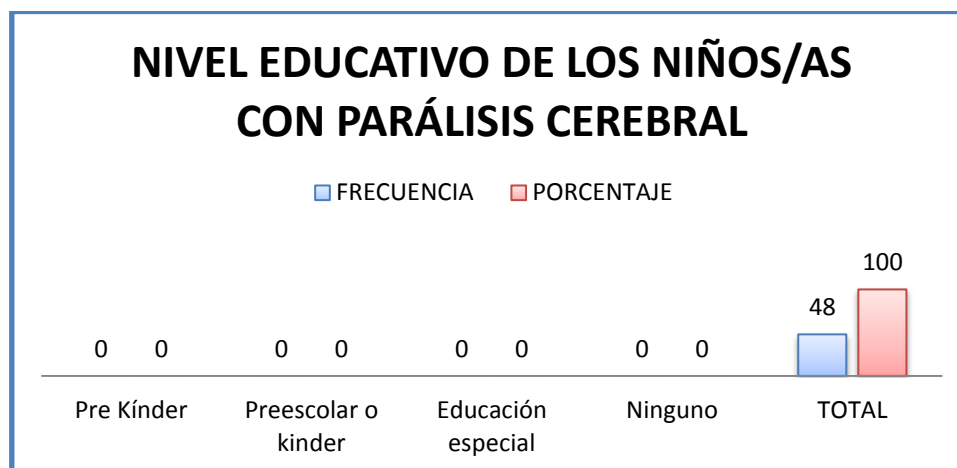
NIVEL EDUCATIVO

13. ¿El niño/a que está a su cuidado asiste alguna Institución educativa, especial?

CUADRO N° 13

| NIVEL EDUCATIVO | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|------------------------|------------|------------|
| a) Pre Kínder | 0 | 0 |
| b) Preescolar o kínder | 0 | 0 |
| c) Educación especial | 0 | 0 |
| d) Ninguno | 0 | 0 |
| TOTAL | 48 | 100 |

GRÁFICO N°13



FUENTE: Encuesta Aplicada a madres de niños/as con PC, HANM, Servicio de Rehabilitación, 2013
INVESTIGACIÓN: Lcda. Sayra Lara

Análisis e Interpretación de resultados

Los resultados demuestran que 100% de niños/as con parálisis cerebral no asisten a ninguna institución pública, privada y especial, situación preocupante ya que excluye de su derecho a la educación debido a su condición, lo que influye en una débil autonomía del niño/a con parálisis cerebral para desarrollarse en el ámbito educativo.

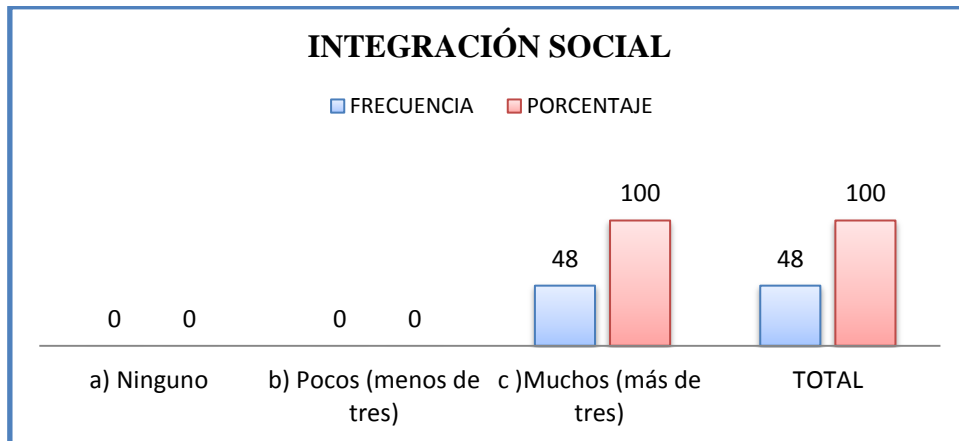
INTEGRACIÓN SOCIAL

14. ¿Cuántos amigos tiene el niño /a con parálisis cerebral, que está a su cuidado?

CUADRON° 14

| INTEGRACIÓN SOCIAL | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------------------|------------|------------|
| a) Ninguno | 0 | 0 |
| b) Pocos (menos de tres) | 0 | 0 |
| c) Muchos (más de tres) | 48 | 100 |
| TOTAL | 48 | 100 |

GRÁFICO N°14



FUENTE: Encuesta Aplicada a madres de niños/as con PC, HANM, Servicio de Rehabilitación, 2013
INVESTIGACIÓN: Lcda. Sayra Lara

Análisis e Interpretación de resultados

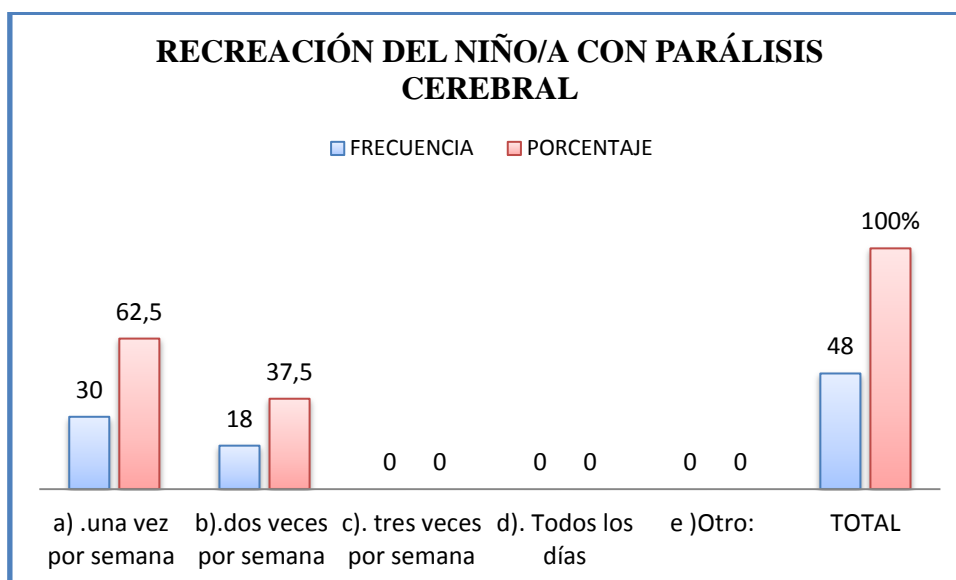
Se puede observar que el 100 % de los niños con parálisis cerebral son integrados socialmente permitiendo desarrollarse como personas activas, productivas y capaces de expresar pensamientos, ideas y sentimientos.

