



**UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA  
SEDE GUAYAQUIL.**

**UNIDAD DE POSGRADOS**

**MAESTRÍA EN EDUCACIÓN ESPECIAL CON MENCIÓN EN  
EDUCACIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD VISUAL.**

**Tesis previa a la obtención del título de:  
Magíster en Educación Especial**

**Tema:**

**REALIDAD DEL ÁMBITO FISIOTERAPÉUTICO DE LOS CENTROS E  
INSTITUCIONES EN EL CANTÓN BABAHOYO Y PROPUESTA DE GUÍA  
DIRIGIDA A PADRES DE FAMILIA DE LOS NIÑOS DE 0-8 AÑOS DE  
EDAD CON PARÁLISIS CEREBRAL ASOCIADA A LA BAJA VISIÓN,  
ORIENTADA A FOMENTAR EL DESARROLLO LOCOMOTOR.**

**Elaborado por:**

**ANA LUCÍA MORA MORA.**

**Directora de tesis:**

**MSC. BÉLGICA MACÍAS TORRES.**

**Guayaquil, 2014.**

## **DECLARATORIA DE RESPONSABILIDAD**

Los conceptos realizados y análisis desarrollados, conclusiones y recomendaciones contenidos en el presente trabajo son de exclusiva responsabilidad de la autora.

Guayaquil, 2014.

---

Lic. Ana Lucia Mora Mora.

C.I. 1202782809.

## AGRADECIMIENTO

Sin duda alguna al finalizar la tesis queda la satisfacción y el deber de haber cumplido y la profunda necesidad de agradecer principalmente a Dios Padre Todopoderoso por darme vida, salud para cumplir las metas propuestas. Luego un agradecimiento infinito a mi familia pilar esencial en mi vida, siempre fueron pacientes en mis horas de ausencia física y mental en el cumplimiento de mis responsabilidades estudiantiles, con ellos todo, sin ellos nada.

Infinitamente agradezco a la Universidad Politécnica Salesiana por abrirme pasos a un mundo de saberes desconocidos, que me han servido para darle otro enfoque a la intervención diaria de los niños con discapacidad y por ende asesorar a la familia en lo que tiene que ver con la el cuidado y enseñanza de los niños.

También quiero agradecer a todo el personal de la escuela de educación especial “Ayúdanos a Empezar” donde laboro y tuve la facilidad de realizar este trabajo de tesis ya que siempre estuvieron dispuestos a cualquier ayuda que puedan brindarme.

Quiero expresar mi más sincero y especial agradecimiento mis amigas, compañera de maestría Cecilia Vega y Mavel Illescas pues sus cúmulos de experiencias las hemos aprovechado en cada uno de los módulos ofrecidos en la Maestría de Educación Especial, fortaleciendo nuestra labor educativa y nuestra amistad al alentarnos a continuar sin desmayar hasta el final.

Así mismo quisiera expresar mi agradecimiento a cada una de las personas que estuvieron vinculadas en este proceso de aprendizaje; director de maestría, docentes de la maestría de educación especial, tutora de tesis, lector de tesis ya que su aporte fue indispensable para complementar el trabajo investigativo.

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo a mi familia por el amor, paciencia, pilares de mi existencia y continuidad diaria, quienes han tenido que prescindir de mí presencia en momentos de unión.

A los niños con discapacidad que son los Ángeles de Dios, quienes nos enseñan día a día lecciones de vida, regalan una sonrisa y por lo cual doy lo mejor de mí en la labor diaria. Por ellos estoy cursando esta etapa de mi vida.

## ÍNDICE GENERAL

Portada.....	I
Declaratoria de responsabilidad.....	II
Agradecimiento.....	III
Dedicatoria.....	IV
Índice general.....	V
Índice de cuadros.....	VIII
Índice de gráficos.....	X
Resumen.....	XII
Abstract.....	XIII
Introducción.....	1

### CAPÍTULO I

#### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Problema.....	3
1.2. Justificación.....	7
1.3. Objetivos.....	8
1.4. Hipótesis.....	9

### CAPÍTULO II

#### MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes Históricos.....	10
2.2. Fundamentación teórica.....	15
2.2.1. Educación Especial.....	15
2.2.2. La Discapacidad Visual.....	15
2.2.3. La Parálisis Cerebral.....	16
2.2.4. Familia.....	19
2.2.5. Fisioterapia o Terapia Física.....	20
2.2.6. Los Ejercicios Terapéuticos.....	21
2.2.7. Concepto Básico de Rehabilitación.....	26
2.2.8. Concepto Básico de Habilitación.....	27
2.3. Fundamentación legal.....	28

### **CAPÍTULO III**

#### **MARCO METODOLÓGICO**

3.1. Modalidad de la investigación.....	34
3.2. Tipos de investigación.....	34
3.3. Métodos de la investigación.....	35
3.4. Población y muestra.....	36
3.5. Procedimiento de la investigación.....	37

