

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA  
CARRERA DE FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL**



**INTERVENCIÓN DE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN LAS ACTIVIDADES DE  
SOCIALIZACIÓN QUE REALIZAN LOS NIÑOS/AS CON DIAGNOSTICO DE  
PARÁLISIS CEREBRAL, EN LAS EDADES DE 3 A 5 AÑOS ATENDIDOS EN EL  
CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE ORIENTE; EN EL PERIODO  
COMPRENDIDO DE SEPTIEMBRE A NOVIEMBRE DE 2007.**

**INFORME FINAL PRESENTADO POR:**

**GRISELDA CAROLINA SILVA MANZANO  
SILVIA MARGARITA TURCIOS GUARDADO  
LIZ VERÓNICA GUZMÁN MARTÍNEZ**

**PARA OPTAR AL GRADO DE:**

**LICENCIADA EN FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL**

**DOCENTE DIRECTOR:**

**LICENCIADA ERIKA YESENIA FLORES DE MARTÍNEZ**

**FEBRERO 2008**

**SAN MIGUEL**

**EL SALVADOR**

**CENTRO AMÉRICA**

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**

**AUTORIDADES**

**MAESTRO RUFINO ANTONIO QUEZADA SÁNCHEZ**

**RECTOR**

**MAESTRO MIGUEL ÁNGEL PÉREZ RAMOS**

**VICERECTOR ACADÉMICO**

**MAESTRO OSCAR NOÉ NAVARRETE**

**VICERECTOR ADMINISTRATIVO**

**LICENCIADO DOUGLAS VLADIMIR ALFARO CHÁVEZ**

**SECRETARIO GENERAL**

**DOCTOR RENE MADECADEL PERLA JIMÉNEZ**

**FISCAL GENERAL**

**FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL**

**AUTORIDADES**

**INGENIERO DAVID ARNOLDO CHÁVEZ SARAVIA**

**DECANO**

**DOCTORA ANA JUDITH GUATEMALA DE CASTRO**

**VICEDECANO**

**INGENIERO JORGE ALBERTO RUGADAS RAMÍREZ**

**SECRETARIO GENERAL**

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

**AUTORIDADES**

**DOCTORA NORMA OZIRIS SANCHEZ DE JAIME**

**JEFE DE DEPARTAMENTO**

**LICENCIADO CARLOS ALEXANDER DÍAZ**

**COORDINADOR DE LA CARRERA DE**

**FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL**

**LICENCIADA ELBA MARGARITA BERRIOS CASTILLO**

**COORDINADORA GENERAL DE PROCESOS DE GRADUACIÓN**

**ASESORES**

**LICENCIADA ERIKA YESENIA FLORES DE MARTÍNEZ**

**DOCENTE DIRECTOR**

**LICENCIADA ERLIN MARILU OSORIO DE GUEVARA**

**ASESORA DE METODOLOGÍA**

## **DEDICATORIA**

**A Dios Todopoderoso** por darnos la Sabiduría y la Fortaleza para alcanzar nuestro objetivo.

**A nuestros Padres,** hermanos e hijos por darnos su apoyo y comprensión en nuestra formación profesional.

**A la Universidad de El Salvador,** Facultad Multidisciplinaria Oriental, por habernos dado la oportunidad de realizar el complemento académico.

**Al Director del Centro de Rehabilitación Integral de Oriente,** Dr. José Francisco Flores Navarrete por habernos brindado el apoyo necesario para la realización de nuestro estudio.

**GRISELDA SILVA, SILVIA TURCIOS Y VERÓNICA GUZMÁN**

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios Todopoderoso y a nuestra Buena Madre La Virgen Maria por Darme la oportunidad de vivir para llevar a cabo la finalización de este sueño.

A mis Padres Víctor Manuel Silva Castellón y Ana Esther Manzano Elías, ambos de grata recordación como una ofrenda, porque para ellos seria un orgullo mas este nuevo éxito profesional en mi vida.

A mi hijo Uberner Vladimir P. Silva con mucho amor por comprender mi ausencia para realizar mis estudios universitarios.

A mis hermanos Victor, Cecilia, Juan Andres, Yesenia, y Lilian por el apoyo incondicional en la culminación de mi carrera.

A mis compañeras de tesis Silvia Turcios y Verónica Guzmán por la comprensión para la realización de este documento.

**Griselda Silva**

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios Todopoderoso por Darme la oportunidad de vivir para llevar a cabo la finalización de este sueño.

A mis Padres: Miguel Ángel Guardado y Ana Josefa Turcios como una ofrenda, por que para ellos es un orgullo más este nuevo éxito profesional en mi vida.

A mi Hija Elvia Marcela Turcios Guardado con mucho amor por comprender mi ausencia para realizar mis estudios universitarios.

A mis Hermanos Ana, Mario, Ester, Marta, Morena, Miguel, Pedro y José, por el apoyo incondicional en la culminación de mi carrera.

A mis compañeras en especial a Griselda Silva por la cooperación en la realización de este documento.

**Silvia Turcios.**

## ÍNDICE

<b>CONTENIDO</b>	<b>Págs.</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>xii</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>xiv</b>
<b>CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.</b>	
1. Planteamiento del Problema.	18
1.1 Antecedentes del Fenómeno Objeto de Estudio	18
1.2 Enunciado del Problema.	24
1.3 Objetivos de la Investigación.	24
1.3.1 Objetivo General.	24
1.3.2 Objetivos Específicos	25
<b>CAPITULO II: MARCO TEÓRICO</b>	
2. Marco Teórico.	27
2.1 Base Teórica	27
2.1.1 Sistema Nervioso Central.	27
2.1.2 Desarrollo Psicomotor Normal.	30
2.1.3 Parálisis Cerebral Infantil.	33
2.1.4 Socialización del niño con Parálisis Cerebral.	40
2.2 Definición De Términos Básicos.	46

### **CAPITULO III: SISTEMA DE HIPÓTESIS.**

3. Sistema de Hipótesis.	50
3.1 Hipótesis de Investigación.	50
3.2 Hipótesis Nula.	50
3.3 Operacionalización de las Hipótesis en Variables.	51

### **CAPITULO IV: DISEÑO METODOLÓGICO.**

4. Diseño Metodológico.	53
4.1 Tipo de investigación.	53
4.2 Universo.	53
4.3 Muestra.	53
4.4 Tipo de Muestreo.	54
4.5 Técnicas de Obtención de la Información.	54
4.6 Instrumentos.	55
4.7 Procedimiento	55

### **CAPITULO V: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.**

5. Presentación de Resultados.	59
5.1 Tabulación, Análisis e Interpretación de los Datos.	61
5.2 Prueba de Hipótesis.	85

### **CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

6. Conclusiones y Recomendaciones.	88
6.1 Conclusiones.	88

6.2 Recomendaciones.	90
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	91
<b>ANEXOS</b>	
1. Cronograma de Actividades realizadas en el proceso de graduación Ciclo II 2007 y Ciclo I 2008.	93
2. Cronograma de Actividades desarrolladas durante la ejecución del tratamiento a pacientes con Parálisis Cerebral	94
3. Cronograma de Actividades de tratamiento a pacientes con Parálisis Cerebral.	95
4. Formación del Sistema Nervioso Central.	96
5. Tipos de Parálisis Cerebral: Espástica, Disquénica, y Atáxica	97
6. Hoja de Evaluación Inicial y final para pacientes con P C	99
7. Guía de Observación dirigida a pacientes con Diagnóstico de Parálisis Cerebral y responsables de los mismos.	100
8. Guía de Entrevista inicial dirigida a responsables del paciente.	101
9. Guía de entrevista final dirigida a responsables del paciente.	102
10. Ejecución de la Investigación	103

## **RESUMEN**

La Terapia Ocupacional se vale de diferentes técnicas para darle al niño un desarrollo acorde a su etapa de vida, teniendo como principal preocupación la función de Miembros Superiores, coordinación, Inhibición de patrones, entre otros; sin embargo muchas veces busca integrar al niño a la familia y a la sociedad sin antes haber enfatizado en la importancia de crear terapias que involucren en la Socialización que debería ser tratada como un punto preponderante teniendo en cuenta su edad, ya que la primera infancia es el periodo en el que tiene lugar el proceso de socialización más intenso, cuando el ser humano es más apto para aprender y este es el proceso mediante el cual el individuo adoptara los elementos socioculturales de su medio ambiente y los integrará a su personalidad para adaptarse a la sociedad.

La investigación se llevó a cabo con 12 pacientes de 3 a 5 años de edad cronológica, con Diagnóstico de Parálisis Cerebral que asistieron al Centro de Rehabilitación Integral de Oriente (CRIOR) en el periodo comprendido de Septiembre a Noviembre de año 2007.

En los objetivos específicos se describe la formación del sistema nervioso central, el desarrollo psicomotor normal del niño, la parálisis cerebral, causas y discapacidad; la programación de actividades y orientación de padres de familia sobre la importancia de la terapia ocupacional en el área de socialización en niños/as con diagnóstico de parálisis cerebral.

El tipo de Investigación que se utilizó el retrospectivo y prospectivo, con un muestreo no probabilístico intencionado y las técnicas de Obtención de Información fueron las documentales bibliográficas y escritas; las de Campo en ésta la hoja de evaluación, guía de observación y guía de entrevista.

El Abordaje con este tipo de niños/as se basó en terapias grupales que incluyan programas específicos de Terapia Ocupacional como: Musicoterapia, masoterapia, actividades de coordinación ojo – mano, abrazoterapia y otras combinando recreativas y de esparcimiento como: asistencia a parques, piscinas y caminatas, enfocadas el aspecto de la socialización.

La utilidad de esta investigación será con el fin de establecer o enumerar terapias grupales que incluyan programas de actividades recreativas, de esparcimiento, para ayudar al desarrollo de la socialización y que se harán conciencia en los hogares de los niños con Parálisis Cerebral y a la sociedad en general que el hecho de tener consigo a un niño con lesión cerebral no es razón para no tratarlo como un miembro más, con las mismas necesidades y oportunidades afectivas que otros niños y tampoco sobreprotegerlo dejándolo en casa y privándolo de la oportunidad de interactuar con la familia y otras personas en eventos sociales.

La hipótesis de investigación es aceptada porque se comprobó como al realizar actividades de socialización, los niños/as desarrollan actitudes que favorecen a su rehabilitación integral.

## INTRODUCCIÓN

El presente estudio se realizó con el objetivo de investigar la intervención de la Terapia Ocupacional en las actividades de socialización que realizan los niños/as con Diagnóstico de Parálisis Cerebral en las edades de 3 a 5 años de edad atendidos en el Centro de Rehabilitación Integral de Oriente, en el periodo comprendido de Septiembre a Noviembre de año 2007. Es importante especificar que el área de la socialización no ha sido tomada en cuenta en la Rehabilitación Integral del niño/a con Parálisis Cerebral; y es aquí donde radica el porque y para que de la realización de la investigación también los beneficios que esta traerá como son: Identificar las ventajas que tendrán los niños al crear y aplicar programas específicos de Terapia Ocupacional sobre la Socialización enfatizando que para su edad ésta se basa en la recreación, esparcimiento y juego así mismo como la manera de interactuar de él con su familia y sociedad.

El documento esta estructurado por los siguientes Capítulos:

Capitulo I Planteamiento del Problema describe los antecedentes del fenómeno objeto de estudio, que permitió tener una referencia de la situación actual de dichos pacientes, su familia y del comportamiento de la sociedad frente a este problema, el enunciado del problema expresó los factores más importantes como causa y efecto del tema a investigar. A continuación se detallan los objetivos de la investigación, tanto el general como los específicos, los cuales sirvieron de guía para alcanzar las metas propuestas.

Capitulo II Marco Teórico contiene la base teórica en el cual se fundamenta la formación del Sistema Nervioso Central, las diferentes fases que presenta para su total maduración; el desarrollo psicomotor normal, como base para diferenciar lo anormal; así como también la definición de Parálisis Cerebral, sus causas; las diferentes discapacidades que dicha patología provoca y las oportunidades de socialización que reciben los niños con este diagnóstico. Así como también la definición de términos básicos para dar una claridad de conceptos, logrando una mejor comprensión para el lector.

Capitulo III En el Sistema de Hipótesis se expusieron las hipótesis de investigación y la hipótesis nula que orientaron y sirvieron de guía para la investigación; así como también se presentó en este apartado la operacionalización de las hipótesis en variables a estudiar.

Capitulo IV El Diseño Metodológico el cual consta de el tipo de investigación, universo, muestra, tipo de muestreo, técnicas de obtención de Información, instrumentos y procedimiento.

Capitulo V La Presentación de Resultados comprende la tabulación, Análisis e Interpretación de los datos en donde se plantean cuadros y graficas estadísticas las cuales representan las actividades realizadas en la ejecución de la investigación.

Capitulo VI Conclusiones y Recomendaciones exponen los logros alcanzados en la ejecución y como de estos se hacen sugerencias a los involucrados en el proceso de socialización de los niños/as con diagnostico de parálisis cerebral.

En la Bibliografía se recopila y analiza la información necesaria para el desarrollo del estudio; y los anexos dan referencia para la comprensión de la investigación.

**CAPITULO I**  
**PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

## **1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1 ANTECEDENTES DEL FENÓMENO OBJETO DE ESTUDIO.**

La Parálisis Cerebral es un trastorno motor no progresivo que provoca anomalías en el control postural de los movimientos ocasionado por una lesión del Sistema Nervioso Central durante las etapas madurativas tempranas del desarrollo cerebral.