15.¿Con qué frecuencia lleva al niño /a con parálisis cerebral, que está a su cuidado a diferentes lugares públicos y recreativos (parques infantiles, eventos, otros)?

CUADRON° 15

| RECREACIÓN | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|---------------------------|------------|------------|
| a).una vez por semana | 30 | 62,5 |
| b).dos veces por semana | 18 | 37,5 |
| c). tres veces por semana | 0 | 0 |
| d).Todos los días | 0 | 0 |
| e)Otro: | 0 | 0 |
| TOTAL | 48 | 100% |

GRÁFICON°15



FUENTE: Encuesta Aplicada a madres de niños/as con PC, HANM, Servicio de Rehabilitación, 2013
 INVESTIGACIÓN: Lcda. Sayra Lara

Análisis e Interpretación de resultados

Los resultados de la encuesta referente a la recreación arroja que el 62,5 % lleva su niño/a con parálisis cerebral una vez por semana y el 18 % con una frecuencia de dos veces por semana, considerando que la interacción social y del entorno influye en el desarrollo psicomotor de los niños.

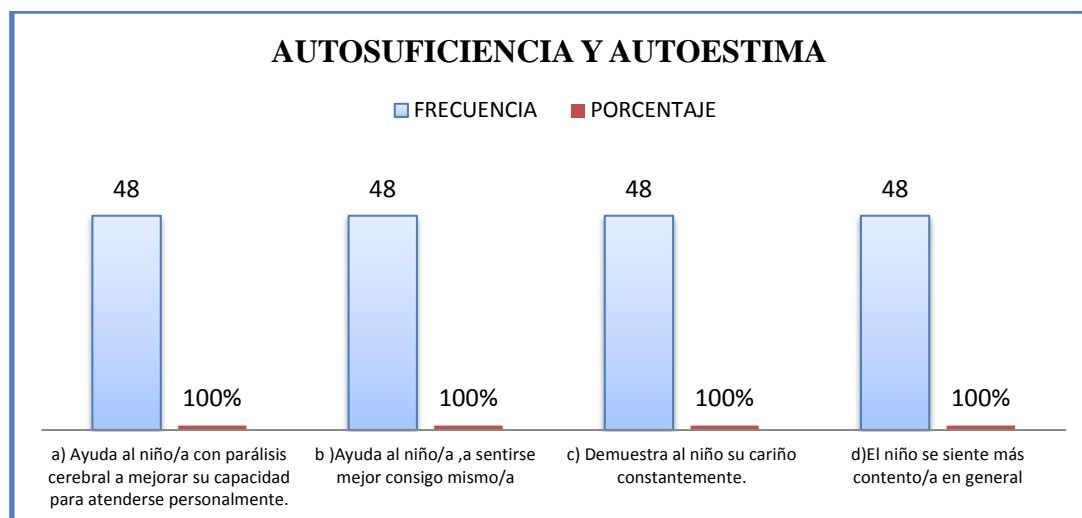
AUTOSUFICIENCIA Y AUTOESTIMA

16. ¿Durante el último año el niño /a con parálisis cerebral, que está a su cuidado ha mejorado la imagen que tiene de sí mismo(a)?

TABLA N° 16

| ALTERNATIVAS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--|------------|------------|
| a) Ayuda al niño/a con parálisis cerebral a mejorar su capacidad para atenderse personalmente. | 48 | 100 % |
| b)Ayuda al niño/a ,a sentirse mejor consigo mismo/a | 48 | 100% |
| c) Demuestra al niño su cariño constantemente. | 48 | 100 % |
| d) El niño se siente más contento/a en general | 48 | 100% |

CUADRO N°16



FUENTE: Encuesta Aplicada a madres de niños/as con PC, HANM, Servicio de Rehabilitación, 2013

INVESTIGACIÓN: Lcda. Sayra Lara

Análisis e Interpretación de resultados

Se puede observar que en todos los parámetros para evaluar la autosuficiencia y autoestima el 100 % de las madres aplican estas medidas a los niños con parálisis cerebral ,los mismos que son integrados socialmente permitiendo desarrollarse como una personas activas, productivas y capaces de expresar sus propias ideas y conocimientos

1 Comprobación de Hipótesis

Los resultados de impacto demostrados confirman la hipótesis, ya que la Parálisis Cerebral mejora con el cuidado familiar en los niños de 2 a 5 años que asisten al Servicio de Terapia Física y Rehabilitación del Hospital Alfredo Noboa Montenegro.

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 CONCLUSIONES

La información obtenida de la investigación nos permite llegar a las siguientes conclusiones:

- ✚ Se determinó que el 100 % de niños/as con parálisis cerebral reciben el cuidado por parte de sus madres, patología que afecta mayoritariamente a la población femenina concentrándose en la edad de 2 años, cuya etiología prevalentemente es adquirida en el período perinatal y postnatal, es decir durante el parto o en los momentos inmediatamente posteriores al nacimiento.
- ✚ El tipo de parálisis cerebral que afecta a los niños y niñas de 2 a 5 años con esta patología que asisten al Servicio de Terapia Física y Rehabilitación del Hospital Alfredo Noboa Montenegro es predominantemente espástica.
- ✚ Con relación a la frecuencia de sesiones terapéuticas recibidas en el Servicio de Terapia Física y Rehabilitación del Hospital Alfredo Noboa Montenegro, un alto porcentaje de niños/niñas con parálisis cerebral no recibe similar continuidad de terapia física en su hogar, u otras terapias alternativas de tratamiento.
- ✚ Se destaca un resultado de impacto de la presente investigación, en su totalidad los niños objeto de estudio no están insertados en el ámbito educativo público y privado.
- ✚ El nivel de conocimientos de las madres sobre el cuidado familiar en los ámbitos de higiene general, integración social y autoestima es óptimo favoreciendo de esta manera a mejoramiento de la calidad de vida del niño/a con parálisis cerebral.