### **CAPÍTULO IV**

#### **ANÁLISIS DE RESULTADOS**

4.1. Introducción.....	38
4.2. Resultados de la encuesta dirigida a directivo y docentes.....	39
4.3. Resultados de la encuesta dirigida a padres de familia.....	46
4.4. Resultados de la encuesta dirigida a fisioterapeutas.....	53
4.5. Resultados de la guía de observación (test locomotor) a los estudiantes.....	60
4.6. Aceptación de la hipótesis.....	80

### **CAPÍTULO V**

#### **PROPUESTA**

#### **DISEÑO DE UNA GUÍA FISIOTERAPÉUTICA PARA FOMENTAR EL DESARROLLO LOCOMOTOR DE LOS NIÑOS DE 0 - 8 AÑOS DE EDAD CON PARÁLISIS CEREBRAL ASOCIADO A LA BAJA VISIÓN**

5.1. Introducción.....	81
5.2. Antecedentes.....	82
5.3. Objetivos de la propuesta.....	82
5.4. Metodología.....	83
5.5. Factibilidad.....	83
5.6. Descripción de la propuesta.....	84
5.7. Cronograma de actividades.....	85
5.8. Beneficiarios de la propuesta.....	85
5.9. Desarrollo de la propuesta.....	85

## **CAPÍTULO VI**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

6.1. Conclusiones.....	123
6.2. Recomendaciones.....	124
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>125</b>
Referencias Bibliográficas.....	125
Referencias Electrónicas.....	127
<b>GLOSARIO DE TÉRMINOS.....</b>	<b>128</b>
<b>ANEXOS</b>	
Anexo 1: Visión de conjunto de la CIF.....	131
Anexo 2: Encuesta dirigida a Directivo y Docentes.....	132
Anexo 3: Encuesta dirigida a Padres de Familia.....	133
Anexo 4: Encuesta dirigida a Fisioterapeutas.....	134
Anexo 5: Guía de observación: Test Locomotor.....	135
Anexo 6: Fichas Anecdóticas.....	136
Anexo 7: Registro de Validación de los instrumentos para la recolección de datos.....	152
Anexo 8: Registro de Validación de la Propuesta.....	164
Anexo 9: Ficha Senecyt para repositorio digital.....	167

## ÍNDICE DE CUADROS

### CONTENIDO:

Cuadro 2.1: Cuadro Clasificación de la PCI.....	17
Cuadro 3.1: Descripción de la Población.....	36
Cuadro 3.2: Descripción de la Población y Muestra.....	37
Cuadro 3.3: Etapas de la Recolección de Datos.....	37
Cuadro 5.1. Ejecución de la Propuesta.....	85
<b>RESULTADOS DE LA ENCUESTA DIRIGIDA A DIRECTIVO Y DOCENTES</b>	
Cuadro 4.1.....	39
Cuadro 4.2.....	40
Cuadro 4.3.....	41
Cuadro 4.4.....	42
Cuadro 4.5.....	43
Cuadro 4.6.....	44
Cuadro 4.7.....	45
<b>RESULTADOS DE LA ENCUESTA DIRIGIDA A PADRES DE FAMILIA</b>	
Cuadro 4.8.....	46
Cuadro 4.9.....	47
Cuadro 4.10.....	48
Cuadro 4.11.....	49
Cuadro 4.12.....	50
Cuadro 4.13.....	51
Cuadro 4.14.....	52
<b>RESULTADOS DE LA ENCUESTA A FISIOTERAPEUTAS</b>	
Cuadro 4.15.....	53
Cuadro 4.16.....	54
Cuadro 4.17.....	55
Cuadro 4.18.....	56
Cuadro 4.19.....	57
Cuadro 4.20.....	58
Cuadro 4.21.....	59



RESULTADOS DE LA GUÍA DE OBSERVACIÓN (TEST LOCOMOTOR) A  
LOS ESTUDIANTES

Cuadro 4.22.....	60
Cuadro 4.23.....	61
Cuadro 4.24.....	62
Cuadro 4.25.....	63
Cuadro 4.26.....	64
Cuadro 4.27.....	65
Cuadro 4.28.....	66
Cuadro 4.29.....	67
Cuadro 4.30.....	68
Cuadro 4.31.....	69
Cuadro 4.32.....	70
Cuadro 4.33.....	71
Cuadro 4.34.....	72
Cuadro 4.35.....	73
Cuadro 4.36.....	74
Cuadro 4.37.....	75
Cuadro 4.38.....	76
Cuadro 4.39.....	77
Cuadro 4.40.....	78
Cuadro 4.41.....	79