Esta afección puede darse en el embarazo, parto y puerperio; la Población con dicho problema va en aumento debido a la falta de control prenatal, embarazos en adolescentes, mala nutrición, uso de drogas, también la prematurez es un fenómeno de alto riesgo que puede evolucionar a Parálisis Cerebral. Y esta no es excluyente que la atención del parto sea intra hospitalaria o extrahospitalaria.

Las familias de los niños con Parálisis Cerebral esta cargada de ansiedad desorientación y angustia ante el problema que enfrenta, el nacimiento de un hijo con esta lesión provoca serias dificultades en la dinámica familiar y surgen una serie de inconvenientes en la relación de pareja así mismo con los hijos.

En el análisis histórico concreto de la familia como institución indica que en cada formación económica social esta cumple deberes que emanan de la base de la sociedad. Las funciones que desempeña la familia son de tipo económico,

biosociales, espiritual, cultural y educativas, comunes a todas las formaciones económicas sociales; sin embargo en cada sociedad estas adquieren un contenido de orden jerárquico diferente.

La función económica garantiza en sentido general las satisfacciones materiales individuales y colectivas, matizadas por el sentido de pertenencia de cada uno de sus integrantes ante las tareas del hogar.

El costo económico, inversión de tiempo, la imposición de funciones y obligaciones a otros miembros de la familia, alteran la estabilidad familiar y esto hace que el niño/a no reciba una atención integral. En la sociedad el niño con parálisis cerebral despierta rechazo, burla o lastima, los servicios médicos públicos no brindan atención con calidad ya que las consultas médicas con especialistas no son frecuentes, los exámenes de laboratorio y gabinete no son realizados por el alto costo al igual que el medicamento prescrito.

La función biosocial (reproductora o biológica), asegurada o bien dirigida propicia la estabilidad conyugal en la pareja y con ello el establecimiento de patrones de conducta adecuados de fácil transmisión a los hijos, sentando las bases para la seguridad emocional e identificación de estos para con la familia. La función educativa es primordial y se basa en la educación de los hijos para la vida social.

La familia es la que propicia que el niño empiece su integración social, como cualquier otro niño con sus derechos, expectativas y obligaciones respectivas constituyendo la satisfacción de la vida familiar.

La familia de los niños con Parálisis Cerebral desempeña las mismas funciones pero con matices que la diferencian, en aras de ir sentando las bases para la futura preparación del niño o niña frente al entorno que lo rodea, en busca de la normalización e integración social y de un medio menos agresivo para su desarrollo. No puede faltar la comunicación y el amor; es a través de la actividad comunicativa y del rol que desempeñan los miembros de la familia que se transmiten valores, experiencias, hábitos, normas, costumbres y pautas de comportamiento. El amor hecho realidad en la familia de los niños y niñas con Parálisis Cerebral se traduce en sonrisa, bondad, ternura, sinceridad, responsabilidad y humildad. El trabajo con este tipo de familias, no es tarea fácil de hecho parece una utopía, pero es una utopía realizable. Dar amor a los niños y a sus padres es comprenderlos y respetarlos.

Pese a la estrecha relación entre el desarrollo cognitivo y el afectivo en estos, no son eficaces en utilizar sus recursos conductuales para conectarse con el ambiente social y obtener información de él. Por otro lado, la sobre protección en estas edades, tiene una gran influencia negativa en su desarrollo. Esta se debe a los sentimientos de culpabilidad de los padres hacia los hijos que tienen dificultad para aceptar la discapacidad, por lo que toda la familia tiende a actuar de

la misma forma y esto trae como consecuencia estancamiento en su neurodesarrollo y desarrollo social.

La potencialización del desarrollo humano de manera integral sería una forma de preparar al niño/a con más facilidad en la riqueza cultural, biosocial, educativa, a su vez Rehabilitación y/o lo mejor para asumir el riesgo de vida.

La Organización Mundial para la Salud (O.M.S.), estima que anualmente la mortalidad infantil es de 15 millones de niños con desnutrición e infección, lo que significa 41,000 cada día o 1,700 cada hora. Los que sobreviven tienen que enfrentar la amenaza de las enfermedades infecciosas, quedar con secuelas neurológicas, tener un crecimiento limitado o un déficit en el desarrollo, lo que ocasiona que un niño se convierta en un discapacitado dependiente de la familia, de los profesionales de la Salud, de la Educación y del estado quedando marginado de su contexto social.

Se considera que de un 10% a 15% de la población infantil de los países pobres presenta alteraciones en el neurodesarrollo en diferentes grados: desde leves a moderados como el niño con problemas en el aprendizaje, hasta severas como el niño con parálisis cerebral. Todos ellos tienen dificultades para lograr la interrelación de los individuos entre si y su medio ambiente, por lo que eventualmente no pueden adaptarse a su medio y ser individuos independientes y autónomos, lo cual representa un grave problema de Salud Pública.

Esto a motivado a diferentes profesionales de la Salud y de la Educación a estudiar el desarrollo infantil y sus desviaciones, ya que un porcentaje de estas se expresan a través de alteraciones en el funcionamiento del Sistema Nervioso Central, Sistema Auditivo y Sistema Ocular.

A nivel Internacional se desconoce si la incidencia de Parálisis Cerebral Infantil esta aumentando, disminuyendo o es estable.

“Algunos estudios en los Estados Unidos muestran que el uso de monitoreo cardíaco fetal durante el parto no ha disminuido la frecuencia de Parálisis Cerebral. Esto es debido principalmente a errores médicos y de enfermería durante el proceso de parto. En México donde existen tantas zonas rurales, carentes de control prenatal, atención médica de partos y falta de control de recién nacidos, las cifras deben ser diferentes. Las estadísticas en México revelan alrededor de 500 mil casos, de los cuales el 60% son de tipo espástico; 20% están asociados a problemas de prematurez y el 85% de los casos esta presente al nacimiento; alrededor del 10% de los discapacitados son Parálisis Cerebral, según la oficina de Representación para la Promoción e integración social para personas con discapacidad de la presidencia de la Republica, cada año se suman en México 12000 casos nuevos de Parálisis Cerebral. En Inglaterra de diagnostican 1800 casos de Parálisis Cerebral anualmente; en general y a nivel mundial se puede concluir que el 25% de los niños con Parálisis Cerebral nunca podrán caminar, el 20% de los casos presentaran escoliosis, el 75% que pueden caminar necesitaran algún tipo de ayuda técnica. Las estadísticas muestran que un niño

que es capaz de sentarse sin ayuda tiene una gran probabilidad de caminar; si a la edad de 4 años no puede mantenerse sentado sin ayuda muy probablemente no podrá caminar; el 50% de los niños con Parálisis Cerebral tienen problemas visuales, entre el 5% y 15% tienen problemas auditivos. El costo de atención de por vida a una persona con Parálisis Cerebral en Estados Unidos es de \$ 921000 USD<sup>/1</sup>

En el país las instituciones con atención en rehabilitación brindan escasamente manejo integral, la demanda de usuarios con otros diagnósticos, padres de familia poco orientados y concientizados de la discapacidad del niño/a , ausencias frecuentes a sus terapias por enfermedad, problemas económicos entre otros, hacen a veces mas difícil la mejora de nuestros niños y la ayuda a las familias para enfrentar su situación, debido a esto un grupo de ciudadanos preocupados por el problema que presentaban las personas con discapacidad que ocupaban camas en los hospitales sin recibir tratamiento adecuado y los niños con Parálisis Cerebral sin ninguna esperanza en casa, fue fundada la Asociación Salvadoreña de Rehabilitación el 25 de Noviembre de 1957. En Diciembre de 1961 se aprueba la ley para crear el Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos, iniciando sus labores en 1963.

El Centro de Rehabilitación Integral de Oriente, fue construido en la ciudad de San Miguel con fondos de la campaña Teletón 20 - 30. Se inauguro el

---

<sup>/1</sup> CHAVEZ TORRES. Raquel. Neurodesarrollo Neonatal Infantil.

13 de Julio de 1987 e inicio oficialmente sus actividades el 1 de Septiembre del mismo año; a partir de 1988 se incorporo al Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos, en el cual se atiende usuarios de toda la zona Oriental: Usulután, Morazán, La Unión y San Miguel, tanto de la zona urbana como rural. Se desconoce la cantidad real de pacientes con Parálisis Cerebral ya que al ingreso son referidos con otra patología y es ya en el proceso de atención dentro de la Institución que se define que es una lesión cerebral.

## **1.2 ENUNCIADO DEL PROBLEMA**

¿Cómo interviene la Terapia Ocupacional en las actividades de Socialización que realizan los niños/as con diagnostico de Parálisis Cerebral, en las edades de 3 a 5 años atendidos en el Centro de Rehabilitación Integral de Oriente?

## **1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.3.1 OBJETIVO GENERAL**

Conocer la intervención de la Terapia Ocupacional en las actividades de socialización que realizan los niños/as con Diagnostico de Parálisis Cerebral, en las edades de 3 a 5 años atendidos en el Centro de Rehabilitación Integral de Oriente.

### **1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Describir en que consiste el Sistema Nervioso Central y el desarrollo psicomotor normal del niño.

Definir que es la Parálisis Cerebral, causas y discapacidades.

Programar actividades en Terapia Ocupacional para el área de socialización en niños con Parálisis Cerebral.

Orientar a padres de familia y/o responsables sobre la importancia de la terapia ocupacional en el área de socialización para los niños con diagnóstico de parálisis cerebral que asisten al CRIOR.

Ejecutar las actividades programadas logrando la participación grupal y la respuesta social del niño.

**CAPITULO II**  
**MARCO TEÓRICO**

## **2. MARCO TEÓRICO**

### **2.1 BASE TEÓRICA**

#### **2.1.1 SISTEMA NERVIOSO CENTRAL**

“El tubo neural inicia su desarrollo dos semanas después de la concepción. En este momento, en el embrión están ya presentes y superpuestas, las tres capas germinales de las células embrionarias; ectodermo, mesodermo y endodermo. Así, en la capa superior o ectodermo aparece una hendidura llamada placa neural, que enseguida se pliega para formar el primer esbozo del sistema nervioso central (SNC), el tubo neural, que es una estructura típica de los vertebrados. Alrededor de las cinco semanas y como consecuencia de la división rápida de las células progenitoras en el extremo anterior del tubo neural, aparecen tres vesículas que posteriormente formaran los 3 principales componentes del encéfalo: prosencefalo (cerebro anterior), mesencéfalo (cerebro medio) y rombencefalo (cerebro posterior). En este momento se inicia la neurogénesis o formación de neuronas no diferenciadas en la médula y en el tallo cerebral y más tarde en el resto del cerebro.

Sin embargo, enseguida empiezan a desarrollarse los ganglios y nervios craneales. Alrededor de las 7 semanas, el prosencéfalo da lugar al telencéfalo y al diencéfalo, el primero dará lugar a la corteza cerebral, algunos ganglios basales, al hipocampo y a la amígdala; el segundo da lugar al tálamo, el subtálamo e

hipotálamo. El metencéfalo o cerebro medio no sufre ninguna división, pero el rombencéfalo o cerebro posterior dará lugar al metencéfalo y al mielencéfalo, los que a su vez más tarde formarán el cerebelo y el puente de Varolio por un lado (metencéfalo), y el bulbo raquídeo (mielencéfalo) por el otro<sup>1/2</sup>

A las 8 semanas, algunas neuronas inician lentamente su diferenciación y formación de redes neuronales simples. En este momento la formación del número de células de la médula espinal ya ha concluido. Inmediatamente, se inicia la formación, migración y diferenciación de sus neuronas. A las 10 semanas, el feto puede manifestar algunos movimientos completamente involuntarios, pero es en este tiempo que la corteza inicia su desarrollo (y esta continúa después del nacimiento durante algunos años). En el segundo trimestre se inicia la mielinización de la médula espinal. Por otra parte, alrededor de las 9 semanas se ha iniciado ya el desarrollo del cerebelo, el puente y el bulbo raquídeo y la multiplicación celular en estos tejidos ha terminado alrededor de las 13 semanas (Ver Anexo N° 4).

De las 10 a las 16 semanas, se inicia primero la formación rápida y simultánea de las células progenitoras y luego de neuronas no diferenciadas seguida de su migración y la formación de la placa cortical. Este proceso se desarrolla en forma progresiva, de la parte posterior a la anterior del telencéfalo. Entre las 17 a 19 semanas, disminuye en forma significativa la formación

---

<sup>1/2</sup> CH Torres, Ob. Cit. Pág. 39

acelerada de las neuronas inmaduras del telencéfalo, y esta termina pocas semanas antes del nacimiento.

Alrededor de este tiempo, la corteza tiene aproximadamente 14,000 millones de neuronas, que es la población aproximada que tiene en la edad adulta. Después del nacimiento, el número de neuronas no solamente no aumenta, sino que alrededor de 5 años de edad ha disminuido cerca de la mitad de su valor máximo. Dicho valor se estabiliza por algunos años, pero este proceso continúa en forma lenta y progresiva hasta la muerte del individuo. En esta etapa, se inicia también la formación y organización de las capas corticales.

“A las 20 semanas, en algunas regiones del cerebelo se inicia lentamente el aumento de volumen que la formación de prolongaciones nerviosas de algunas neuronas, la formación de algunas dendritas, de sus axones y la mielinización de estos últimos.

Este proceso se inicia en el cerebro posterior y progresa hacia los segmentos anteriores hasta llegar al telencéfalo. Tanto en la médula espinal como en el tallo cerebral, se inicia la formación de las vainas de mielina de los axones, lo que es un requisito para poder transmitir y recibir información en forma rápida, eficiente y estable. Dos semanas más tarde se inicia la mielinización de los nervios craneales, óptico y trigémino; en este tiempo, el feto comienza a detectar estímulos acústicos y luminosos intensos.