4.2. RECOMENDACIONES

- ✚ Los padres y/o familiares de los niños/as con parálisis cerebral deben integrarse y participar en el cuidado del niño con parálisis cerebral como miembros importantes del equipo de tratamiento y deben involucrarse íntimamente en todos los pasos de la planificación, toma de decisiones y la administración de tratamientos y terapias alternativas.
- ✚ La atención los niños/as con parálisis cerebral requiere una intervención con enfoque multi e interdisciplinario que involucra muchas áreas de la salud y la educación, por lo tanto los padres y/o familiares de los niños/as en esta condición tienen que reportar a su médico cualquier situación que les inquiete en cuanto a los cuidados generales de sus hijos porque las complicaciones suelen ir incrementando su gravedad hasta llegar al punto de requerir un manejo agresivo o difícil.
- ✚ Propender la inserción del niños/as con parálisis cerebral en el ámbito educativo para mejorar sus capacidades psicomotrices, ayudándole a dominar las actividades de la vida diaria y aumentar al máximo su capacidad de comunicación.
- ✚ Manejo adecuado y responsable de los padres y familiares que están al cuidado del niño/a con parálisis cerebral, sobre la continuidad de rehabilitación y la aplicación de terapias coadyuvantes en el hogar a través de la implementación del plan educativo a ejecutar el personal del Servicio de Rehabilitación del Hospital Alfredo Noboa que ayudará al niño/a con parálisis cerebral a mejorar su autonomía y calidad de vida.

CAPITULO IV

MARCO PROPOSITIVO

4.1. TÍTULO DEL PLAN EDUCATIVO:

“PLAN EDUCATIVO SOBRE TERAPIAS ALTERNATIVAS COADYUVANTES EN EL TRATAMIENTO DE REHABILITACIÓN DE LOS NIÑOS/AS DE 2 A 5 AÑOS CON PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL, DIRIGIDO A LAS MADRES Y/O FAMILIARES”.

4.2.-Localización del Plan Educativo:

Este Plan Educativo se localizara en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro de la ciudad de Guaranda. Provincia Bolívar

4.3.- Unidad responsable:

El diseño para la aplicación de este Plan está a cargo de la UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLIVAR, por medio del DEPARTAMENTO DE POSTGRADO, en colaboración con el personal de terapia física y rehabilitación del Hospital Alfredo Noboa Montenegro.

4.4.- Unidad(es) ejecutora(s):

HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO, SERVICIO DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA, con la participación del personal de salud que labora en esta institución y principalmente en conjunto con las madres y familiares de los niños/as con parálisis cerebral que asisten al Servicio de Terapia Física y Rehabilitación captados en este estudio.

4.5.- Período de ejecución del Plan Educativo:

La aplicación y ejecución de este Plan será de manera continua para capacitar a las madres y/o familiares de los niños/as que ingresan a recibir terapia física y rehabilitación en el servicio.

4.6.- Beneficiarios Directos

Los beneficiarios directos son: niños y niñas menores de 2 a 5 años con parálisis cerebral

4.7.- Beneficiarios Indirectos

A lo largo de toda la ejecución del Plan Educativo los beneficiarios indirectos son: los padres y madres de familia, personal de salud y la población bolivareense.

4.8.- Sustentación de la propuesta

La investigación realizada me permitió determinar que con respecto a la atención médica los niños/as asisten de manera mensual y en lo referente al tratamiento no farmacológico como la terapia física y rehabilitación auditivo oral el 8% de madres acude al servicio de rehabilitación con su niño/a una vez por semana ,el 18% de madres asiste dos veces a la semana, mientras que el 54% de pacientes acude 3 días por semana siendo la de mayor frecuencia, considerando que la terapia física y su consecuente continuidad en el hogar ayuda al niño/a con parálisis a ser independiente y adaptarse a sus fluctuantes circunstancias para que pueda enfrentar mayores desafíos.

Ante lo cual surge la propuesta de diseñar esta propuesta con la finalidad de capacitar sobre terapias alternativas a las madres y/o familiares para mejorar la calidad de vida de los niños/as de 2 a 5 años con parálisis cerebral que asisten al Servicio de Terapia Física y Rehabilitación del Hospital Alfredo Noboa Montenegro de la Ciudad de Guaranda, Provincia Bolívar.

4.9. ANTECEDENTES

El estudio integral del niño con parálisis cerebral ligera y moderada y su familia ha permitido caracterizar importantes aspectos de esta problemática en su visión integral médica, educativa y social. En primer lugar la parálisis cerebral como evento médico tiene pocas posibilidades de ser prevenida de acuerdo a su caracterización prenatal y postnatal y en consecuencia, estos infantes estarán presentes como una realidad en nuestras comunidades y merecen una atención esmerada desde un punto de vista integral.

La caracterización de las familias es sugestiva de que en ellas prevalecen aspectos susceptibles de ser mejorados mediante la educación, intervención y atención, todo lo cual repercutirá favorablemente en la calidad de vida del niño y sus familiares.

Posterior a la investigación realizada sobre el nivel de conocimientos sobre el cuidado de los niños/as de 2 a 5 años con parálisis cerebral y su cuidado familiar, se identificó que la mayoría de las madres y/o familiares poseen sobre cuidados generales básicos, sin embargo a nivel terapéutico los niños reciben únicamente terapia física y rehabilitación siendo importante coadyuvar con otras terapia con la finalidad de mejorar su calidad de vida.

3. OBJETIVOS:

a. OBJETIVO GENERAL:

- ✚ Capacitar a las madres y/o familiares sobre terapias alternativas coadyuvantes en el tratamiento de rehabilitación de los niños/as de 2 a 5 años con parálisis cerebral que asisten al Servicio de Terapia Física y Rehabilitación del Hospital Alfredo Noboa Montenegro de la Ciudad de Guaranda, Provincia Bolívar.

b. OBJETIVO ESPECÍFICOS:

- ✚ Socializar los resultados de la aplicación de la encuesta de conocimientos sobre el cuidado familiar los niños/as de 2 a 5 años con parálisis cerebral.
- ✚ Determinar las Terapias alternativas coadyuvantes en el tratamiento de rehabilitación de los niños/as de 2 a 5 años con parálisis cerebral para aplicarse en el hogar.
- ✚ Elaborar talleres de capacitación continua sobre temas de terapias alternativas para ser aplicadas a los niños con parálisis en el hogar.

4. JUSTIFICACIÓN



Luego de levantar una línea de base sobre los conocimientos de las madres y/o familiares que están al cuidado de los niños/as de 2 a 5 años con parálisis cerebral que asisten al Servicio de Terapia Física y Rehabilitación del Hospital Alfredo Noboa Montenegro de la Ciudad de Guaranda, se ha determinado que a nivel familiar no se aplica en el niño otras opciones terapéuticas que apoyen el desarrollo de habilidades y destrezas por lo que es necesario el planteamiento de un **“PLAN EDUCATIVO SOBRE TERAPIAS ALTERNATIVAS COADYUVANTES EN EL TRATAMIENTO DE REHABILITACIÓN DE LOS NIÑOS/AS DE 2 A 5 AÑOS CON PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL, DIRIGIDO A LAS MADRES Y/O FAMILIARES“**.