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

### CONTENIDO:

Gráfico 5.1. Estructura de la Propuesta.....	84
<b>RESULTADOS DE LA ENCUESTA DIRIGIDA A DIRECTIVO Y DOCENTES</b>	
Gráfico 4.1.....	39
Gráfico 4.2.....	40
Gráfico 4.3.....	41
Gráfico 4.4.....	42
Gráfico 4.5.....	43
Gráfico 4.6.....	44
Gráfico 4.7.....	45
<b>RESULTADOS DE LA ENCUESTA DIRIGIDA A PADRES DE FAMILIA</b>	
Gráfico 4.8.....	46
Gráfico 4.9.....	47
Gráfico 4.10.....	48
Gráfico 4.11.....	49
Gráfico 4.12.....	50
Gráfico 4.13.....	51
Gráfico 4.14.....	52
<b>RESULTADOS DE LA ENCUESTA A FISIOTERAPEUTAS</b>	
Gráfico 4.15.....	53
Gráfico 4.16.....	54
Gráfico 4.17.....	55
Gráfico 4.18.....	56
Gráfico 4.19.....	57
Gráfico 4.20.....	58
Gráfico 4.21.....	59
<b>RESULTADOS DE LA GUÍA DE OBSERVACIÓN (TEST LOCOMOTOR) A LOS ESTUDIANTES</b>	
Gráfico 4.22.....	60
Gráfico 4.23.....	61
Gráfico 4.24.....	62

Gráfico 4.25.....	63
Gráfico 4.26.....	64
Gráfico 4.27.....	65
Gráfico 4.28.....	66
Gráfico 4.29.....	67
Gráfico 4.30.....	68
Gráfico 4.31.....	69
Gráfico 4.32.....	70
Gráfico 4.33.....	71
Gráfico 4.34.....	72
Gráfico 4.35.....	73
Gráfico 4.36.....	74
Gráfico 4.37.....	75
Gráfico 4.38.....	76
Gráfico 4.39.....	77
Gráfico 4.40.....	78
Gráfico 4.41.....	79



**Maestría en Educación Especial con Mención en Educación de las Personas con Discapacidad Visual.  
2014.**

**TEMA:** “Realidad el ámbito fisioterapéutico en el cantón Babahoyo y propuesta de guía dirigida a padres de familia de los niños de 0-8 años de edad con parálisis cerebral asociada a la baja visión, orientada a fomentar el desarrollo locomotor”.

**AUTOR:** Ana Lucía Mora Mora. [anita\\_mora77@hotmail.com](mailto:anita_mora77@hotmail.com)

**TUTOR:** Msc. Bélgica Macías Torres. [bemaciast@yahoo.es](mailto:bemaciast@yahoo.es)

**PALABRAS CLAVES:** Baja visión, Parálisis cerebral, Fisioterapia, Locomotor.

**RESUMEN**

Este trabajo de tesis se lo efectuó en la ciudad de Babahoyo en la escuela de educación especial a “Ayúdanos a Empezar” abordando el tema de la parálisis cerebral y la baja visión desde la intervención fisioterapéutica dando respuesta a la problemática que los padres no apoyan en el hogar con los ejercicios para el desarrollo motor de los niños.

Con los resultados obtenidos de las encuestas aplicadas a docente, padres de familia, fisioterapeutas y un test locomotor para los niños, se confirma la importancia de realizar una guía fisioterapéutica en un 100% dirigida a padres de familia de los niños con parálisis cerebral asociado a la baja visión ya que el 67% los padres no realizan el refuerzo de los ejercicios en el hogar porque no saben hacerlo.

La aplicación y seguimiento de la guía se la realizó durante 6 meses en el año lectivo 2013-2014 con 18 niños de 0-8 años de edad con parálisis cerebral y baja visión logrando en los padres una mejor participación e integración familiar, además para complementar la guía se adiciona información bibliográfica sobre la parálisis cerebral y baja visión.

Como conclusión adicional tenemos la estimulación visual de los niños ya que mientras más se vea de cerca, más se estimula el cerebro.

## ABSTRACTC

Masters in special education with a minor in education of people with visual impairment

2014

"REALITY PHYSIOTHERAPY AREA IN CANTON BABAHOYO AND PROPOSAL FOR A GUIDE FOR PARENTS OF CHILDREN 0-8 YEARS OLD WITH CEREBRAL PALSY ASSOCIATED WITH LOW VISION, AIMED AT FOSTERING DEVELOPMENT LOCOMOTOR"

Author: Ana Lucía Mora Mora. [anita\\_mora77@hotmail.com](mailto:anita_mora77@hotmail.com)

Thesis Director: Msc. Bélgica Macías Torres. [bemaciast@yahoo.es](mailto:bemaciast@yahoo.es)

Keywords: Low vision, cerebral palsy, physiotherapy, locomotor.

### Summary

This Tesis work is made in Babahoyo city in the school of special education "Ayudanos a Empezar" addressing the topping about cerebral palsy and low vision after physiotherapy intervention in response to the problem of the fathers who don't give support the home with exercises about motor development of the children.

With the results obtained of the surveys applied to teachers, parents, therapists and locomotor test for children, is confirmed the importance of a physiotherapy guide in 100% directed at parents of children with cerebral palsy associated with low vision and that 67% of parents don't realize the reinforcement of exercises at home because they don't know how.