A las 26 semanas, el feto ya tiene la capacidad de realizar la mayoría de sus funciones vitales. Sin embargo, ello no garantiza su sobre vivencia. En la corteza cerebral los lóbulos y circunvoluciones empiezan a diferenciarse. A las 30 semanas, se inicia la mielinización de los axones que van de la medula espinal y tallo cerebral hacia el cerebro la que termina 7 semanas mas tarde. La mielinización es un proceso progresivo en tiempo y espacio, que se inicia en la medula y bulbo raquídeo, y continua lentamente en la etapa post-natal; sin embargo, alrededor de los 5 años es muy similar a la del adulto. Este proceso continua con la mielinización del tracto cortico-espinal, el fascículo arcuáto y la corteza prefrontal, el cual termina aproximadamente a los 18 años<sup>/3</sup>. La detección de estímulos sonoros y luminosos es cada vez más aguda. A las 37 semanas, el feto esta preparado para nacer. La actividad eléctrica del cerebro se activa en forma lenta y progresiva, a medida que va madurando las redes neuronales. Sin embargo, aproximadamente 2 semanas después del nacimiento existe ya una incipiente actividad eléctrica.

### **2.1.2 DESARROLLO PSICOMOTOR NORMAL**

Se debe conocer de manera completa e integral lo que es un desarrollo psicomotor normal, ya que esto representa la base para poder identificar un niño/a de parálisis cerebral.

---

<sup>/3</sup> Ibidem. Pág. 40

En el recién nacido la actividad física es fundamentalmente de tipo reflejo, relacionadas con conductas filogenéticamente primitivas de supervivencia y adaptación.

En la etapa de lactante la actividad sinérgica o global se transforma gradualmente en una actividad segmentaria cada vez más positiva.

En el preescolar existe una conducta comunicativa y empática o afectiva.

El escolar y el adolescente exhiben una conducta social y adaptativa, con desarrollo de las funciones mentales superiores, el grupo de amigos, actividades contra la autoridad, temeridad, etc.

### **ACTIVIDADES QUE REALIZA DE 0 A 3 MESES.**

Presencia de reflejos primitivos, Sonríe con mamá, Sigue objetos con la mirada en un rango de 90°, Lleva manos a la boca, Inicia control de cuello, Agarra y suelta objetos, Balbucea palabras.

El niño ya comienza a explorar sus propias sensaciones y movimientos. Le gusta que lo tomen, que le hagan cariño, que le hablen. Incluso aparece lo que se denomina "sonrisa social", cuando el niño sonríe como respuesta a la sonrisa de un adulto. Estimular sensorialmente al niño es fundamental en esta etapa, ya que

ayudará a que éste conozca su cuerpo y se vaya formando una identidad corporal propia.

### **ACTIVIDADES QUE REALIZA DE 4 A 6 MESES.**

Sonríe con familiares, Lleva objetos a la boca, Control estable de cabeza, Sigue objetos con la mirada en un rango de 180<sup>0</sup>, Juega solo, Se mantiene sentado, Repite sílabas, Rota sobre si mismo, Cambia objetos de una mano a otra, ríe, grita y toma iniciativa para vocalizar.

Es aquí donde comienza la "etapa del suelo" donde el niño ejercitará su psicomotricidad en busca de sus objetivos. Intentará desplazarse y tomar objetos. Esto es fundamental en su desarrollo como experiencia motora, sensorial y de descubrimientos cognitivos.

### **ACTIVIDADES QUE REALIZA DE 7 A 9 MESES.**

Manifiesta temor hacia los desconocidos, Se reconoce en espejos, Gatea, usa índice y pulgar, Inicia bipedestación, Reacción de extrañeza (llanto cuando pierde de vista a la madre o si se le acerca alguna persona no familiar). Lloro enérgicamente en las visitas al médico, Juega a esconderse, Reacciona cuando oye su nombre. Reacciona frente al "No" (interrumpe lo que está haciendo).

## **ACTIVIDADES QUE REALIZA DE 10 A 12 MESES.**

Inicia la distinción de colores, Desarrolla capacidad de relacionarse, Continúa con experiencia de bipedestación, Camina con ayuda, Mejor uso de manos, Se quita los calcetines, Dice algunas palabras, Mejora la marcha, Aumenta todas las manifestaciones de su personalidad. Enseña un objeto y/o se lo ofrece a un adulto. Alarga el pie o la mano cuando se le viste. Se tapa la cara para jugar a "donde esta el bebe".

### **2.1.3 PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL (P.C.I)**

Se define como un trastorno neuromotor no progresivo, debido a una lesión o a una anomalía del desarrollo del cerebro inmaduro.

La parálisis cerebral no permite o dificulta los mensajes enviados por el cerebro hacia los músculos, dificultando el movimiento de estos. Es un concepto enormemente ambiguo ya que aunque sea un trastorno motor también lleva asociado otros de tipo sensorial, perceptivo y psicológico. La parálisis cerebral no es progresiva, pero algunos problemas se pueden hacer más evidentes.

El termino parálisis cerebral es reconocido como una expresión general que abarca varios trastornos específicos los cuales se caracterizan por una lesión de los centros motores del encéfalo y se manifiestan por la pérdida del control motor. Esta englobada entre las enfermedades del sistema nervioso central. Los tres

Síndromes motores, piramidal, extrapiramidal y cerebeloso del Sistema Nervioso Central, son los determinantes de otro tipo de parálisis.

La definición de PC mas ampliamente aceptada y mas precisa es la de un “Trastorno del tono postural y del movimiento, de caracteres persistentes (pero no invariable), secundarios a una agresión no progresiva a un cerebro inmaduro”.

### **Causas de Parálisis Cerebral.**

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

### **Causas Prenatales:**

1. Anoxia prenatal (Circulares al cuello, patologías placentarias o del cordón).
2. Hemorragia cerebral prenatal.
3. Infección prenatal (Toxoplasmosis, rubeola, etc.).
4. Factor RH (Incompatibilidad Madre-Feto).
5. Exposición a radiaciones.
6. Ingestión de drogas o tóxicos durante el embarazo.
7. Desnutrición materna.
8. Amenaza de aborto.

9. Toma de medicamentos contraindicados por el médico.
10. Madre añosa o demasiado joven.

### **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 (forceps).
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.

### **Causas Posnatales:**

1. Traumatismos craneales.
2. Infecciones (meningitis, meningoencefalitis, etc.).
3. Intoxicación (plomo, arsénico.).

4. Accidentes vasculares.
5. Encefalopatía por anoxia.

### **Clasificación Clínica de Parálisis Cerebral**

**a. Parálisis Cerebral Espástica:** Cuando hay una afección de la corteza motora o vías subcorticales intracerebrales, principalmente vía piramidal (es la forma clínica más frecuente de parálisis cerebral) su principal característica es la hipertonía, que puede ser tanto espástica como rigidez. Se reconoce mediante una resistencia continua o plástica a un estiramiento pasivo en toda la extensión del movimiento. La debilidad de los movimientos voluntarios afecta también a labios y la lengua. La lengua torpe e hipertónica, no puede extenderse más allá de los dientes. El rostro aparece inexpresivo y la saliva se escurre por las comisuras labiales (ver anexo N° 5, Figura a).

**b. Parálisis Cerebral Disquinética o Distónica:** Cuando hay afectación del sistema extra piramidal (núcleos de la base y sus conexiones: caudado, putamen, pálido y subtalamico) se caracteriza por alteraciones del tono muscular con fluctuaciones y cambios bruscos del mismo, aparición de movimientos involuntarios y persistencia muy manifiesta de reflejos arcaicos. Los movimientos son de tipos: corea, atetosis, temblor, budismo y distonía. (ver anexo N° 5, Fig. b).

**c. Parálisis Cerebral Atáxica:** Se distinguen tres formas clínicas bien diferenciadas que tienen en común la existencia de una afectación cerebelosa

con hipotonía, incoordinación del movimiento y trastornos del equilibrio en distintos grados. La musculatura es flácida y la tensión de músculos agonista y antagonistas a disminuido. (ver anexo N° 5, Figura c).

**d. Parálisis Cerebral Mixta:** Lo más frecuente es que se presenten una combinación de atetosis y ataxia, de atetaxia y espasticidad o de las tres formas a la vez. Se plantea que en los casos de espasticidad ligera y atetosis la movilidad es mayor pero la atetosis es desfavorable para la habilidad manual.

**e. Parálisis Cerebral Rígida:** En estos casos se aprecia una gran dureza muscular y no existe el reflejo de tracción, si se mueve un miembro, este no vuelve a su posición anterior en ocasiones la hipertrofia llega a ser tan intensa que impide todo movimiento.

#### **Clasificación Según la Afección Diferencial de Las Extremidades.**

**Diparesia:** Las extremidades inferiores están más afectadas que las superiores

**Hemiparesia:** Afectación unilateral del cuerpo.

**Tetraparesia:** Afectación de las cuatro extremidades.

**Monoparesia:** Debilidad o parálisis de todos los músculos de un miembro.

**Paraparesia:** Afectación de miembros inferiores.

**Triparesia:** Afectación de extremidades inferiores y una extremidad superior.

## **La Organización Mundial de La Salud en 1980 Considera Cuatro**

### **Grados de Afectación:**

1. Movimientos torpes, pero que no alteran el funcionamiento de la vida diaria.

2. Alteraciones de la vida diaria pero con capacidad para sujetarse y andar sin ayuda.

3. Incapacidad de andar sin ayuda a la edad de cinco años, pero con capacidad de reptar y mantener la postura, aunque sin poder cogerse.

4. Sin función motora. Clasifica la gravedad motora en leve, moderada y severa. La afección leve puede realizar pinza con los dedos, afección moderada realiza movimientos globales con la mano, afección grave indica la imposibilidad de realizar movimientos voluntarios de prensión.

Los síntomas más importantes son las alteraciones del tono muscular y el movimiento, pero pueden asociarse otras manifestaciones: Problemas visuales y auditivos, Dificultad en el lenguaje, Alteraciones perceptivas, Apraxia, Pérdida de la facultad de realizar movimientos coordinados para un fin determinado o pérdida de la comprensión del uso de los objetos ordinarios, lo que da lugar a comportamientos absurdos, Incapacidad para realizar movimientos útiles, Distractibilidad, Diskinesia: Dificulta en movimientos voluntarios.

## **Trastornos que Tienen Relación con Parálisis Cerebral.**

1. Retraso mental: Dos tercios del total de los pacientes, es lo mas frecuente en niños cuadriparesia espástica.
2. Problemas de aprendizaje.
3. Anormalidades oftalmológicas (estrabismo, ambliopía, nistagmo, errores de refracción).
4. Déficit auditivo.
5. Trastornos de comunicación.
6. Ataques convulsivos: Una tercera parte del total de los pacientes; se observa con más frecuencia en niños con hemiparesia espática.
7. Deficiencia del desarrollo.
8. Problemas de alimentación.
9. Reflujo gastroesofágico.
10. Problemas emocionales y de comportamiento (en especial, déficit de atención con hiperactividad depresión).

#### **2.1.4 SOCIALIZACIÓN DEL NIÑO CON PARÁLISIS CEREBRAL.**

Los humanos al nacer, son los seres más indefensos, tardan muchos años para valerse por si mismos. Esta larga infancia le permite la socialización y asimilación de experiencia de la familia y la sociedad, cuando es mayor sigue necesitando de los demás.

Por necesitar de las demás personas y convivir para formar comunidades o grupos, los seres humanos son seres sociales. Por lo cuál no podemos vivir solos se necesita de la cooperación, protección, trabajo y amor de los demás.

Para poder vivir en grupo y armonía los seres humanos hemos acordado cumplir con algunas normas, que regulan los derechos y deberes, los que interesan mencionar en esta ocasión son los derechos del niño y la niña, los cuales son considerados por todas las sociedades como seres privilegiados que merecen especial consideración.

A todos los niños y niñas de Centro América y el Mundo les ampara la Declaración de Ginebra de 1924, ésta contiene cinco principios fundamentales.

1. El niño y la niña deben desarrollarse en condiciones normales, desde el punto de vista material y espiritual.

2. El niño y la niña hambrientos deben ser alimentados; los enfermos deben ser atendidos; los desadaptados deben ser reeducados; el huérfano y el abandonado deben ser recogidos y ayudados.

3. El niño y la niña no deben ser puestos en condiciones de ganarse la vida y deben ser protegidos de cualquier explotación.

4. El niño y la niña deben ser los primeros en recibir socorro en caso de calamidad.

5. El niño y la niña deben ser educados inculcándoles el sentido del deber que tiene de poner sus mejores cualidades al servicio del prójimo. En 1959, la Asamblea General de la Naciones Unidas aprobó por unanimidad la declaración de los Derechos del Niño.

Los dos primeros principios de esta declaración son:

1. “El niño/a disfrutara de todos los derechos enunciados en esta declaración sin distinción de raza, sexo, idioma, religión u otra, ya sea del propio niño/a o de su familia”

2. “El niño/a gozará de una protección especial y dispondrá de oportunidades y servicios, dispensando todo ello por la ley y otros medios, para

que pueda desarrollarse física, mental, moral, espiritual, y socialmente en forma saludable y normal, así como en condiciones de libertad y dignidad.”

Un derecho de todo niño/a será el de gozar de recreación, diversión, deportes y descanso, haciendo referencia a la participación en fiestas infantiles como cumpleaños, paseos a centros recreativos, parques, juegos al aire libre, practicas de algún deporte. (ver anexo N° 10, figura c,e,d).