En este contexto propongo el desarrollo y ejecución del siguiente Plan Educativo para mejorar las áreas de planificación motora e integración sensorial del niño/a con parálisis cerebral con la finalidad de mejorar la autonomía en las actividades de la vida diaria de los niños con esta patología.

TALLER # 1

PLAN DE EDUCACIÓN

Tema: HIPOTERAPIA

| OBJETIVO | CONTENIDO | ACTIVIDADES | RESPONSABLES | RECURSOS | TIEMPO | COSTO TOTAL |
|--|---|---|---|---|--|-----------------------------------|
| Mejorar el equilibrio y la movilidad, las funciones de comunicación y de comportamiento de los niños/as de 2 a 5 años con parálisis cerebral que asisten al Servicio de Terapia Física y Rehabilitación del Hospital Alfredo Noboa Montenegro | 1. Definición de la Hipoterapia 1.1. Funcionamiento de Hipoterapia 1.2. Beneficios de Hipoterapia 1.3. Consideraciones para la aplicación en los niños/as con parálisis cerebral | Saludo Presentación Dinámica Presentación de la temática. Dinámica Evaluación a través de preguntas y respuestas | Personal del Servicio de Terapia Física del Hospital Alfredo Noboa Montenegro | *HUMANOS Personal del Servicio de Terapia Física del Hospital Alfredo Noboa Montenegro MATERIALES Retroproyector Presentación Power Point Videos  Cartulina  Fómix  Cinta adhesiva  Marcadores  Pizarra Hojas | taller de 45 minutos 2 veces a la semana | MATERIALES \$140,00 |

DESARROLLO DEL CONTENIDO DEL TALLER N° 1

1.1. DEFINICIÓN DE HIPOTERAPIA



Es la monta terapéutica; es una actividad rehabilitadora, reconocida en todo el mundo. Consiste en aprovechar los movimientos tridimensionales del caballo para estimular los músculos y articulaciones. Además, el contacto con el caballo, aporta facetas terapéuticas a niveles cognitivos, comunicativos y de personalidad.

Esta terapia, es una alternativa terapéutica que aprovecha los movimientos del caballo para tratar diferentes tipos de afecciones. Es un tratamiento que usa el movimiento multidimensional del caballo. Es un entrenamiento especial físico, que se puede usar terapéuticamente como tratamiento médico, para pacientes con disfunciones de movimiento y otras enfermedades como la parálisis cerebral.

1.2. Funcionamiento de la Hipoterapia

El paseo a caballo, provee una entrada sensorial a través del movimiento variable, rítmico y repetitivo. La respuesta del movimiento resultante en el paciente, es semejante a los movimientos humanos de la pelvis cuando anda. La variabilidad de la marcha del caballo, posibilita terapéuticamente graduar el grado de sensaciones que recibe el paciente. Físicamente, la hipoterapia puede mejorar el equilibrio y la movilidad, aunque también puede afectar positivamente a las funciones de comunicación y de comportamiento para pacientes de todas las edades.

1.3. Beneficios de la Hipoterapia

Por su naturalidad, la equitación terapéutica, influye en los niños y niñas con parálisis cerebral en su totalidad y el efecto en todo el cuerpo, esta terapia hace que el paciente reciba un estímulo físico en todo su cuerpo, haciendo que zonas que jamás han sido estimuladas físicamente, reciban estímulos, lo cual puede causar efectos increíbles en su funcionamiento motor.

1.3 Consideraciones para la aplicación en los niños/as con parálisis cerebral

Una terapia ocupacional con un caballo adecuado, requiere de una consulta para establecer el programa, dirigir específicamente las sesiones a las áreas de planificación motora e integración sensorial del paciente. El caballo, se selecciona para los pacientes cuidadosamente

por sus movimientos y su comportamiento. El paciente, en función de las indicaciones del terapeuta, puede adoptar diferentes posturas en el caballo en diferentes sesiones.

Para poder montar en el caballo, debe seguir unos pasos en las primeras sesiones y dependiendo del tipo de afección, se comenzará realizando unos primeros contactos con el caballo desde abajo. Conocer un poco al animal y entablar una cierta relación de contacto. Esto suele ser durante la primera o las primeras dos sesiones. Se le debe explicar a la madre, en qué consiste su tratamiento, qué es lo que tiene que hacer en el caballo y cuáles son los riesgos que puede correr. Claro está, que en el caso de niños, estas explicaciones deben ser inteligibles para él.

Antes de montar por primera vez, el paciente debe pasar una evaluación por parte del personal sanitario del centro, el cual, valorará el grado de afección en función de su exploración y de la información médica que pueda o deba aportar el paciente y establecerá: si el paciente puede o no montar a caballo. Antes de cada sesión las madres y/o familiares de los niños/as con parálisis cerebral deberán hacer un calentamiento previo, de manera que sus músculos y articulaciones estén preparados para el ejercicio que tendrá sobre el caballo. Este calentamiento, puede durar entre 15 y 20 minutos. El tiempo de trabajo en el caballo es variable, pero inicialmente, suele durar entre 15 y 30 minutos. En el paciente que sufre parálisis cerebral, además de afecciones sensoriales (sordera, vista y habla). La ilusión de toda la semana es su cita con el caballo, donde sus progresos son evidentes.

El caballo siempre es conducido por un auxiliar; solamente en los pacientes que tienen una considerable práctica y demuestren que han adquirido un cierto nivel en la equitación, se les permite montar en ausencia del auxiliar, aunque éste, esté a unos metros observando. Para montar sobre el caballo, se emplean diferentes accesorios; unas simples sudaderas, sillas adaptadas o almohadillas pueden servir. También se emplean cinchas de volteo, que cuentan con unas asas donde el paciente puede sujetarse.

Terminado el trabajo sobre el caballo, el paciente debe realizar un proceso de relajación. Gran parte de los pacientes que reciben tratamiento con caballos, deben desplazarse en silla de ruedas, ya que padecen problemas de movilidad que les impide andar. Esto no es un problema para poder acceder al caballo, ya que en estos casos, como en aquellos donde se emplean muletas, andadores u otro tipo de elementos de ayuda, se emplea una rampa de acceso que eleva al paciente a una altura adecuada, para que pueda montar en el caballo cómodamente, con la ayuda de un auxiliar.

DESARROLLO DEL CONTENIDO DEL TALLER # 2.

2. DEFINICIÓN DE HIDROTERAPIA



Empleo del agua con fines terapéuticos, utilizado para tratamiento de disfunciones físicas. Para el niño con parálisis cerebral, el agua es un lugar divertido, un motivador natural para aprender, donde disfruta de la libertad de movimiento sin las restricciones que ofrece la gravedad. Además, es un gran medio para evaluar las necesidades físicas, cognitivas, psicosociales y psicomotoras del pequeño.