The implementation and monitoring of the guide conducted during the 6 months in school year 2013 to 1014 with 18 children 0-8 years old with cerebral palsy and low vision in achieving a better parent involvement and family integration, also to complement the guide is added bibliographic information about cerebral palsy and low vision.

As a further conclusion we have visual stimulation of children since while look more closely, the brain is more stimulated.

## INTRODUCCIÓN

Este trabajo pretende aclarar las interrogantes, los padres de familia realizan en sus hogares los ejercicios fisioterapéuticos recomendados por la fisioterapeuta que atiende a su niño, como la frecuencia y tiempo que dedican a ello. Toda esta investigación nos va a ayudar a establecer un programa de capacitación y concienciación para padres de familia de niños que tienen parálisis cerebral asociado a la baja visión, es importante manifestar que la parálisis cerebral por lo general va a asociada a un sin número de afectaciones convirtiéndose en una multidiscapacidad y que requiere de mayor atención sobre todo el apoyo de su familia para prevenir mayores afectaciones en su diario vivir.

El compromiso es elaborar una guía fisioterapéutica para que los padres de familia se orienten en la realización de los ejercicios fisioterapéuticos en el hogar y así favorecer y optimizar el desarrollo, mediante la continuidad del tratamiento por el trabajo colaborativo.

En el CAPÍTULO I se comienza identificando EL PROBLEMA y planteándolo de manera sencilla, continuando con la formulación del problema con el apoyo de diferentes preguntas que nos llevan a determinar y solucionar el problema.

El CAPÍTULO II se refiere al MARCO TEÓRICO, a todos los conceptos generales de la fisioterapia y la familia. Podemos encontrar también la fundamentación legal factor en el que se apoyan las personas con discapacidad y finalizamos con un glosario de términos de ciertas palabras técnicas.

El CAPÍTULO III explica la METODOLOGÍA para llevar a cabo la investigación registra la población y muestra en el desarrollo del proceso de inclusión educativa a los estudiantes con parálisis cerebral asociado a la baja visión, a través de los métodos y tipo de la investigación.

LOS RESULTADOS Y ANÁLISIS se plasmarán en el CAPÍTULO IV donde se hará una recopilación de datos que expresan los resultados de las encuestas tanto a autoridad, docentes, padres de familia, fisioterapeutas y test locomotor para los niños. Al término de este capítulo se hace una aceptación de la hipótesis planteada en el primer capítulo.

El CAPÍTULO V se procede a desarrollar el direccionamiento estratégico de la PROPUESTA que se implementará y que será cumplida con la ayuda del personal mediante una serie de estrategias que podrán ser tomadas en consideración al momento de llevarlas a cabo de acuerdo con las necesidades que los colaboradores crean conveniente para un eficiente desarrollo de sus actividades.

En las CONCLUSIONES se resumen los resultados más representativos del trabajo, se realizan las respectivas RECOMENDACIONES encontrados en el CAPÍTULO VI y se culmina con los ANEXOS en los que encontraremos: formato de encuestas, fotos y bibliografía.

Con todos los temas y subtemas expuestos aquí podemos dejar en claro la importancia del trabajo que realizan los padres de familia a sus hijos ya que en sus manos se halla el reforzar los ejercicios terapéuticos en el hogar y con ello los beneficiados serán sus hijos al mejorar su calidad de vida.

Después de resumir y dar a conocer a breves rasgos lo que contiene esta tesina proseguimos a su desarrollo.

## **CAPÍTULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.1. PROBLEMA.**

Padres de familia de niños de 0 a 8 años con parálisis cerebral asociado a la baja visión de la Escuela de Educación Especial “Ayúdanos a Empezar” que no refuerzan las actividades fisioterapéuticas en el hogar.

#### **Diagnóstico de la Situación.**

Los niños con parálisis cerebral precisan que los padres den riguroso seguimiento en el hogar de todos los ejercicios terapéuticos ya que por lo general la atención en los centros de rehabilitación física, escuelas especiales es de 3 a 2 veces por semana debido a la gran demanda de niños que requieren las terapias y más aún que por su misma condición es primordial para su progreso.

#### **Antecedentes.**

Los siguientes planteamientos fueron tomados del texto, Epistemología de las ciencias de la educación especial en el marco de la inclusión.

En la antigüedad en Esparta ciudad de la antigua Grecia a las personas que presentaban algún defecto físico que les impedía servir como soldados eran arrojados al vacío, a una caverna del monte Taigeno. En Persia y Mesopotamia la discapacidad era considerada un castigo de dioses, y en la América Precolombina y en las tribus de esquimales abandonaban a las personas con discapacidad a su suerte.



En la edad media los cristianos mejoraron la situación de estos creando hospitales, pero, en general se los consideraba enfermos o personas “poseídas del demonio”. También eran usados como bufones de la corte o como atracciones de circo.

En la Edad Moderna llega el humanismo donde se desarrolla la medicina y las prótesis y Pedro Ponce de León es considerado el precursor de la educación especial. Finalizando el siglo XVIII, se encuentra en Francia un niño que se asemeja a los animales (niño salvaje de Aveyron) y Jean Marc Gaspar decide establecer un programa para enseñarle, no aprendió a hablar pero si muchas habilidades.