El niño/a con capacidades especiales de Parálisis Cerebral no está excluido de dichos derechos, la familia, instituciones, la comunidad y toda la sociedad.

En el Centro de Rehabilitación Integral de Oriente (CRIOR) se trabaja con diferentes programas de atención, ejemplo: Grupales, individuales e instruccionales, así como también actividades de esparcimiento y socialización para los niños/a (celebración de la navidad), considerando esto insuficiente para ofrecer a ésta población, ya que podríamos retomar estas actividades con objetivos y enfoques diferentes involucrando activamente al niño/a y la familia.

La medida de la efectividad de un programa de atención al niño discapacitado está dada, en gran parte, por el grado de integración social que se logra.

Lo complejo del problema de la discapacidad que afecta a la población infantil, lo variado de sus manifestaciones clínicas y la amplia individualidad de los casos afectados, determina que lograr la integración social requiera no solo de la participación de los profesionales de la salud o de la educación especial, sino de la comunidad de forma general, por lo que resulta fundamental divulgar en la población cómo el niño, a pesar de enfrentar una reducción permanente de su capacidad funcional, en la mayoría de los casos, mediante el pleno desarrollo de sus potenciales residuales, puede ser capaz de una plena integración social.

### **TÉCNICAS TERAPÉUTICAS QUE FAVORECEN LA SOCIALIZACIÓN DE NIÑOS CON PARÁLISIS CEREBRAL.**

Entre algunas de las diferentes técnicas terapéuticas que ayudan a favorecer la socialización en niños se encuentra la Zooterapia, la cual es utilizada en rehabilitación física y ocupacional mediante el uso de animales.

Estas alternativas de tratamiento pueden darse a través de diferentes modalidades como:

La Hipoterapia, que es una modalidad de rehabilitación en la cual se utiliza como medio terapéutico los caballos.

La Equinoterapia, que consiste en la aplicación de una técnica a través del caballo, en la cual dirigen la modalidad, previamente adiestrado en ritmos, movimientos y frecuencias.

En la delfinoterapia a parte de recibir estímulo por medio del delfín que es el medio terapéutica principal se aprovecha el contacto con el agua.

### **OBJETIVOS DE TRATAMIENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL.**

Mejorar la socialización y participación del niño/a, y responsable.

Mejorar la respuesta a estímulos audiovisuales.

Facilitar la comunicación niño/a, responsable, entre ellos y con los demás.

Mejorar la incorporación de Miembros Superiores en la realización de las diferentes actividades.

Orientar y sensibilizar a los padres de familia sobre la importancia de la socialización. (ver anexo N° 10, figura a).

#### **Tratamiento:**

Pasar asistencia y que el niño o responsable conteste.

Musicoterapia. (Utilización de música infantil de bienvenida y despedida.)

Reconocer esquema corporal. (ver anexo N° 10, figura b).

Juegos (Pasarse una pelota, uso de panderos, etc.)

Intercambio de diferentes materiales entre responsables-niño/a, niño/a-niño/a.

Realización de una fiesta de cumpleaños

Cine Forum

Visitar un parque infantil y/o piscina.

Realizar Caminata.

## **2.2 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS**

**AMBLIOPÍA:** Disminución de la visión, sin lesión orgánica del ojo.

**APRAXIA:** Disminución de la capacidad de realizar actos con una finalidad dada o de manipular objetos; este trastorno es principalmente de carácter neurológico.

**ATAXIA:** Disminución de la capacidad de coordinar movimientos.

**ATETOSIS:** Trastorno neuro muscular caracterizado por la existencia de movimientos lentos, continuos e involuntarios.

**CÉLULAS PROGENITORAS:** Son células pluripotenciales, localizadas en la zona ventricular y que dan origen ó bien a mas células progenitoras, ó a células posnetoticas de tipos neuronas ó glías que acontinuación migran para formar la corteza.

**CÓREA:** Movimientos involuntarios rápidos y sin propósitos definidos que consisten en la flexión y extensión de dedos.

**DISQUINÉTICA:** Movimientos involuntarios, repetitivos localizados en los músculos de la cara, extremidades y troncos.

**DISTÓNICA:** Anomalía caracterizada por espasmos musculares de torsión.

**EXTRAPIRAMIDAL:** Estructura del cerebro que guarda relación con el movimiento del cuerpo, excluidas las neuronas, la corteza motora y las vías cortico espinal.

**MIELINIZACION:** Proceso por el cual los oligodendrocitos forman la vaina de mielina alrededor de los axones de las neuronas del sistema nervioso central y periférico.

**NEUROGÉNESIS:** Es el proceso por el cual las células progenitoras de la zona ventricular se transforman en neuronas.

**PERCEPTIVOS:** Puede comprender o percibir. Capacidad de recibir impresiones sensoriales a través de los sentidos.

**PIRAMIDAL:** Sistema de cada uno de los músculos pares. Sistema que tiene aspecto de pirámide, se utiliza para denominar algunas células del sistema nervioso central.

**PLACA NEURAL:** Es una porción de la capa de células externas o ectodermo, formada por una población homogénea de células nerviosas progenitoras, localizadas en la porción media y dorsal de embrión. En esta etapa estas células no están diferenciadas, pero posteriormente dan origen al tejido nervioso.

**SENSORIAL:** Relacionados a los sentidos.

**TUBO NEURAL:** Es la estructura semejante a un tubo que se forma y se cierra a partir de las células de la placa neural, se localiza dorsalmente en la línea media y a lo largo del eje anteroposterior.

### **SIGLAS UTILIZADAS**

**CRIOR:** Centro de Rehabilitación Integral de Oriente.

**OMS:** Organización Mundial para la Salud.

**PC:** Parálisis Cerebral.

**SNC:** Sistema Nervioso Central.

**CAPITULO III**  
**SISTEMA DE HIPÓTESIS**

### **3. HIPÓTESIS DE TRABAJO**

#### **3.1 HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN.**

**Hi:** “Los niños con Diagnóstico de Parálisis Cerebral que reciben terapia ocupacional en el área de socialización desarrollan actitudes que favorecen su rehabilitación integral.”

#### **3.2 HIPÓTESIS NULA.**

**Ho:** “Los niños con Diagnóstico de Parálisis Cerebral que reciben terapia ocupacional en el área de socialización no desarrollan actitudes que favorecen su rehabilitación integral.”

### 3.3 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS HIPÓTESIS EN VARIABLE.

HIPÓTESIS	VARIABLES EN EL ORDEN	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES
<b>Hi.</b> “Los niños con Diagnóstico de Parálisis Cerebral que reciben terapia ocupacional en el área de socialización desarrollan actitudes que favorecen su rehabilitación integral.”	V <sub>1</sub> . Parálisis Cerebral Infantil.	Trastorno neuromotor no progresivo, debido a una lesión o a una anomalía del cerebro inmaduro.	Daño a nivel del S.N.C. irreversible, no evolutivo que se puede dar antes, en el momento o después del parto.	-Evaluación neurológica (Tomografía axial computarizada, resonancia magnética).  -Exploración física (Alteraciones de tono, influencia refleja).
	V <sub>2</sub> . Socialización	Promover las condiciones sociales para que favorezcan el desarrollo integral de las facultades de los seres humanos.	Todo ser humano es un ente biosicosocial que necesita relacionarse con los demás.	Actividades Grupales (paseo, parque piscina, cine, caminata, asistir a piñata, iglesia)
	V <sub>3</sub> . Terapia ocupacional.	Es una disciplina que se realiza por medio de actividades constructivas que tienen como fin la rehabilitación física, psicológica, social y vocacional para integrarlo o reintegrarlo a la sociedad.	Es el tratamiento por medio de actividades cuya finalidad es la rehabilitación y/o habilitación.	Terapia de grupo (musicoterapia, masoterapia, actividades de recreación y esparcimiento, actividades que facilitan la comunicación verbal y no verbal con otros niños, encargados, terapeuta)

**CAPITULO IV**  
**DISEÑO METODOLÓGICO**

## **4. DISEÑO METODOLÓGICO**

### **4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN.**

El tipo de investigación que se utilizó fue el retrospectivo prospectivo ya que cumple con el propósito de la investigación; puesto que se tomo en cuenta como la terapia ocupacional a influido en el área social del niño con P.C. anteriormente; y se complemento con los resultados que se obtuvieron en el momento que se realizo el estudio.

### **4.2 UNIVERSO.**

La población de la investigación fueron los 121 niños que asistieron al área de terapia ocupacional del Centro de Rehabilitación Integral de Oriente.

### **4.3 MUESTRA**

La muestra que se empleo en la investigación fueron 12 niños/as que asistieron al Centro de Rehabilitación Integral de Oriente, tomando los criterios de inclusión siguientes: Diagnóstico de parálisis cerebral y edades de 3 a 5 años.

#### **4.4 TIPO DE MUESTREO**

Para la selección de los sujetos de investigación se hizo un muestreo no probabilístico intencionado ya que los pacientes debieron cumplir con los criterios de inclusión antes mencionados.

#### **4.5 TÉCNICAS DE OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN.**

Las técnicas que se utilizaron fueron:

**DOCUMENTALES:** Entre ellas las bibliográficas y las escritas que se utilizaron para recopilar información como bases teóricas del sistema nervioso central, desarrollo motor normal, parálisis cerebral y socialización del niño.

**DE CAMPO:** En esta se utilizó la hoja de evaluación cuyo objetivo fue recopilar información de terapia ocupacional en el área de socialización; guía de observación dirigida a los pacientes y al responsable de este mediante la cual se indago sobre el comportamiento del niño y su relación con los demás, y guía de entrevista dirigida al responsable del paciente que sirvió para recopilar la información sobre el involucramiento de éste en las terapias.

#### **4.6 INSTRUMENTOS.**

Los instrumentos que se utilizaron para recolectar y registrar la información son:

**DOCUMENTALES:** Fichas bibliograficas, fichas para documentos escritos y direcciones electrónicas

**DE CAMPO:** Hoja de evaluación para pacientes con diagnóstico de Parálisis Cerebral (Ver anexo N° 6), guía de Observación dirigida a pacientes con diagnóstico de Parálisis Cerebral y responsables de los mismos (Ver anexo N° 7) y, guía de entrevista inicial y final dirigida al responsable del paciente que asisten al Centro de Rehabilitación Integral de Oriente (ver anexos N° 8 y 9).

#### **4.7 PROCEDIMIENTO.**

El trabajo realizado en el proceso de la investigación se dió en dos etapas:

En la primer etapa se realizo la selección del tema a investigar, una vez se obtuvo la aprobación, se solicito permiso en el lugar donde se ejecutó el proyecto, posteriormente se procedió recopilar la información para la elaboración del Perfil de Investigación y el protocolo de investigación durante el período de Julio a Septiembre del 2007.

En la segunda etapa se realizó solicitud de permiso al director del Centro de Rehabilitación de Oriente para la ejecución del trabajo de investigación, el cual estuvo conformado por la selección y definición de la muestra, se impartieron charlas de información y orientación a los padres y/o responsables de los pacientes sujetos de investigación que se atendieron, se pasó la guía de entrevista inicial, dirigida al responsable del paciente, luego se dio inicio a la atención realizando las evaluaciones de cada paciente. Las terapias grupales, fueron distribuidas y dirigidas equitativamente entre los tres miembros del grupo, dichas terapias estuvieron integradas por los pacientes, padres de familia y/o responsable y terapeuta; se intervino con la Terapia Ocupacional para el área de socialización con actividades, como presentación de cada miembro participante, musicoterapia, masoterapia, incorporación de miembros superiores, en contacto niño y responsable, en reconocimiento de esquema corporal, saludo, abrazos, intercambio de niño niña con otro responsable, en el transcurso de la actividad se alternó con el cine forum, celebración de fiesta infantil, visita a parque, asistencia a piscina, realización de caminata. La atención brindada fue en veinticuatro sesiones, dos veces por semana, con duración de una hora y media en las que se compartía al final de cada una de un refrigerio y compartir la experiencia de la terapia realizada.

La guía de observación dirigida a pacientes con diagnóstico de parálisis cerebral y responsables de los mismos, se llevó a cabo durante el transcurso de la ejecución, al inicio y final de este, con el objetivo de indagar el comportamiento del niño y la relación con los demás.

Finalizando las sesiones se evaluó nuevamente a cada paciente y se hizo la entrevista final dirigida al responsable del paciente en la reunión de despedida y de esta manera se verifico que la atención brindada en las actividades programadas fueron efectivas culminado con un convivio de agradecimiento por su colaboración a los responsables por la participación en el proceso de investigación; finalizando con la tabulación, análisis e interpretación de los resultados, las conclusiones, recomendaciones y la presentación del informe final en el periodo comprendido de: Septiembre de Noviembre de 2007.

**CAPITULO V**  
**PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS**

## **5. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS**

A continuación se presentan los resultados de la investigación de campo, sobre la intervención de la terapia ocupacional en las actividades de socialización que realizan los niños/as con Diagnóstico de Parálisis Cerebral, en las edades de 3 a 5 años atendidos en el Centro de rehabilitación Integral de Oriente.

El estudio fue aplicado a una población de 12 pacientes de ambos sexos entre las edades de 3 a 5 años.

Los instrumentos utilizados para la obtención de la información fueron la hoja de evaluación para pacientes con diagnóstico de parálisis cerebral, la guía de observación dirigida a pacientes y responsables, la guía de entrevista inicial dirigida al responsable del paciente y la guía de entrevista final dirigida al responsable del paciente.

En el cuadro N° 1 se presentan los datos obtenidos de la población de pacientes por edad y género, en el N° 2 la procedencia de los pacientes en estudio, el N° 3 los datos obtenidos de la evaluación para pacientes con parálisis cerebral según su discapacidad, el N° 4 la evaluación de la socialización y participación.