2.1. EFECTOS DE LA HIDROTERAPIA

Son cuatro los efectos del agua que hacen que sea ideal como medida terapéutica. Estos efectos son: el efecto mecánico, el térmico, el efecto general y el psicológico; todos ellos pasamos a desglosarlos a continuación:

EFECTO MECÁNICO: Asiste a la movilización activa en caso de debilidad muscular. Redistribuye el flujo sanguíneo, facilitando el retorno venoso de miembros inferiores. Mejora la propiocepción a través de los estímulos exteroceptivos proporcionados por la presión hidrostática Factores hidrodinámicos

La resistencia al movimiento en el agua es igual a una constante (en relación con la viscosidad, densidad, cohesión y adherencia del líquido) por la superficie a mover, por el seno del ángulo formado entre el plano de proyección de la superficie que se desplaza y la dirección del desplazamiento, y por la velocidad al cuadrado. Cualquier cambio de estos factores variables modifica la resistencia, y por tanto, obtenemos las siguientes características: • El movimiento lento no encuentra resistencia apreciable, es decir, a mayor velocidad, mayor resistencia (está elevado al cuadrado). • El aumento de la superficie (aletas) aumenta el trabajo muscular y la resistencia.

EFECTO GENERAL.- Aparte de los dos grandes efectos anteriores, hay otros tipos de reacción, común para las aguas mineromedicinales, llamada reacción general inespecífica. La cura termal es como una pequeña agresión que pone al organismo en fase de respuesta favorable, o de bienestar, aumentando su capacidad de defensa; o negativo es que estos síntomas son malestar general, inapetencia, astenia, ligera hipertermia, trastornos digestivos, leucocitosis, hipotensión arterial. Todo este cuadro sintomático conocido como reacción termal en ocasiones puede obligar al abandono de la terapia; se puede intentar prevenir no fatigando al paciente, y dosificando el tratamiento de forma progresiva y suave, sobre todo en las primeras sesiones del mismo.

EFECTO PSICOLÓGICO.- Tiene un claro efecto psicológico en las afecciones en las cuales el agua facilita el movimiento o disminuye las resistencias, de manera que el individuo ejecuta movimientos o acciones que de otra manera no puede realizar. Además el agua fría provoca una sensación de estímulo o vigilia y el agua caliente un estado de somnolencia, sedación y sueño. Además tenemos tratamientos en grupo que aumentan el grado de relación con otros pacientes y ello conlleva también un efecto placebo.

2.2. BENEFICIOS DE LA HIDROTERAPIA.

Los beneficios de la hidroterapia para la salud están más que comprobados, solo la sensación de estar sumergido en el agua, produce bienestar al cuerpo y a la mente, ideal para reducir el estrés, pero si además se utilizan métodos de presión por agua o efectos de cambios térmicos entre otras características, nos podemos beneficiar enormemente de la hidroterapia. Los beneficios terapéuticos de la hidroterapia y la práctica de ejercicio en agua caliente produce:

- ✚ Relaja, tonifica los músculos en su mayoría, los músculos se hacen más fuertes y resistentes a lesiones.
- ✚ Localidad de vida mejora sustancialmente, aumentando la autoestima
- ✚ Fortalecimiento el sistema cardio-pulmonar.
- ✚ Estimula la circulación sanguínea.
- ✚ Ayuda a mantener una presión arterial estable.
- ✚ Reduce el riesgo de enfermedades cardiovasculares.
- ✚ Desarrolla la mayor parte de grupos musculares
- ✚ Facilita la eliminación de secreciones bronquiales.
- ✚ Mejora la postura corporal y desarrolla la flexibilidad.
- ✚ Alivia tensiones generando estados de ánimo positivos.
- ✚ Ayuda a mejorar estados de ansiedad y aliviar síntomas de depresión.
- ✚ Relaja la excesiva tonicidad muscular de la tarea diaria.
- ✚ Estimula el crecimiento y el desarrollo físico-psíquico.
- ✚ Mejora el desarrollo psicomotor.
- ✚ Favorece la autoestima.

2.3. CONSIDERACIONES PARA LA APLICACIÓN DE LA HIDROTERAPIA

Bajo la supervisión correcta, la hidroterapia es prácticamente una forma libre de riesgo de la terapia para niños con parálisis cerebral. La piscina ofrece un ambiente ideal para pacientes con PC. La flotabilidad del agua alivia el estrés, normalmente se colocan sobre los músculos por la gravedad. El agua también le da al niño una gama más grande de movimiento y coordinación, lo que permite al niño la oportunidad para fortalecer los músculos y mejorar la coordinación. Además, la sensación del agua en el cuerpo es buena para el desarrollo neurológico.

2.3.1. Ambiente Seguro

La natación es considerada más segura que la terapia física porque a diferencia de la terapia de la tierra, no hay superficies duras en la piscina para que el niño cae y se lastima a sí mismo sobre. Siempre y cuando no hay un terapeuta calificado nadar en el agua con su hijo, el agua resultará ser un entorno seguro. Un niño con parálisis cerebral no debe dejarse nunca en una piscina sin supervisión de un adulto.

2.3.2. Temperatura del agua

El agua caliente es el más beneficioso para los niños con parálisis cerebral porque el agua caliente relaja los músculos rígidos. El agua fría puede tener un efecto de congelación en los espasmos musculares, por lo que la tarea de nadar difícil. Siempre asegúrese que la temperatura del agua está caliente cuando se utiliza la actividad de la natación con fines terapéuticos

TALLER # 2

Tema: HIDROTERAPIA

| OBJETIVO | CONTENIDO | ACTIVIDADES | RESPONSABLES | RECURSOS | TIEMPO | COSTO |
|---|--|--|---|--|--------------------------------|---|
| Incrementar los conocimientos de las madres sobre la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida. | <p>2. Definición de la Hidroterapia</p> <p>2.1.Efectos de la Hidroterapia</p> <p>2.2. Beneficios de la Hidroterapia</p> <p>2.3. Consideraciones para la aplicación de la hidroterapia en los niños/as con parálisis cerebral</p> | <p>Saludo</p> <p>Presentación</p> <p>Dinámica “Miembros de la familia”</p> <p>Lluvia de ideas</p> <p>Presentación de la temática.</p> <p>Dinámica</p> <p>Evaluación a través de preguntas y respuestas</p> | Personal del Servicio de Terapia Física del Hospital Alfredo Noboa Montenegro | <p>*HUMANOS</p> <p>Personal del Servicio de Terapia Física del Hospital Alfredo Noboa Montenegro</p> <p>MATERIALES</p> <p>Presentación Power Point</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Retroproyector ▪ Proyector ▪ Pizarra móvil ▪ Pizarra musical ▪ Electrónico ▪ Disco y casetes ▪ Episcopios ▪ Lápicede colores | 1 día por taller de 45 minutos | <p>MATERIALES</p> <p>ALES</p> <p>\$100,00</p> |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | <ul style="list-style-type: none">▪ Ceras▪ Sillas▪ Instrumentos de percusión▪ Vídeo▪ Otros  | | |
|--|--|--|--|--|--|--|

DESARROLLO DEL CONTENIDO DEL TALLER # 3.