**“En la edad contemporánea el cirujano francés Nicolás André publica 2 obras importantes en el mundo de la rehabilitación: una sobre el ejercicio que consideraba beneficioso para el crecimiento del niño y otra sobre el tratamiento preventivo y curativo de las curvaturas del raquis. En 1790 se crea el primer establecimiento para el tratamiento del aparato locomotor en Suiza. En 1859 los problemas de las personas con discapacidad física comenzaban a ser reconocidos y se planteaban distintas medidas legislativas”. (ANDRE, 2013)**

La actitud de la sociedad iba cambiando. Dejaba de verse el problema desde un punto de vista sanitario y de limosna, para pensar en ellos como individuos capaces de realizar una vida normal si les proporcionaban los medios adecuados para superar sus limitaciones.

En décadas anteriores las personas con discapacidad eran segregadas de la sociedad, incluyendo a sus propias familias quienes a falta de orientación sobre cómo ayudarlos los mantenían encerrados, convirtiéndose de esta manera en una carga.

En el siglo XX, el progreso del ámbito de la discapacidad vino fundamentalmente de los Estados Unidos de América, éste extiende los derechos para la rehabilitación a los excombatientes de la guerra de Corea. Posteriormente el concepto de rehabilitación haría protagonista al paciente, implicando también a la familia y a la comunidad.

En los años 60 en Guayaquil como consecuencia de la epidemia de poliomielitis que azotó a la ciudad, se fundó la Sociedad Ecuatoriana Pro Rehabilitación de Lisiados

(SERLI) para atender niños con secuelas de la enfermedad, así mismo se crearon entidades eminentemente privadas como ASENIR y FASINAR.

Al finalizar la década de los 70 los diferentes sectores de la sociedad ecuatoriana manifestaron un cambio de actitud frente a la atención de los sujetos con necesidades especiales, también se apreció mayor participación de los padres de familia en la educación de sus hijos, convirtiéndose en elementos multiplicadores de la responsabilidad educativa integral.

En 1980 la Organización Mundial de la Salud (OMS) aprueba la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidad y Minusvalías, y en mayo del 2001 aprueba una nueva clasificación Internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud, (Anexo 1).

En el siglo XXI por lo menos en España la evolución ha sido muy importante, tanto desde el punto legislativo como en la percepción social de la discapacidad desde múltiples ángulos.

La Organización Mundial de la Salud estima que el 15% de la población en el mundo presenta algún tipo de discapacidad física, psíquica, sensorial u orgánica, congénita o adquirida, en cualquiera de sus grados. 600 millones de personas con discapacidad en el mundo, 90 millones en América Latina y el Caribe.

### **Descripción del Objeto de Investigación.**

En los últimos años con la presencia del Dr. Lenin Moreno en la Vicepresidencia de la República la atención a las personas con discapacidad se convirtió en un referente para otros países es así que países como Colombia, Perú, El Salvador, Guatemala y Chile, están replicando el Modelo Manuela Espejo, que consiste en su primera parte en un estudio bio-psico-social-clínico, en su segunda parte atención médica, ayudas técnicas y vivienda, que junto al Programa Joaquín Gallegos Lara el Gobierno entrega a los familiares de personas con discapacidad, que están a cargo de su cuidado, un bono de \$240 mensuales, además de capacitación en los cuidados y trato especial que deben recibir.

Al año 2010, la cantidad de personas registradas en el CONADIS de la Provincia de Los Ríos con discapacidad física era de 9.527, de esta cantidad 1.036 son menores de edad carnetizados. Esta problemática de discapacidad existente a nivel mundial siendo los más afectados las poblaciones pequeñas en las zonas marginales rurales, donde existe poco espacio de atención a las diversas discapacidades, muchas familias por sus escasos recursos económicos, falta de preparación académica y en otros casos por dedicar mayor tiempo al trabajo descuidan a sus hijos en el hecho de seguir una secuencia en los ejercicios fisioterapéuticos recomendados, a pesar de llevarlos a las sesiones de fisioterapia. Pero es indispensable que ellos realicen en casa el refuerzo fisioterapéutico, problemática evidente en la escuela de educación especial “Ayúdanos a Empezar” de la ciudad de Babahoyo proceso que ha sido lento debido a la escasa concurrencia y participación de los padres de familia al fortalecimiento de ejercicios terapéuticos en casa. Aquí reciben fisioterapia setenta y cinco niños y niñas de los cuales trece tienen diagnóstico de parálisis cerebral infantil, de estos cinco son niñas y ocho niños.