En el cuadro N° 5 se encuentra la evaluación de la atención y respuesta a estímulos auditivos y visuales, en el N° 6 la evaluación de la incorporación de

miembros superiores a las actividades, en el N° 7 los datos obtenidos de la guía de observación dirigida a pacientes con diagnóstico de parálisis cerebral y responsables de los mismos y en el N° 8 en donde se observa mayor participación del niño en terapia.

El cuadro N° 9 se presenta el numero de hermanos que tienen los pacientes en estudio, en el N° 10 los datos de los lugares de esparcimiento que visita, en el cuadro N° 11 los tratamientos en terapia ocupacional y en el cuadro N° 12 las actividades a fines a la socialización.

**5.1 TABULACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS  
OBTENIDOS DE LA HOJA DE EVALUACIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL.**

**CUADRO N° 1  
CLASIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO POR EDAD Y GÉNERO.**

Fuente: Hoja de evaluación.

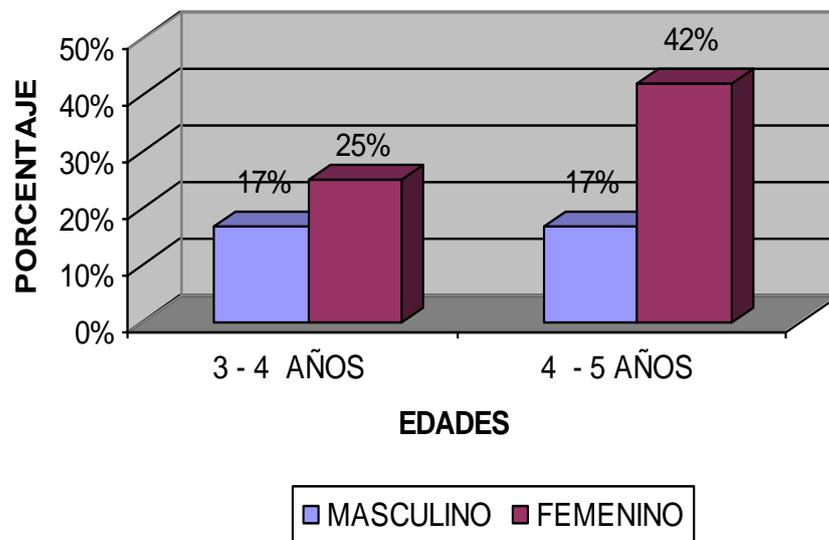
EDADES	SEXO				f	%
	M		F			
	f	%	f	%		
3 - 4 AÑOS	2	17	3	25	5	42
4 - 5 AÑOS	2	17	5	42	7	58
<b>TOTAL</b>	<b>4</b>	<b>33</b>	<b>8</b>	<b>67</b>	<b>12</b>	<b>100</b>

**ANÁLISIS:** Los datos anteriores presenta la edad y género de Los niños en estudio, teniendo que para las edades de 3 a 4 años corresponde al genero masculino el 17% y con un porcentaje del 25% el genero femenino, de 4 a 5 años el genero masculino con un 17% y el genero femenino con un 42%.

**INTERPRETACIÓN:** De acuerdo a datos obtenidos el mayor porcentaje de niños con Parálisis Cerebral atendidos fueron de edad de 3 a 5 años y del genero femenino debido a que la población demandante que consulta al Centro son en mayor cantidad de ese género.

### GRAFICO DE BARRA N° 1

GRAFICA DE LA POBLACIÓN DE PACIENTES POR EDAD Y GÉNERO.



Fuente: Cuadro N° 1

## CUADRO N° 2

### PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES EN ESTUDIO.

PROCEDENCIA	F	%
RURAL	7	58
URBANO	5	42
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>100</b>

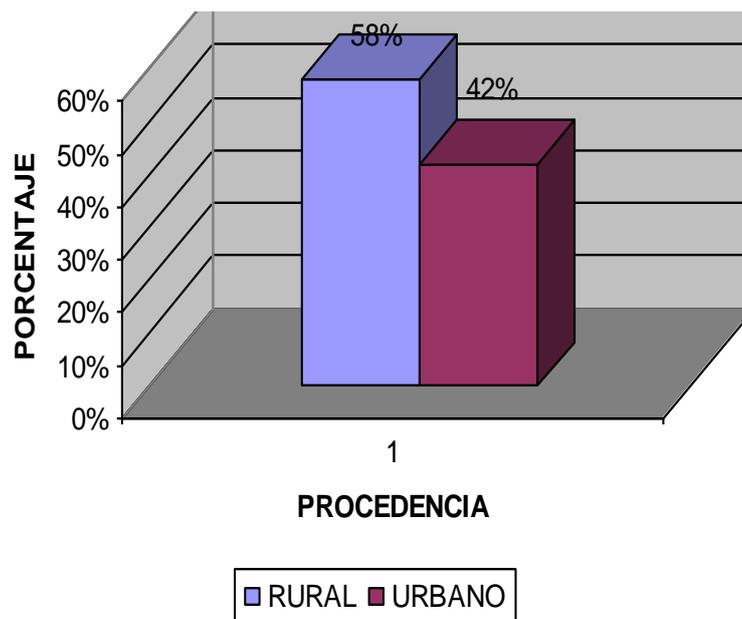
Fuente: hoja de evaluación.

**ANÁLISIS:** Los datos reflejan que la procedencia de los niños/as es rural con un porcentaje de 58% y de Zona Urbana el 42%

**INTERPRETACIÓN:** De acuerdo al anterior cuadro, la mayoría de usuarios que asistieron son de la zona rural, por ser la población altamente vulnerable por no contar con la accesibilidad al transporte a consultas medicas, y la asistencia al CRIOR es tardía.

## GRAFICO DE BARRA N° 2

### REPRESENTACIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN PROCEDENCIA.



Fuente: cuadro N° 2

### CUADRO N° 3

#### DATOS OBTENIDOS DE LA EVALUACIÓN PARA PACIENTES CON PARÁLISIS CEREBRAL SEGÚN SU DISCAPACIDAD.

TONO	ALTO		BAJO		NORMAL		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
DISCAPACIDAD	F	%	F	%	F	%	F	%
TETRAPARESIA	1	8	-	-	-	-	1	8
CUADRIPARESIA	7	58	2	17	-	-	9	75
TRIPARESIA	-	-	-	-	2	17	2	17
DIPARESIA	-	-	-	-	-	-	-	-
HEMIPARESIA	-	-	-	-	-	-	-	-
MONOPARESIA	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>66</b>	<b>2</b>	<b>17</b>	<b>2</b>	<b>17</b>	<b>12</b>	<b>100</b>

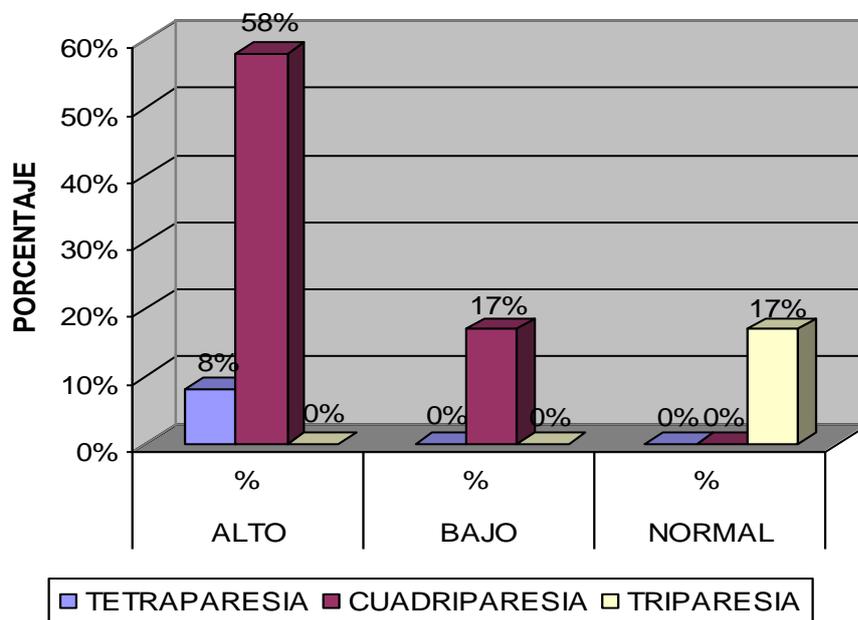
Fuente: Hoja de evaluación.

**ANÁLISIS:** Según los datos obtenidos con la discapacidad de cuadriparesia y tono alto con un 58% y un 17% con tono base bajo; y con la discapacidad de triparesia y tono base normal un 17% y para la discapacidad de tetraparesia un 8% con tono base alto.

**INTERPRETACIÓN:** El cuadro refleja que la discapacidad que predomina en los pacientes en estudio fue la cuadriparesia por ser estos los que tiene una mayor dependencia y por ende menor participación, necesitando de la participación del responsable para las realizaciones de las diferentes actividades.

### GRAFICA Nº 3

**GRAFICA DE LOS DATOS OBTENIDOS DE LA EVALUACIÓN PARA  
PACIENTES CON PARÁLISIS CEREBRAL SEGÚN SU DISCAPACIDAD.**



Fuente: Cuadro Nº 3

#### CUADRO No 4

#### EVALUACIÓN DE LA SOCIALIZACIÓN Y PARTICIPACIÓN.

RESPUESTA	EVALUACIÓN INICIAL		EVALUACIÓN FINAL	
	f	%	f	%
BUENO	-	-	10	83
REGULAR	11	92	2	17
MALO	1	8	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>100</b>	<b>12</b>	<b>100</b>

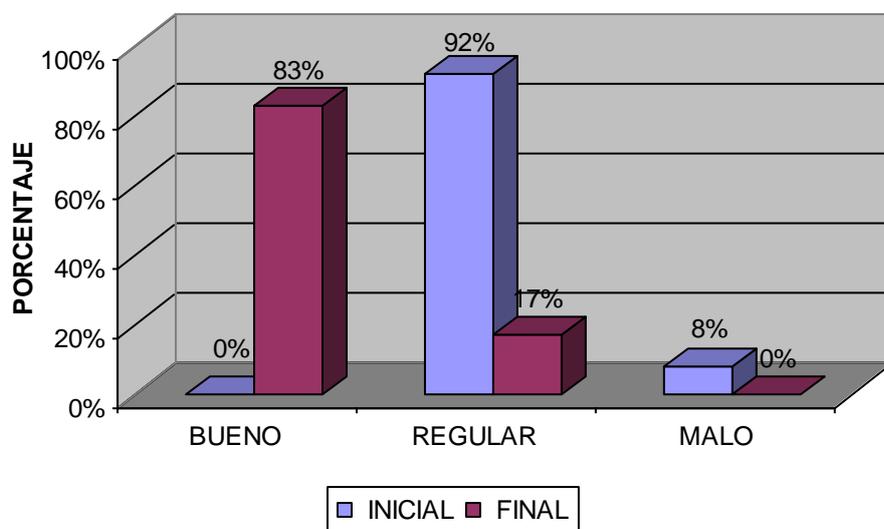
Fuente: Hoja de Evaluación

**ANÁLISIS:** La información obtenida indica que en la evaluación Inicial la respuesta es regular en el 92% y mala en el 8%; a la evaluación final los datos fueron el 83% es bueno; el 17% es regular.

**INTERPRETACIÓN:** La mayoría de los niños/as se integran socialmente comprobándolo por medio de la expresividad traducida en gestos faciales y corporales, sonrisa, balbuceo y la incorporación grupal, al facilitarlos por medio de actividades que estimulan la socialización y participación.

### GRAFICA DE BARRA N° 4

### GRAFICA REPRESENTANDO LA EVALUACIÓN DE LA SOCIALIZACIÓN Y PARTICIPACIÓN.



Fuente: cuadro N° 4

## CUADRO N° 5

### EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN Y RESPUESTA A ESTÍMULOS AUDITIVOS Y VISUALES.

RESPUESTA	EVALUACIÓN INICIAL		EVALUACIÓN FINAL	
	f	%	f	%
BUENO	0	0	9	75
REGULAR	3	25	2	17
MALO	9	75	1	8
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>100</b>	<b>12</b>	<b>100</b>

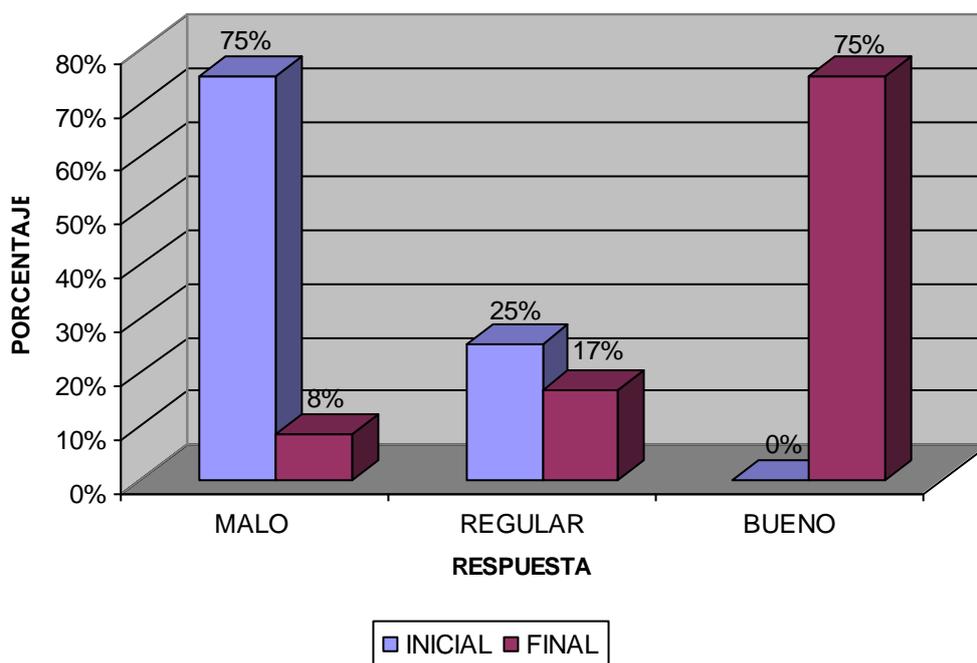
Fuente: .hoja de evaluación.