2. DEFINICIÓN DE LA MUSICOTERAPIA



La Musicoterapia se puede definir desde dos puntos de vista: desde el punto de vista científico y desde el punto de vista terapéutico. Desde el punto de vista científico “la Musicoterapia es una especialización científica que se ocupa del estudio e investigación del complejo sonido-ser humano, sea el sonido musical o no, tendente a buscar los elementos diagnósticos y los métodos terapéuticos del mismo”.

Desde el otro punto de vista: “la musicoterapia es una disciplina paramédica, que utiliza en sonido, la música y el movimiento, para producir efectos regresivos y abrir canales de comunicación con el objetivo de emprender a través de ellos el proceso de entrenamiento y recuperación del paciente para la sociedad”.

3.1. EFECTOS DE LA MUSICOTERAPIA

Los pacientes suelen reaccionar normalmente a los elementos de la música a su dinamismo y a su atractivo emocional e intelectual. Reaccionan normalmente al carácter convencional de la música: alegre, triste, excitante, o sedante. Habido distinción entre los efectos emocionales y los puramente físicos de la música sobre el hombre.

La musicoterapia es una disciplina que puede ser desarrollada en forma individual o grupal y promueve relaciones que evolucionan por medio de las experiencias musicales como fuerzas dinámicas, por tanto estas relaciones suponen empatía, intimidad, comunicación, influencia recíproca (entre terapeuta y paciente) y relación como función terapéutica.

3.2. BENEFICIOS DE LA MUSICOTERAPIA







La música y las actividades musicales poseen una influencia beneficiosa sobre el nivel de tensión, perturbación, hipersensibilidad y tono afectivo de muchos niños con parálisis cerebral.

- ✚ Desarrollar la discriminación auditiva
- ✚ Adquirir destrezas y medios de expresión
- ✚ Desarrollar la locución
- ✚ Acercamiento al mundo sonoro
- ✚ Reforzamiento de la autoestima
- ✚ Adquisición de seguridad y confianza y se comunique terapeuta y con el grupo
- ✚ Reconocimiento de pequeños motivos musicales, o canciones.
- ✚ Seguimiento de instrucciones simples
- ✚ Integración a las actividades que se realicen a través de música o gestos, la voz y la palabra.

3.3. MATERIALES PARA ESTA TÉCNICA

El material, que se suele emplear en una sesión de Musicoterapia, es amplísimo, debido sobre todo, al gran número de actividades que se pueden realizar en un tratamiento continuo con niños deficientes (tanto físicos como mentales)

Podemos citar los siguientes objetos:

-  Pizarra musical
-  Electrónico
-  Disco y cassetes
-  Instrumentos de percusión
-  Vídeo
-  Otros

Es necesario comenzar el tratamiento utilizando instrumentos de percusión simple. Siguiendo un ritmo ascendente los clasificaremos en: Percusión, Melódicos, Armónicos.

TALLER # 3

Tema: Musicoterapia

| OBJETIVO | CONTENIDO | ACTIVIDADES | RESPONSABLES | RECURSOS | TIEMPO | COSTO |
|---|---|--|--|--|--|---|
| <p>Orientar a las madres sobre integración a las actividades de su niño/a con parálisis cerebral que se realicen a través de musicoterapia para la adquisición de destrezas y medios de expresión.</p> | <p>3.Definición de la Musicoterapia</p> <p>3.1.Efectos de la Musicoterapia</p> <p>3.2.Beneficios de la Musicoterapia</p> <p>3.3 Consideraciones para la aplicación de la Musicoterapia en los niños/as con parálisis cerebral</p> | <p>Saludo</p> <p>Presentación</p> <p>Dinámica</p> <p>Presentación de la temática.</p> <p>Dinámica</p> <p>Evaluación a través de preguntas y respuestas</p> | <p>Personal de Salud del Servicio de terapia física y Rehabilitación</p> | <p>*HUMANOS</p> <p>Personal del Servicio</p> <p>*MATERIALES</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Computadora ▪ Grabadora ▪ Pizarra musical ▪ Electrónico ▪ CDs ▪ Instrumentos de percusión ▪ Vídeos | <p>un día por taller de 45 minutos</p> | <p>MATERIALES</p> <p>\$1030,00</p> |

DESARROLLO DEL CONTENIDO DEL TALLER # 4

4. DEFINICIÓN DE LA AROMATERAPIA



La Aromaterapia es una disciplina terapéutica que aprovecha las propiedades de los aceites esenciales extraídos de las plantas aromáticas, para restablecer el equilibrio y armonía del cuerpo y de la mente.

4.1 FUNCIONAMIENTO LA AROMATERAPIA

El **olfato** es un sentido que no descansa jamás, ni siquiera cuando estamos dormidos, pues nos da información constante mediante olores de dónde estamos, quién está cerca, el ambiente que nos rodea, etc. y hay una relación estrecha entre el olfato y la Aromaterapia. Los aromas (buenos o malos) entran por la nariz alcanzando la mucosa olfativa, lugar en que están las células olfativas sensoriales, las células de sostén (las células de sostén rodean a las neuronas y desempeñan funciones de soporte, defensa, nutrición y regulación de la composición del material intercelular) y las células basales (las células basales son células normales que tienen la capacidad de desarrollar cambios). El moco acuoso es el que se encarga de transportar los aromas a los cilios (pequeños apéndices móviles de longitud regular que

están en las células), y estos transforman los olores en señales químicas. Las señales aromáticas son conducidas por unas células receptoras especiales hacia el sistema límbico y al hipotálamo. Al poco tiempo, gran parte de la señal olorosa alcanza la corteza cerebral haciéndonos tomar conciencia del olor percibido.