### **Consecuencias.**

La familia juega un rol importante en la estimulación de niños y niñas que nacen con factores de riesgo o con alguna discapacidad como la parálisis cerebral. A través de la misma se puede potenciar el desarrollo psicomotor, facilitando la habilitación y rehabilitación de los niños. Tal es el caso que se fortalece el vínculo afectivo entre cada uno de los integrantes de la familia al estar siempre involucrados en las actividades terapéuticas a desarrollarse en casa. Fortaleciendo su actividad psicomotora también de hecho estamos desarrollando las actividades del diario vivir, mejoran su calidad de vida al mantener o aumentar el rango de movilidad de las articulaciones, modificando las desviaciones posturales y de la marcha al corregir posturas viciosas en casa.

Los padres estarán más preocupados del tratamiento de sus hijos al fomentar la conceptualización y el aprendizaje básico de esquema corporal, lateralidad, temporo-espacial, desarrollar la fuerza muscular en su motricidad fina y gruesa, a

través de actividades lúdicas y ejercicios específicos que contribuyan a su fortalecimiento, apoyándose en la guía como un recurso orientador.

### **Formulación del Problema.**

¿Con que frecuencia los padres de familia de los niños con parálisis cerebral asociado a la baja visión de la escuela de educación especial “Ayúdanos a Empezar” realizan los refuerzos de fisioterapia en el hogar?

### **Preguntas de Investigación.**

- ¿Cuánto tiempo dedica el padre de familia de los niños con parálisis cerebral de la escuela de educación especial “Ayúdanos a Empezar” al refuerzo fisioterapéutico en el hogar?
- ¿Qué aspectos considera el refuerzo de los ejercicios pasivos realizados por los padres?
- ¿Cuál es la frecuencia más adecuada para la ejecución de los ejercicios fisioterapéuticos en el hogar?
- ¿Cómo concienciar a los padres de familia sobre la importancia de reforzar la fisioterapia en el hogar?
- ¿Cuáles son las ventajas que ofrece un programa de fisioterapia aplicado por padres de familia en el hogar?

## **1.2. JUSTIFICACIÓN.**

En el Ecuador no tenemos la cultura y educación de compromiso, se tiene en mente que la responsabilidad de recuperación de una persona cualquiera que sea siempre va a depender del profesional especializado, pero en realidad la familia es el pilar

importante que hace posible que dicha recuperación se lleve a cabo por ser con quienes pasa la mayor parte del tiempo.

En la Escuela de Educación Especial “Ayúdanos a Empezar” de la ciudad de Babahoyo, un gran porcentaje de padres no refuerzan las actividades encomendadas para el hogar lo que impide obtener resultados a corto plazo en su recuperación o en su debido caso mantener los avances significativos.

Se ha examinado la necesidad de superar la problemática de que el 60% de los padres de familia están escasamente involucradas en el proceso fisioterapéutico de sus niños, al no realizarle los ejercicios y actividades que favorecen el desarrollo psicomotor de sus representados en casa, se ha visto la imperiosa urgencia de aplicar estrategias, para superar esta situación por ser la familia base de cualquier rehabilitación.

Con la implementación de este proyecto que consiste en la sensibilización, concienciación, capacitación y evaluación de los padres de familia de los niños que acuden al área de terapia física, los únicos beneficiados serán sus representados al elevar su autoestima y confianza en sí mismo, favoreciendo sus capacidades locomotoras.

### **1.3. OBJETIVOS.**

#### **Objetivos Generales.**

- Establecer la realidad del ámbito fisioterapéutico que realizan los centros e instituciones del cantón Babahoyo que asisten a los niños con parálisis cerebral asociados a la baja visión.
- Diseñar una guía fisioterapéutica dirigida a los padres de familia de los niños con parálisis cerebral asociados a la baja visión de la Escuela de Educación Especial “Ayúdanos a Empezar” del cantón Babahoyo para favorecer el desarrollo locomotor.

## **Objetivos Específicos.**

- Describir el tratamiento que aplican los centros de atención e instituciones educativas para mejorar el desarrollo locomotor de los niños con parálisis cerebral asociado a la baja visión.
- Sistematizar los problemas locomotores que presentan los niños de 0-8 años con parálisis cerebral asociado a la baja visión.
- Elaborar un programa de estrategia fisioterapéutica dirigida a los padres de familia de los niños de 0-8 años con parálisis cerebral asociado a la baja visión destinada a reforzar la fisioterapia en el hogar.
- Socializar la guía fisioterapéutica con los padres de familia de niños con parálisis cerebral asociado a la baja visión.

## **1.4. HIPÓTESIS**

La aplicación de la guía fisioterapéutica en los hogares favorecerá el desarrollo locomotor de los niños con parálisis cerebral asociado a la baja visión que acuden a la Escuela de Educación Especial “Ayúdanos a Empezar” de la ciudad de Babahoyo.