**ANÁLISIS:** según la información obtenida en la evaluación inicial en el aspecto de atención y respuesta a estímulos auditivos y visuales los datos reflejan que el 25% es regular y 75% es malo; al final de la evaluación se obtuvo un 75% bueno, un 17% regular y 8% es malo.

**INTERPRETACIÓN:** Según la información registrada la mayoría de los niños/as respondieron favorablemente, siendo capaces de enfocar y atender al estímulo de acuerdo a su capacidad residual en el área auditiva y visual.

### GRAFICO DE BARRA N° 5

GRAFICA QUE REPRESENTA LA EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN Y RESPUESTA A ESTÍMULOS AUDITIVOS Y VISUALES.



Fuente: Cuadro N° 5

## CUADRO N° 6

### EVALUACIÓN DE LA INCORPORACIÓN DE MIEMBROS SUPERIORES A LAS ACTIVIDADES.

RESPUESTA	EVALUACIÓN INICIAL		EVALUACIÓN FINAL	
	f	%	f	%
BUENO	-	-	9	75
REGULAR	2	17	2	17
MALO	10	83	1	8
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>100</b>	<b>12</b>	<b>100</b>

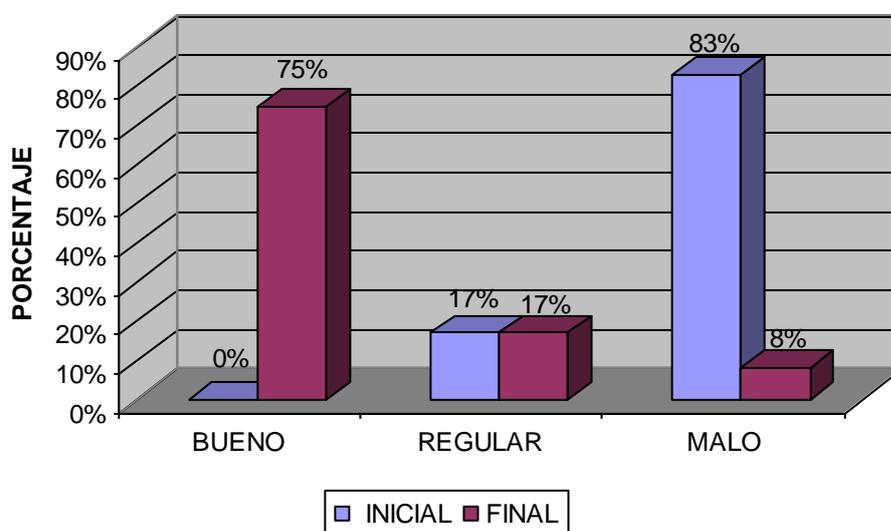
Fuente: Hoja de evaluación.

**ANÁLISIS:** La información obtenida refleja que el 83% es malo y el 17% es regular en la evaluación inicial, el 75% es buena la respuesta, el 17% es regular y en un 8 % es mala.

**INTERPRETACIÓN:** Según los resultados a pesar del compromiso motriz y la afección de los miembros superiores por el tipo de tono muscular de cada niño/a en su mayoría se facilitó la incorporación de estos para la realización de las diferentes actividades (masaje, estimulación táctil, reconocimiento del esquema corporal, abrasoterapia) las cuales fueron asistidas por la mamá y/o acompañante.

### GRAFICA DE BARRA N° 6

GRAFICA DE DOBLE BARRA QUE REPRESENTA LA EVALUACIÓN DE LA INCORPORACIÓN DE MIEMBROS SUPERIORES A LAS ACTIVIDADES.



Fuente: Cuadro N° 6

## CUADRO N° 7

### DATOS OBTENIDOS DE LA GUÍA DE OBSERVACIÓN DIRIGIDA A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE PARÁLISIS CEREBRAL Y RESPONSABLES DE LOS MISMOS.

RESPUESTA	OBSERVACIÓN INICIAL				OBSERVACIÓN FINAL			
	RELACIÓN NIÑO/A-RESPONSABLE		RELACIÓN NIÑO/A-CON LOS DEMÁS		RELACIÓN NIÑO/A-RESPONSABLE		RELACIÓN NIÑO/A-CON LOS DEMÁS	
	f	%	f	%	f	%	f	%
BUENO	3	25	2	17	10	83	10	83
REGULAR	2	17	4	33	2	17	1	8
MALO	7	58	6	50	-	-	1	8
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>100</b>	<b>12</b>	<b>100</b>	<b>12</b>	<b>100</b>	<b>12</b>	<b>100</b>

Fuente: Guía de observación.

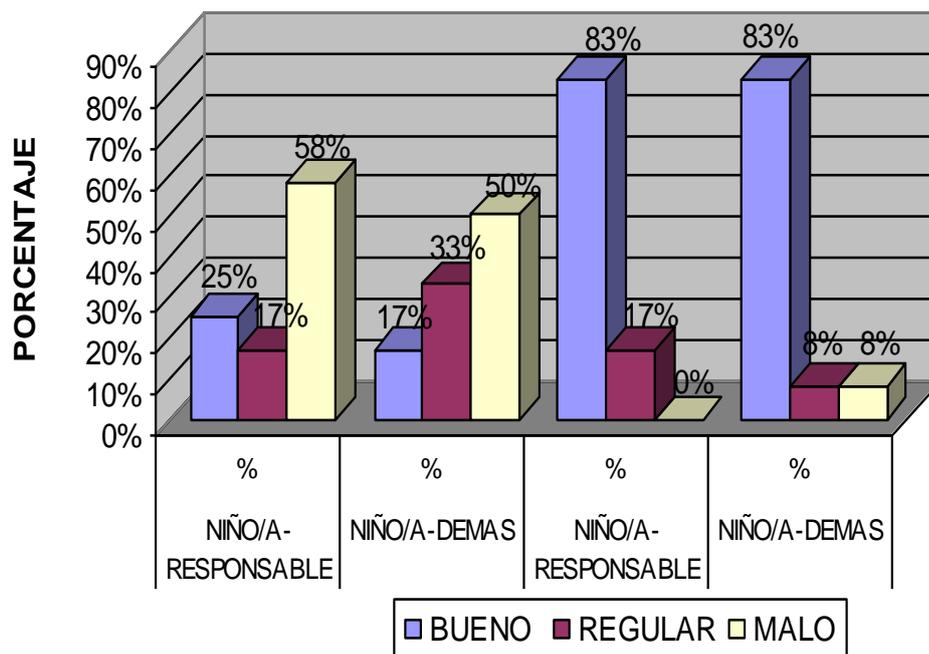
**ANÁLISIS:** Los datos de la observación Inicial reflejan que la respuesta de la relación niño-responsables es buena en un 25%, regular el 17% Y es mala en un 58%; y en la relación niño/a- con los demás es buena en un 17%, regular en un 33% y mala en un 50%, y En la observación final la relación niño –responsable se da en 83 % buena y en un 17% regular; y En la relación niño/a – mama con los demás, es y buena el 83%, regular en 8% y mala en un 8%

**INTERPRETACIÓN:** De acuerdo a datos obtenidos en la observación final se verifico que en la mayoría la relación madre niño y de estos con los demás mejoro ya que antes, durante y después de las sesiones se visualizó las

expresiones afectivas como caricias, besos, comunicación, etc. Y la integración de estos al grupo.

### GRAFICA DE BARRA N° 7

#### OBSERVACIÓN DIRIGIDA A PACIENTES DE PARÁLISIS CEREBRAL Y RESPONSABLE DE LOS MISMOS.



Fuente: Cuadro N° 7

## CUADRO No 8

### MAYOR PARTICIPACIÓN DEL NIÑO EN LA TERAPIA

RESPUESTA	ENTREVISTA INICIAL		ENTREVISTA FINAL	
	f	%	f	%
CASA	9	75	2	17
INSTITUCIÓN	3	25	10	83
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>100</b>	<b>12</b>	<b>100</b>

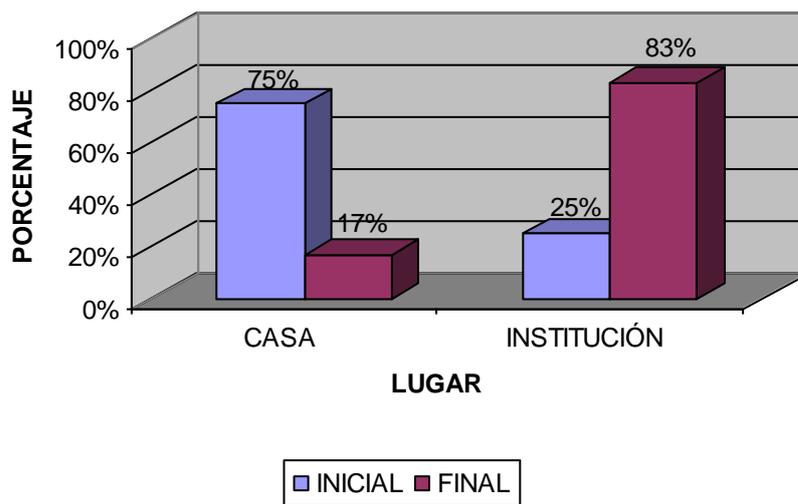
Fuente: Hoja de Evaluación

**ANÁLISIS:** De acuerdo a datos obtenidos en la entrevista inicial se tiene que el 75% participan en casa y el 25% en la institución; y en la entrevista final se refleja que el 17% participan en casa y el 83% en la institución.

**INTERPRETACIÓN:** Al inicio había participación en casa pero limitada al grupo familiar por la convivencia y dependencia; mejorando su respuesta participativa en la institución por la diversidad de actividades, estímulos y ambientación que recibió.

### GRAFICO DE BARRA Nº 8

#### MAYOR PARTICIPACIÓN DEL NIÑO EN LA TERAPIA



Fuente: Cuadro Nº 8

## CUADRO N° 9

### NUMERO DE HERMANOS QUE TIENEN LOS PACIENTES.

N° DE HERMANOS	F	%
0	6	50
1	4	33
2	2	17
3	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>100</b>

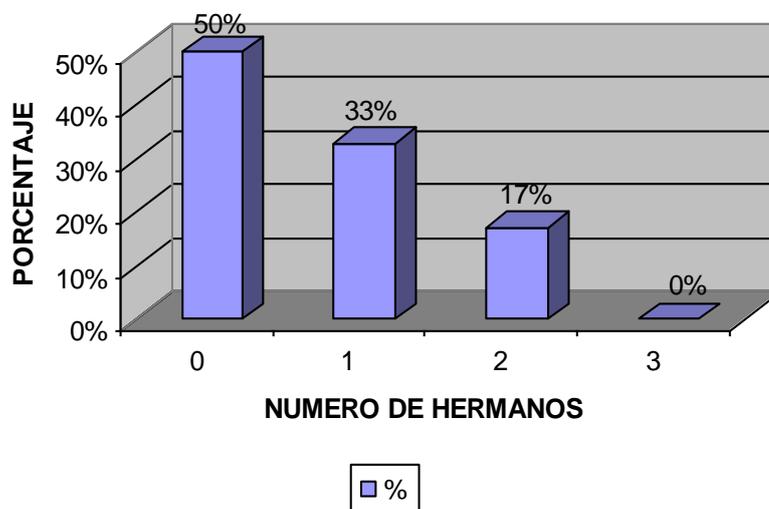
Fuente: Guía de entrevista.

**ANÁLISIS:** El cuadro muestra que el 50% de pacientes no tienen hermanos, el 33% por ciento tienen solo un hermano; el 17% 2 hermanos y ningún usuario tiene más de 2 hermanos.

**INTERPRETACIÓN:** Al entrevistar a mamá o responsable se encontró que la mayoría de pacientes es hijo único por lo que este no comparte con otros niños actividades de juego en casa y eso limita la socialización.

### GRAFICA DE BARRA N° 9

NUMERO DE HERMANOS QUE TIENEN LOS PACIENTES DEL CRIOR.