EFECTOS DE LA AROMATERAPIA



La Aromaterapia se concentra en el sentido del olfato y del tacto ya que de ellos depende beneficiarse de los aromas ya que las personas responden a los olores a un nivel emocional superior al de los otros sentidos. Un aroma puede desencadenar toda una sucesión de recuerdos casi olvidados - la zona del cerebro asociada con el olor es la misma que la de la memoria. La región olfatoria es el único lugar de nuestro cuerpo donde el sistema central está relacionado estrechamente con el mundo exterior, de este modo, los estímulos olfativos llegan directamente a las centrales de conexiones más internas de nuestro cerebro. Las neuronas de la región olfatoria son neuronas sensitivas primarias y forman parte de las neuronas cerebrales. El usar el tacto es un instinto humano y una necesidad fundamental. La cultura humana ha empleado persistentemente el tacto como medio de comunicación, o bien en un contexto terapéutico o simplemente como expresión de solicitud y afecto. El tacto influye también en el sistema nervioso autónomo, relajando y vigorizando el cuerpo al mismo tiempo, y las investigaciones han demostrado que fomenta la secreción de endorfinas, conocidas como “las hormonas de la felicidad”, que actúan como narcóticos naturales del cuerpo al reducir el dolor y al producir una sensación de alborozo y bienestar.

4.2. BENEFICIOS DE LA AROMATERAPIA

Liberación del estrés y el tratamiento de desequilibrios en el sistema nervioso como la ansiedad, el insomnio, la depresión. Gracias a las propiedades de los aceites esenciales naturales que utiliza, esta terapia es muy beneficiosa para los niños y niñas con parálisis cerebral para mejorar la función pulmonar y, en general, para el tratamiento de infecciones y enfermedades relacionadas con el sistema respiratorio. Por los efectos analgésicos y antiinflamatorios de los aceites, la aroma terapia es excelente para aliviar dolores musculares, dolores de cabeza y reducir inflamaciones.

La aroma terapia ofrece muchos beneficios, por lo que se trata de una terapia alternativa que puedes aprovechar para mejorar o solucionar algunos de los problemas que afectan tanto a tu salud mental como física.

3.3. MATERIALES PARA ESTA TÉCNICA

En sus diversas aplicaciones en el campo de la aromaterapia tenemos:

- ✚ Los aceites esenciales en diluciones adecuadas, ya sea en aceites vegetales o en cremas naturales
- ✚ Aromatizadores
- ✚ Evaporizadores
- ✚ Difusores de Aceites
- ✚ Velas Aromáticas
- ✚ Sahumerios

3.4 CONSIDERACIONES PARA LA APLICACIÓN DE LA AROMATERAPIA

Se debe remarcar que los **aceites esenciales** no se deben aplicar directamente sobre la piel, porque la mayoría son altamente concentrados y pueden provocar reacciones como quemaduras, irritaciones, etc. Las manchas de aceites esenciales son casi imposibles de quitar. Se debe mezclar en un recipiente en donde debe colocarse agua en la parte superior y entre 4 a 6 gotas, manipular con cuidado ya que el único punto débil de los aromatizadores es que se deben manipular aceites esenciales (para colocar dentro del agua) y estos suelen derramarse o manchar si no se los tratan con sumo cuidado (o si se tiene un accidente). Con respecto a las velas se debe tener mucho cuidado de mantener alejadas las velas de cualquier objeto inflamable.

La incineración de sustancias aromáticas como son los sahumerios es utilizada para estimular el olfato y al sistema límbico (afectividad), estos productos son menos peligrosos, puesto que se pueden dejar encendidos sin correr ningún peligro de incendio. Es preferible colocarlos en los porta-sahumerios para que la ceniza caiga en ellos y no ensucie a los muebles

TALLER # 3

Tema: Aromaterapia

| OBJETIVO | CONTENIDO | ACTIVIDADES | RESPONSABLES | RECURSOS | TIEMPO | COSTO |
|---|---|--|---|---|---------------------------------|-------------------------------|
| Orientar a las madres sobre el funcionamiento y aplicación de la aromaterapia en la vida de los niños/as con parálisis cerebral para la adquisición de armonía en estados psíquicos emocionales y espirituales | 3. Definición de la Aromaterapia 3.1. Efectos de la Aromaterapia 3.2. Beneficios de la Aromaterapia 3.3 Consideraciones para la aplicación de la Aromaterapia en los niños/as con parálisis cerebral | Saludo Presentación Dinámica Presentación de la temática. Práctica de la temática Dinámica Evaluación a través de preguntas y respuestas | Personal de Salud del Servicio de terapia física y Rehabilitación | *HUMANOS Personal del Servicio *MATERIALES Computadora Grabadora Vídeo Aceites esenciales Otros Aromatizadores Evaporizadores Difusores Velas Aromáticas Sahumerios | un día por taller de 45 minutos | MATERIALES \$300,00 |

ANEXOS

EVIDENCIA FOTOGRÁFICA

SOCIALIZACIÓN DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN A LA LÍDER DEL

SERVICIO DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN HOSPITAL ALFREDO

NOBOA MONTENEGRO





APLICACIÓN DE ENCUESTAS A LAS MADRES





ENCUESTA DIRIGIDA A LAS MADRES Y/O CUIDADORAS DE LOS NIÑAS Y NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS CON PARÁLISIS CEREBRAL

NOTA:

- La información que nos proporcione será usada confidencialmente en un trabajo investigativo.

- **(MARQUE CON UNA X SU RESPUESTA)**

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA ENCUESTA

| | |
|------------|----------------|
| Fecha: | Encuestador/a: |
| Provincia: | Ciudad: |
| Localidad: | Dirección: |

1. Señalar su relación con el niño/a con parálisis cerebral

| Relación | (X) |
|------------------|------------|
| a) Madre | |
| b)Padre | |
| c)Familiar | |
| d) Otro Describa | |

2. ¿Cuántos años tiene el niño/a con parálisis que está a su cuidado?

| AÑOS | (X) |
|-------------|------------|
| a)2 | |
| b)3 | |
| c)4 | |
| d)5 | |

3. ¿Cuál es el sexo del niño/a con parálisis que está a su cuidado?