- **Variable Independiente:**
  - Guía Fisioterapéutica.
  - Ejercicios Pasivos
  - Ejercicios Activos
  - Control Postural
- **Variable Dependiente:**
  - Desarrollo Locomotor.
  - Flexión – Extensión
  - Abducción – Aducción
  - Ejercicios de Equilibrio

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS.**

A lo largo de la historia del Ecuador, la enseñanza ha ido cambiando y evolucionando bajo el soporte de acuerdos nacionales e internacionales. A continuación se realiza una reseña histórica de su evolución:

- **Período Asistencial. 1940-1960**

La preocupación por la Educación Especial en el Ecuador comienza en 1940 por decisión de padres de familia y alineaciones particulares que crearon centros para dar atención educativa a sus hijos e hijas que presentaban discapacidad, basándose en criterios de piedad y favor.

La Constitución de la República del Ecuador de entonces, en su art. 27, expresaba: “el acceso a la educación de todos los ciudadanos sin discriminación alguna”, garantizando así la educación de todos; este mandato constitucional se operativizó con la expedición de la Ley Orgánica de Educación por parte del Ministerio de Educación en 1945, en la que se disponía “la atención de los niños/as que adolezcan de anormalidad biológica y mental.”

En esta fase la atención a las personas con discapacidad tenía un enfoque médico asistencial que consistía en cuidar la salud, proveer alimentación, custodia, protección y, en lo posible, realizar dinamismos lúdicos y muy pocas didácticas, “atendiendo” en un mismo centro a la población con todo tipo de discapacidad.

Posteriormente, las primeras instituciones educativas especiales que atendían a una discapacidad en particular, para personas ciegas y sordas, funcionaron en las grandes ciudades como Quito y Guayaquil. Luego se crearon escuelas para personas con “retardo mental” (denominación utilizada para quienes presentan discapacidad intelectual) y escuelas para personas con “impedimentos físicos”.

- **Institucionalización**

En la década de los 70, varios organismos públicos y privados asumieron responsabilidades en los campos educativos, de salud y bienestar social, para enfrentar y solucionar las necesidades de la población con discapacidad.

Al existir varios organismos, todos comienzan a dar respuesta desde lo que creen conveniente, lo que origina una multiplicidad de acciones, operativización de diferentes corrientes y desperdicio de recursos.

La Ley de Educación y Cultura de 1977, en su artículo 5 literal c, establece la base legal para que se desarrolle la Educación Especial. En este instrumento se puntualiza la educación de las personas con discapacidad y se formula al año siguiente el Primer Plan Nacional de Educación Especial, que contiene: objetivos, campos de acción y obligaciones del Ministerio de Educación respecto a cómo se debe educar a los estudiantes con discapacidad.

La década de los años 70 se caracteriza por la creación de escuelas de educación especial, públicas y privadas, cuyo modelo de atención educativa tiene un enfoque rehabilitador entendido como un proceso continuo y coordinado que tiende a obtener la restauración máxima de la persona con discapacidad en los aspectos funcional, psíquico, educacional, social, profesional y ocupacional, con el fin de integrarla a la comunidad como miembro productivo.



- **Enfoque rehabilitador**

En enero de 1980, en el Ministerio de Educación y Cultura se crea la Unidad de Educación Especial, responsable administrativa y técnica de la ejecución del Plan de Educación Especial y dependiente de la Dirección Nacional de Educación.

Su misión era planificar, programar, coordinar, asesorar y evaluar los programas nacionales de este campo educativo considerado como un subsistema.

Las instituciones educativas especiales trabajaban de manera aislada y diferente a la educación general, con sus propios lineamientos y principios.

La legislación de la época, especialmente la Ley y Reglamento de Educación, garantizaba que la Educación Especial atendiera a las personas “excepcionales” (término utilizado en ese entonces para denominar a las personas con discapacidad).

Desde esta década se empiezan a conocer términos como necesidades educativas especiales e integración educativa, para referirse al proceso de pasar de las escuelas especiales a las escuelas regulares.

- **De la integración a la inclusión**

Al comenzar la década de los 90 se da inicio al reconocimiento de las personas con discapacidad como sujetos de derecho, coincidiendo con la publicación del proyecto de investigación realizado por la UNESCO respecto al nuevo enfoque de “atención a personas con discapacidad”, y acuñando el término “niño, niña con necesidades educativas especiales”, y se dieron los primeros pasos para la aplicación del modelo de integración educativa.

En el enfoque de la integración, los estudiantes que se incorporan a las escuelas comunes se tienen que adaptar o asimilar a la oferta educativa disponible (currículo, valores, normas, entre otros) independientemente de su origen social y cultural, sus capacidades, su lengua o situaciones de vida. El sistema educativo permanece inalterable por lo que las acciones se centran más en la atención individualizada de las necesidades de los estudiantes sin cabida en la oferta disponible (adaptaciones curriculares, apoyos especializados, otros), que en modificar aquellos aspectos del contexto educativo y de la enseñanza que limitan el aprendizaje y participación de todos.

En los últimos años el concepto de inclusión ha ido ganando terreno en el ámbito social y educativo, por la necesidad de disminuir los altos índices de exclusión.

Sin duda, la integración de los estudiantes con necesidades educativas especiales ha producido cambios significativos en muchas escuelas, pero no en el sistema educativo en su conjunto que sigue operando en la mayoría de los países, incluyendo al Ecuador, con un enfoque homogeneizador que excluye a numerosos estudiantes de la educación y del aprendizaje.