Fuente Cuadro N° 9

## CUADRO Nº 10

### LUGARES DE ESPARCIMIENTO QUE VISITA

LUGARES	EVALUACIÓN INICIAL	EVALUACIÓN FINAL
	f	f
Parques	3	5
Fiestas Infantiles	3	8
Iglesias	4	9
Vecinos amigos y familiares	4	12
Ninguno	2	-
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>34</b>

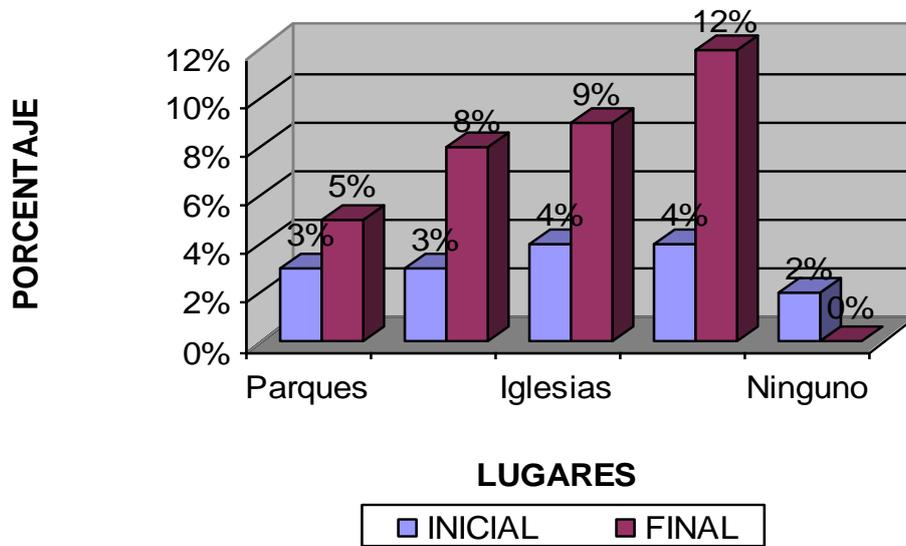
Fuente: Guía de entrevista.

**ANÁLISIS:** El cuadro refleja que al inicio de la entrevista los datos eran 4 asisten a iglesia; la asistencia a vecinos, amigos y familiares fue de 4 la visita a fiestas infantiles fue de 3 la asistencia a parques fue de 3 y 2 no visitaban ningún lugar. Al final de entrevista los datos reflejan que 12 visitan amigos, vecinos y familiares; 9 visitan las iglesias; asistencia a fiestas infantiles fueron 8; y 5 asisten a parques. Los datos del cuadro no coinciden en totales, ya que los pacientes visitan más de un lugar.

**INTERPRETACIÓN:** La mayoría aumento asistencia a parques, fiestas infantiles, Iglesias y visitas A vecinos y familiares, por que consideraron la necesidad que tiene el niño de relacionarse con los demás.

### GRÁFICO DE BARRA N° 10

#### LUGARES DE ESPARCIMIENTO QUE VISITA



Fuente: Cuadro N° 10

## CUADRO Nº 11

### ATENCIONES EN TERAPIA OCUPACIONAL

RESPUESTA	ACTIVIDADES INDIVIDUALES		ACTIVIDADES GRUPALES	
	f	%	f	%
BUENO	2	17	12	100
REGULAR	2	17	-	-
MALO	8	67	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>100</b>	<b>12</b>	<b>100%</b>

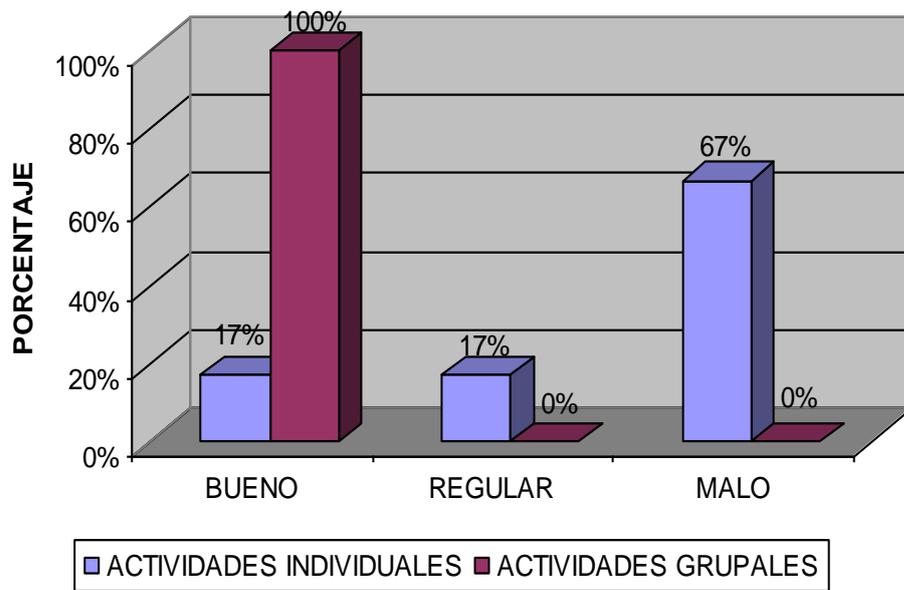
Fuente: Guía de entrevista.

**ANÁLISIS:** Según la información obtenida inicialmente la respuesta al tratamiento en actividades individuales es buena en un 17%, regular en un 17% y mala en un 67%. Y la respuesta obtenida al realizar las actividades grupales en un 100%

**INTERPRETACIÓN:** Las actividades individuales no facilitan la socialización ya que los niños/as no tienen la oportunidad de interactuar con otros y la participación del responsable va encaminada a recibir enseñanza para manejo en el hogar y no así para orientarlo a la relación e interacción con los demás. En las actividades grupales la terapeuta, niño/a y el responsable se relacionan e involucran directamente en las actividades que se realizan facilitando la socialización.

## GRAFICA Nº 11

### ATENCIONES EN TERAPIA OCUPACIONAL



Fuente: Cuadro Nº 11

## CUADRO Nº 12

### ACTIVIDADES AFINES A LA SOCIALIZACIÓN

RESPUESTA	CINE FORUM		PROGRAMAS ESPECÍFICOS DE TO		RECREACIÓN Y ESPARCIMIENTO	
	f	%	f	%	F	%
BUENO	10	83	10	83	12	100%
REGULAR	1	8	2	17	-	-
MALO	1	8	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>100%</b>	<b>12</b>	<b>100%</b>	<b>12</b>	<b>100%</b>

Fuente: Guía de Tratamiento.

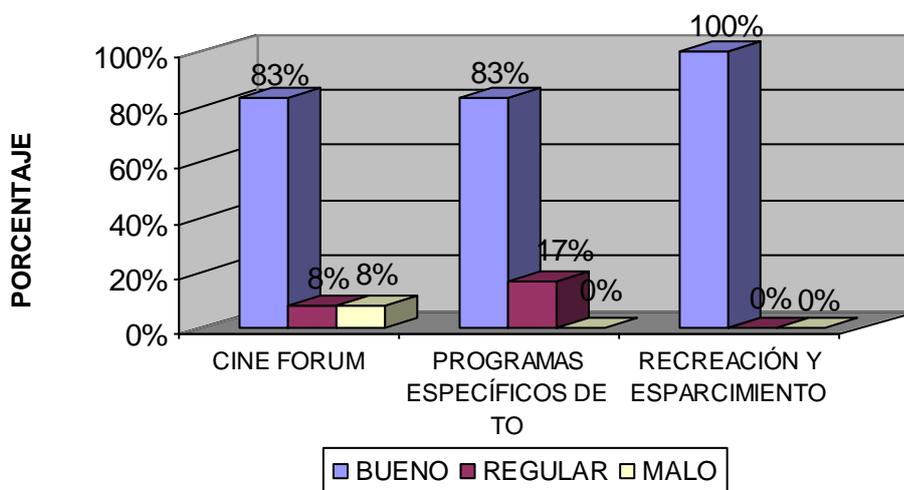
**ANÁLISIS:** Según la información las respuestas en las actividades grupales de cine forum fue buena en el 83%, regular en el 8% y mala en un 8%, en los programas específicos de Terapia Ocupacional fue buena en un 83% y regular en un 17%, en cuanto a la recreación y esparcimiento buena en un 100%

**INTERPRETACIÓN:** Las actividades elegidas para estimular la socialización facilitaron la participación de cada uno de los niños/as y responsables, ya que se compartió momentos agradables realizando intercambio de ideas y experiencias.

La actividad en la que la mayoría compartió fue de recreación y esparcimiento, en la que junto con los familiares se visitó piscinas, parques y se realizó una caminata, expresando al final de la actividad la satisfacción por los cambios observados en los niños/as y la importancia de las terapias grupales: y Comprendieron que es necesario incorporar a los niños/as a una vida social

normal ya que esto les permite interactuar con los demás como cualquier otro niño.

**GRAFICO DE BARRA Nº 12**  
**ACTIVIDADES AFINES A LA SOCIALIZACIÓN**



Fuente: Cuadro Nº 12

## 5.2 PRUEBA DE HIPÓTESIS

La hipótesis de investigación que se planteo en el estudio fue: Los niños de Parálisis Cerebral que reciben terapia ocupacional en el área de socialización, desarrollan actitudes que favorecen su rehabilitación integral.

La hipótesis se acepta de acuerdo a los siguientes resultados: El cuadro y el grafico N° 4 demuestra que el 92% de niños/as no presentaban respuesta de sonrisa, balbuceo, gestos faciales ni incorporación al grupo en la evaluación inicial; al fina de la ejecución se evidencio que se lograron respuestas en todos los niños y niñas.

En el cuadro y grafico N° 7 comprueba que la relación de los niños/as – Responsable es mala en un 58% inicialmente, superándolo en la observación al final a un 83%, comprobándolo por medio de la observación de expresividad niño/a – Responsable.

El cuadro y grafico N° 8 menciona que la mayor participación del niño se da inicialmente en el hogar en un 75% por la convivencia y dependencia familiar logrando al final el 83% de participación en la Institución por el trabajo en grupo y la diversidad de actividades, estímulos y ambientación que se brindo.

El cuadro y grafico N° 10 demuestra que los lugares de esparcimiento visitados inicialmente al igual que las visitas de vecinos amigos y familiares

aumento al final por que los responsables consideraron la necesidad que tiene el niño/a de asistir a parques, fiestas infantiles, iglesias, visitar a vecinos, amigos y familiares ya que esto facilita la aceptación e involucramiento social.

El cuadro y grafico N° 11 comprueba que las actividades grupales facilitan la socialización en un 100% por que la relación niño/a responsable y terapeuta es dinámica, participativa y brinda la oportunidad de intercambiar experiencias.

En el cuadro y grafico N° 12 confirma que las actividades elegidas para estimular la socialización facilitaron la participación en cada niño/a y responsables; obteniendo en el cine forum el 83%, en los programas específicos un 83%, recreación y esparcimiento un 100% de respuesta favorable en todos los niños/as.

**CAPITULO VI**  
**CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.**

## **6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.**

### **6.1 CONCLUSIONES.**

Al tabular, analizar e interpretar los resultados, el grupo investigador llego a las siguientes conclusiones:

Al aplicar las actividades de socialización en el tratamiento de terapia ocupacional en los niños/as de 3 a 5 años con diagnostico de Parálisis Cerebral, se comprobó una muy buena evolución tanto social como emocionalmente, ya que se observo y verifico que la aplicación de dichas actividades hicieron que el niño/a - responsable se involucraran en las terapias participando activamente.

Se demostró que los niños/as con mayor compromiso motriz, visual, auditivo, necesitan asistencia para ser incorporados a las diferentes actividades sociales.

La mayoría de los niños/as se integraron socialmente esto se comprobó con una respuesta buena en un 83% en la evaluación final.

Se verifico además por medio de la observación del niño/a y/o responsable que la relación entre estos y con los demás mejoro en un 83% evidenciándolo por las expresiones afectivas como caricias, besos, saludo, comunicación y otros.

Aumento la afluencia a los lugares de esparcimiento visitados ya que inicialmente no todos realizaban visitas a familiares, amigos y vecinos y al final todos lo hicieron.

Al aplicar el tratamiento los responsables afirmaron observar cambios después de cada sesión, lo cual ayudo a la interrelación en las terapias grupales, la participación en el cine forum; actividad que no habían realizado anteriormente, las actividades de esparcimiento en las que se incorporaron otros familiares quienes compartieron con los niños/as momentos agradables.

## **6.2 RECOMENDACIONES**

Que el gobierno a través del ministerio de salud pública y asistencia social realice gestiones y ejecute una ley para eliminar barreras arquitectónicas y la construcción de adaptaciones en parques, centros recreativos y de esparcimiento. Para niños/as con diagnóstico de Parálisis Cerebral y otros.

Que las diferentes autoridades de las instituciones del área de salud, con servicios de rehabilitación promuevan la creación de programas de socialización, para niños/as con diagnóstico de Parálisis Cerebral.

Concientizar a los profesionales en rehabilitación la importancia de capacitarse y trabajar en el área social a niños/as - responsable para que el tratamiento sea integral

Que los padres de Familia de niños/as con Parálisis Cerebral se involucren activamente en el proceso de rehabilitación para facilitar la respuesta social de los niños/as y así ser integrados a la sociedad.

Concientizar a los responsables y a la población en general la necesidad de estimular la socialización del niño/a con Parálisis Cerebral para que desarrolle al máximo su potencial de acuerdo a su discapacidad.

## BIBLIOGRAFÍA

### LIBROS

FLEHMIG I. Desarrollo Normal del Lactante y sus Desviaciones. Diagnósticos y tratamiento tempranos. 3ª. ed. Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana. 1988.

TAMAYO Y TAMAYO, Mario. El Proceso de Investigación Científica. 3ª Edición, Limusa Noriega editores, México. 1994, 490 Págs.

TORRES CHÁVEZ, Raquel. Neurodesarrollo Neonatal e Infantil. 1ª. Edición México, Editorial Médica Panamericana. 2003, 455 págs.

VÉLEZ DOMÍNGUEZ LC. "Desarrollo Neurologico del Niño". 1ª. edición. México, Manual Moderno 2001. 620 págs.

### FUENTES ORALES

MACIQUE R. Elaime. "La Hipoterapia y Terapias Alternativas" Seminario Taller. Licenciada graduada en la Universidad de la Habana Cuba. Universidad José Simeón Cañas, San Salvador; El Salvador; C.A., Viernes 5 de Septiembre del 2005 (de 8 a.m. a 10 a.m.)