Masculino_____ Femenino_____

4. ¿Conoce usted cuál fue la causa de la parálisis cerebral el niño /a, que está a su cuidado?

| CAUSA DE LA PARÁLISIS CEREBRAL | (X) |
|--|------------|
| a)Congénita: Hace referencia a condiciones asociadas con factores intrauterinos | |
| b)Adquiridas: | |
| c) Genéticas | |

5. ¿Conoce que tipo de parálisis cerebral que tiene el niño /a, que está a su cuidado?

| TIPOS | (X) |
|--|------------|
| a)Espástica "rigidez o tensión" en los músculos | |
| b)Atetoid debilidad o flacidez en algunas posiciones y dureza o rigidez en otras, con incoordinación muscular | |
| c) Atáxica dificultad para mantener el equilibrio en diferentes posiciones | |
| d) Mixta. | |
| 3) desconoce | |

CUIDADO FAMILIAR

HIGIENE PERSONAL:

1 ¿Cuántas veces en la semana realiza medidas de higiene general (baño, aseo bucal, etc) al niño /a con parálisis cerebral el que está a su cuidado?

| FRECUENCIA | (X) |
|--------------------------|------------|
| a Una vez por semana | |
| b .Dos veces por semana | |
| c. Tres veces por semana | |
| d. Todos los días | |
| e. Ninguna | |

ALIMENTACIÓN:

8. ¿Cuáles de las siguientes comidas recibe el niño/a completas al día?

| COMIDAS DIARIAS | SI | NO |
|------------------------|-----------|-----------|
| a Desayuno | | |
| b .Almuerzo | | |
| c. Merienda | | |
| d Otra: | | |

SALUD

9. ¿Cuál es la frecuencia con la que lleva al niño/a con Parálisis cerebral para recibir el control médico?

| ASISTENCIA A UNIDADES DE SALUD | (X) |
|--------------------------------|-----|
| a) una vez al mes | |
| b) cada dos meses | |
| c) cada tres meses | |
| d) cada seis meses | |
| e) una vez al año | |
| d Otro: | |

10. ¿Cuántas veces por semana el niño /a con parálisis cerebral, que está a su cuidado recibe terapia física y rehabilitación?

| FRECUENCIA DE REHABILITACIÓN | (X) |
|------------------------------|-----|
| a).una vez por semana | |
| b).dos veces por semana | |
| c). tres veces por semana | |
| d).Todos los días | |
| e)Otro: | |

12. ¿Cuántas veces por semana el niño /a con parálisis cerebral, que está a su cuidado recibe terapia física y rehabilitación en su hogar?

| FRECUENCIA DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN | (X) |
|---|-----|
| a).una vez por semana | |
| b).dos veces por semana | |
| c). tres veces por semana | |
| d).Todos los días | |
| e)Otro: | |

13. ¿Qué actividades de estimulación realiza con su niño/a en el hogar para mejorar su Alimentación?

| ACTIVIDADES DE ESTIMULACIÓN PARA ALIMENTACIÓN | SI | NO |
|--|-----------|-----------|
| a) Masaje en carrillos y lengua | | |
| b) Hacer ligera presión con la cuchara sobre la lengua | | |
| c) indica al niño/a como pasar la saliva o alimento | | |
| d) Hace sonidos y gestos | | |
| TOTAL | | |

14. ¿Qué actividades de estimulación realiza con su niño/a en el hogar para mejorar la comunicación del niño/a?

?

| ACTIVIDADES DE ESTIMULACIÓN PARA COMUNICACIÓN | SI | NO |
|---|-----------|-----------|
| a) Juega con el niño/a repitiendo sonidos | | |
| b) Motiva con la pronunciación de palabras utilizando juguetes u otros materiales | | |
| c) Pide que imite movimientos de la boca haciendo que se fije en la del cuidador: hacer muecas (boca triste, feliz cachetes inflados, mover lengua de un lado a otro, lamerse el labio superior, etc.). | | |
| TOTAL | | |

NIVEL EDUCATIVO

15. ¿El niño/a que está a su cuidado asiste alguna Institución educativa, especial, , responder si el niño/a tiene 4 a 5 años ?

| NIVEL EDUCATIVO | SI | NO |
|------------------------|-----------|-----------|
| Pre Kínder | | |
| Preescolar o kinder | | |

| | | |
|--------------------|--|--|
| Educación especial | | |
| Ninguno | | |
| TOTAL | | |

INTEGRACIÓN SOCIAL

16. ¿Cuántos amigos tiene el niño /a con parálisis cerebral, que está a su cuidado?

| | |
|--------------------------|--|
| a) Ninguno | |
| b) Pocos (menos de tres) | |
| c) Muchos (más de tres) | |

17. ¿Con qué frecuencia lleva al niño /a con parálisis cerebral, que está a su cuidado a diferentes lugares públicos y recreativos (parques infantiles, eventos, otros)?

| | |
|---------------------------|-----|
| RECREACIÓN | (X) |
| a).una vez por semana | |
| b).dos veces por semana | |
| c). tres veces por semana | |
| d).Todos los días | |
| e)Otro: | |

AUTOSUFICIENCIA Y AUTOESTIMA

18. ¿Durante el último año el niño /a con parálisis cerebral, que está a su cuidado ha mejorado la imagen que tiene de sí mismo(a)?

| ALTERNATIVAS | SI | NO |
|--|----|----|
| a) Ayuda al niño/a con parálisis cerebral a mejorar su capacidad para atenderse personalmente. | | |
| b) Ayuda al niño/a ,a sentirse mejor consigo mismo/a | | |
| c) Demuestra al niño su cariño constantemente. | | |

BIBLIOGRAFÍA

- ✚ SIGMUD Freud, La Parálisis Cerebral, Checoslovaquia ,1897.
- ✚ DOMÍNGUEZ, Dieppa, Maternal-Child Health Program ,Cuba,2000
- ✚ GONZÁLEZ, T., et. al , La Parálisis Cerebral, Madrid España ,2002.
- ✚ RENGACHARY, D. Neurology Survival guide, The Washington Manual Survival Guide series, Capítulo 2, 1o Edición, Lippincott Williams & Wilkins , 2003.
- ✚ MENKES John H, SARNAT, H.B. Bernard, M. Child Neurology, Capítulo 6. Lippincott Williams & Wilkins, V edición, 2006
- ✚ LENIS VALLEJO, Silvia Inés, Cuidados del Niño con Parálisis Cerebral, Entramado Vol.2, No. 2, 2006
- ✚ LEY ORGANICA DE SALUD, Registro Oficial No 243,2010.
- ✚ CONSTITUCION DE LA REPUBLICA DEL ECUADOR, Registro oficial No 449, 2008.

LINKS

<http://www.fisiocare.com.mx/33-1->

[Rehabilitacion+pediatrica+%28Paralisis+cerebral+infantil%29](http://www.fisiocare.com.mx/33-1-Rehabilitacion+pediatrica+%28Paralisis+cerebral+infantil%29)

http://www.fevedi.org.ve/media_files/download/8DraOPrado

<http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-al/hidroterapia3.pdf>

<http://www.monografias.com/trabajos89/natacion-y-paralisis-infantil/natacion-y-paralisis-infantil.shtml#ixzz2zYVP5T30>

<http://salud.uncomo.com/articulo/cuales-son-los-beneficios-de-la-aromaterapia-22201.html#ixzz2zjVQrsKz>