## **DIRECCIONES ELECTRÓNICAS**

CANTOR, Daniel. “Parálisis Cerebral” Documento, Septiembre 2006, [www.medlineplus.com](http://www.medlineplus.com) (Consultada 5/11/07).

MILASO, Lía. “Socialización”. Documento, México 2000, (Disponible en [www.monografias.com/trabajos](http://www.monografias.com/trabajos).(Consultada 5/11/07).

TAMAYO y TAMAYO, Mario. “El Proceso de Investigación”. Documento, México 1994. Disponible en <http://www.monografias.com/trabajos>. (Consultada 6/12/07).

[www.isri.gob.sv](http://www.isri.gob.sv). (Consultada 6/12/07).

[www.fedevi.org.ve/media\\_file/download/8DraOPrado.pdf](http://www.fedevi.org.ve/media_file/download/8DraOPrado.pdf).(Consultada 7/12/07)

[www.monografias.com/trabajos12/social/social.shtml](http://www.monografias.com/trabajos12/social/social.shtml) (Consultada 7/12/07)

[www.neurorehabilitacion.com/paralisis\\_cerebral\\_infantil.htm](http://www.neurorehabilitacion.com/paralisis_cerebral_infantil.htm) ( Consultada 7/12/07).

ANEXO Nº 1

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES GENERALES REALIZADAS EN EL PROCESO DE GRADUACIÓN  
CICLO II – 2007 Y CICLO I - 2008

Nº	ACTIVIDAD	Julio/07				Agost/07				Sept/07				Oct/07				Nov/07				Dic/07				Enero/08				Feb/08			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Inscripción del proceso de graduación			■																													
2	Elaboración del perfil de investigación			■	■																												
3	Entrega de perfil				■																												
4	Elaboración del protocolo de investigación					■	■	■	■																								
5	Entrega del protocolo de investigación								■																								
6	Exposición oral del protocolo de investigación									■																							
7	Ejecución de la investigación									■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■												
8	Tabulación, análisis e interpretación de datos																		■	■													
9	Elaboración del informe final																							■	■								
10	Presentación del informe final																											■					
11	Exposición oral de resultados																															■	

**ANEXO Nº 2**

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR DURANTE LA EJECUCIÓN DEL**

**TRATAMIENTO A PACIENTES CON DIAGNÓSTICO PARÁLISIS CEREBRAL**

**CICLO II – 2007**

Nº	ACTIVIDAD	MESES											
		SEPTIEMBRE/2007				OCTUBRE/2007				NOVIEMBRE/2007			
	SEMANA	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Solicitud de Permiso y colaboración AL Director Del CRIOR												
2	Determinación de la Muestra de Estudio												
3	Reunión Informativa con padres de familia y/o responsables de los pacientes y Aplicación de la entrevista inicial.												
4	Aplicación de Programas de Terapias												
5	Aplicación de entrevista final, y Actividad de Despedida.												

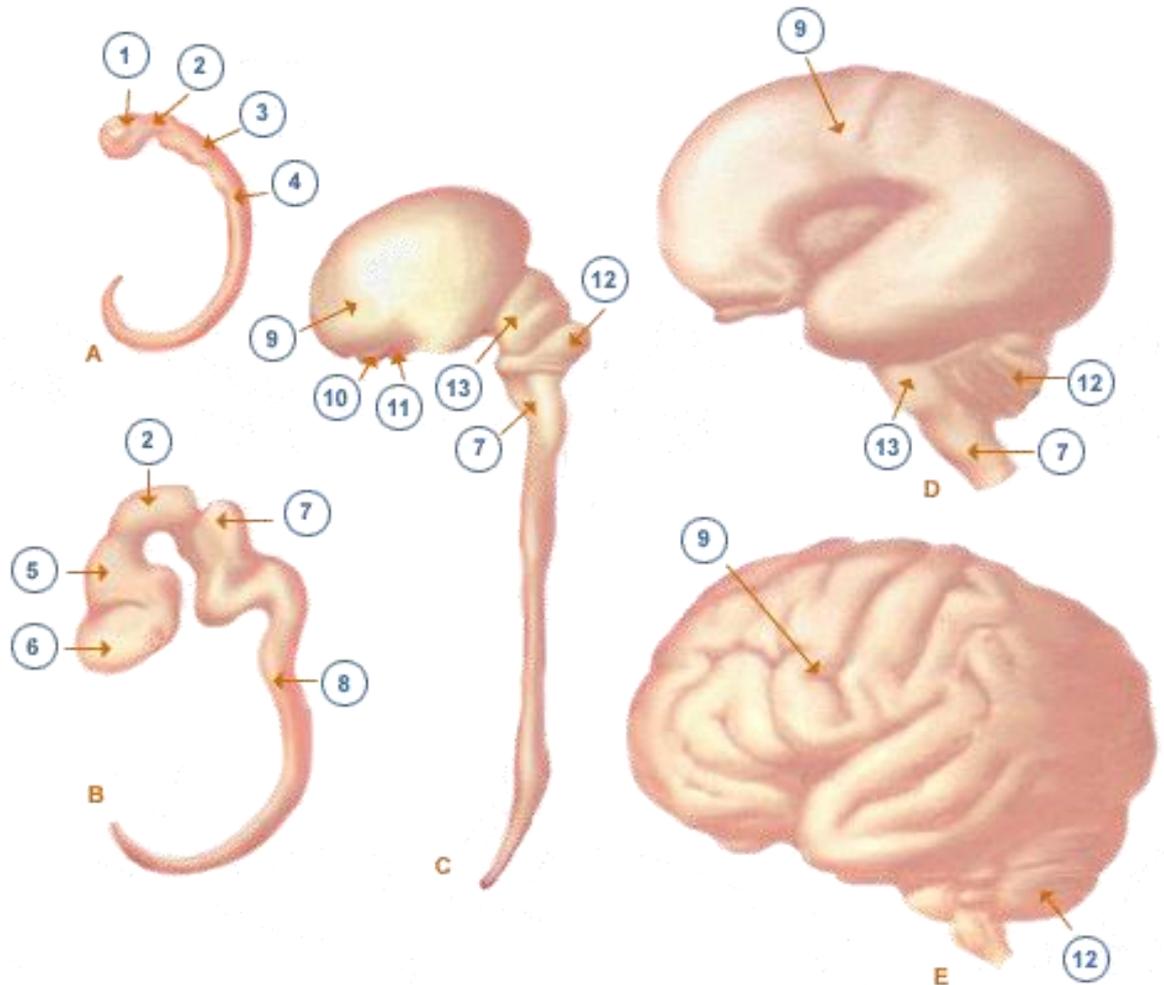
ANEXO Nº 3

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE TRATAMIENTO PARA PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE PARÁLISIS CEREBRAL

Nº	ACTIVIDAD SEMANA	MESES		SEPTIEMBRE/2007								OCTUBRE/2007								NOVIEMBRE/2007							
		M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V				
1	Selección y evaluación de la muestra	■																									
2	Reunión de Padres de Familia y/o Responsables		■																								
3	Aplicación de la Entrevista Inicial		■																								
4	Evaluación de Terapia Ocupacional			■	■																						
5	Terapias de Grupo					■	■			■	■			■	■			■		■	■						
6	Actividades Recreativas y de esparcimiento							■	■			■	■			■	■		■		■	■					
7	Aplicación de la Entrevista Final																						■				
8	Actividad de Despedida																						■				

## ANEXO Nº 4

### FORMACIÓN DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL



#### Principales etapas de la morfogénesis

- |                               |                        |
|-------------------------------|------------------------|
| 1. Prosencéfalo               | 8. Médula espinal      |
| 2. Mesencéfalo                | 9. Hemisferio cerebral |
| 3. Romboencéfalo              | 10. Lóbulo olfatorio   |
| 4. Futura médula espinal      | 11. Nervio óptico      |
| 5. Diencefalo                 | 12. Cerebelo           |
| 6. Telencefalo                | 13. Metencefalo        |
| 7. Mielencéfalo, futuro bulbo |                        |

## ANEXO Nº 5

### TIPOS DE PARÁLISIS CEREBRAL

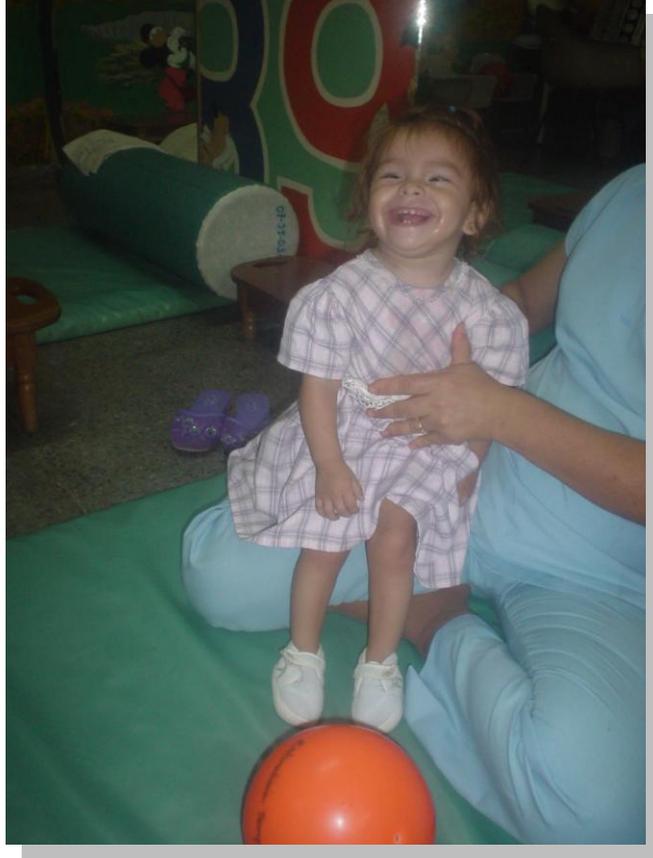
**Figura A: ESPASTICA**



**Figura B: DISQUINETICA**



**Figura C: ATAXICA**



**ANEXO Nº 6**

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA  
CARRERA DE FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL**



**HOJA DE EVALUACIÓN PARA PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE  
PARÁLISIS CEREBRAL**

**OBJETIVO:** Recopilar información de terapia ocupacional en el área de socialización.

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **GENERO:** \_\_\_\_\_  
**EDAD:** \_\_\_\_\_ **DISCAPACIDAD:** \_\_\_\_\_ **PROCEDENCIA** \_\_\_\_\_  
**FECHA DE EVALUACIÓN INICIAL:** \_\_\_\_\_  
**FECHA DE EVALUACIÓN FINAL:** \_\_\_\_\_

**HISTORIA CLÍNICA**

---

---

---

---

---

**EVALUACIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL**

**SOCIALIZACIÓN Y PARTICIPACIÓN:** \_\_\_\_\_  
**ATENCIÓN Y RESPUESTA A ESTÍMULOS AUDITIVOS Y VISUALES:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
**INCORPORACIÓN DE MIEMBROS SUPERIORES:** \_\_\_\_\_

## ANEXO Nº 7

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA  
CARRERA DE FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL



### GUÍA DE OBSERVACIÓN DIRIGIDA A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE PARÁLISIS CEREBRAL Y RESPONSABLES DE LOS MISMOS

NOMBRE: \_\_\_\_\_ GENERO: \_\_\_\_\_  
EDAD: \_\_\_\_\_ DISCAPACIDAD: \_\_\_\_\_ PROCEDENCIA \_\_\_\_\_  
LUGAR: \_\_\_\_\_  
FECHA: \_\_\_\_\_

**OBJETIVO:** Indagar sobre el comportamiento del niño y la relación con los demás.

### DESARROLLO

La conducta social de los niños y responsables entre ellos y con los demás

**ANEXO Nº 8**

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA  
CARRERA DE FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL**



**GUÍA DE ENTREVISTA INICIAL DIRIGIDA A RESPONSABLE DEL PACIENTE**

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **GENERO:** \_\_\_\_\_  
**EDAD:** \_\_\_\_\_ **DISCAPACIDAD:** \_\_\_\_\_ **PROCEDENCIA** \_\_\_\_\_

**OBJETIVO:** Recopilar información del paciente en su área social.

1. ¿Participa en las terapias de su niño?

SI

NO

2. ¿Dónde observa mayor participación del niño en terapia?

En la Casa \_\_\_\_\_ En el Centro \_\_\_\_\_

3. ¿Cuáles lugares de esparcimiento visita?

Parques \_\_\_ Fiestas infantiles \_\_\_ Iglesias \_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

4. ¿Cuántos Hijos tiene? \_\_\_\_\_

## ANEXO Nº 9

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA  
CARRERA DE FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL



### GUÍA DE ENTREVISTA FINAL DIRIGIDA A RESPONSABLE DEL PACIENTE

**OBJETIVO:** Recopilar información del paciente en su área social.

1. ¿Participa en las terapias de su niño?

SI

NO

2. ¿Dónde observa mayor participación del niño en terapia?

En la Casa\_\_\_\_\_ En el Centro\_\_\_\_\_

3. ¿Cuáles lugares de esparcimiento visita?

Parques\_\_\_ Fiestas infantiles\_\_\_ Iglesias\_\_\_\_\_ Otros\_\_\_\_\_

## ANEXO No 10

### FOTOS DE LA EJECUCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN



**Figura a: Reunión de Padres de Familia y encargados**



**Figura b: Terapia grupal dentro de la institución**



**Figura c: Terapia en Piscina**



**Figura d: Grupo de niños y responsables que participaron.**



**Figura e: Caminata**



**Figura f: Visita a Parques**

## Fiesta Infantil



Figura g



Figura h