El movimiento de educación inclusiva constituye un paso más en el ejercicio del pleno derecho a una educación de calidad, ya que no se trata solo de que los estudiantes tradicionalmente excluidos se eduquen en las escuelas regulares, sino que éstas transformen sus culturas, políticas y prácticas educativas para favorecer su plena participación y aprendizaje. Es así que el Ecuador se encuentra en un proceso de transformación hacia una educación inclusiva que dé respuesta a la diversidad.

En 2006, mediante consulta popular, se aprueba el Plan Decenal de Educación, con más del 66% de la votación. Las ocho políticas del Plan Decenal tienen un enfoque inclusivo que garantiza el derecho a la educación de todas las personas independientemente de sus condiciones personales, culturales, étnicas, sociales y de discapacidad.

El gobierno actual se ha comprometido y ha tomado acciones para afrontar la atención de las personas con discapacidad estableciendo como una prioridad dentro de sus políticas de Estado la educación inclusiva, en concordancia con la Constitución de la República del Ecuador.

Desde el año 2010 el Ministerio de Educación desarrolla un proceso de reestructuración, desde una nueva propuesta organizativa y curricular en todos los niveles y modalidades. Ésta permitirá fortalecer la educación inclusiva no solo para quienes presentan discapacidad, sino para todos los grupos de atención prioritaria.

En el 2011 se aprueba la Ley Orgánica de Educación Intercultural, en la cual se hace efectivo el derecho a la educación que tienen las personas con discapacidad, garantizando la inclusión de éstas a los establecimientos educativos dentro del marco del Buen Vivir, la interculturalidad y la plurinacionalidad, basado en la relación de todos los actores sociales y la comunidad educativa.

Este cambio producirá un importante avance en la atención a la población con necesidades educativas especiales, propendiendo una reforma en el sistema educativo. Es preciso crear condiciones que permitan hacer efectivo el derecho que tienen todos los estudiantes para acceder a una educación encaminada a desarrollar sus capacidades, potencialidades individuales y la plena participación en el medio.

La transformación educativa, social y cultural hacia la inclusión requiere del involucramiento no solo de las entidades gubernamentales, sino de cada uno de los miembros de la sociedad, como corresponsables de este cambio.

En la actualidad, las escuelas deben asumir el compromiso de integrar a los niños y niñas con necesidades educativas especiales en sus aulas, basándose en el respeto a las diferencias, el reconocimiento del otro como un ser único e irreplicable, en la integración del individuo en la sociedad, y ser una institución inclusiva e integradoras.

Siempre han existido personas con alteraciones físicas congénitas o adquiridas, el miedo, los prejuicios, la resistencia, el ocultamiento, la ignorancia, el abandono, la superstición, fueron las formas en que la sociedad se vinculaba a ellas, se las aislaba y, como consecuencia, se retrasaba su desarrollo.

## **2.2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.**

### **2.3.1. Educación Especial.**

La Educación especial puede definirse como la intervención educativa individualizada que da respuesta a las necesidades presentes en las diferentes discapacidades, en un amplio sentido abarca todas las actividades encaminadas a superar las barreras de aprendizaje aplicadas al ¿Qué? ¿Quién? ¿Cómo? y ¿Dónde? se la realiza. Los avances tecnológicos han servido para que las personas con discapacidad puedan acceder a una educación de calidad siendo de gran apoyo en la inclusión superando todas situaciones discriminatorias.

Concebimos a la educación especial como un apoyo a la educación regular pues los métodos de enseñanza-aprendizaje son los que estudia de manera integral con la finalidad de lograr una autonomía funcional, desarrollo personal y social de las personas con necesidades educativas especiales.

El equipo transdisciplinario que se encuentra inmerso en la educación especial está integrado por: psicopedagogo, terapeuta de lenguaje, terapeuta físico, terapeuta ocupacional, educador especial.

### **2.3.2. La Discapacidad Visual.**

En el Ecuador existen 42.082 personas con discapacidad visual según las estadísticas del CONADIS con fecha mayo 2013. La discapacidad visual según la OMS es cualquier restricción o carencia de la capacidad de realizar una actividad en la misma forma o grado que se considera normal para un ser humano.

Una persona con discapacidad visual es aquel concebido que posee una alteración permanente en el órgano de la visión o en las vías de conducción del impulso visual, obstaculizando el desarrollo normal de su vida.

El sentido de la visión es la que recaba la información de forma constante del ambiente que nos rodea para integrarla a través de todos los sentidos

**Baja visión.**- La OMS definió la baja visión como “La visión que presenta una persona que, después de todo tratamiento médico, quirúrgico y con su mejor corrección obtiene en su mejor ojo una agudeza visual de 3/10 y/o un campo visual menor de 10° desde su punto de fijación. Argento,(2007) “debería agregarse que dicha disminución visual impida que esa persona pueda usar su visión para la planificación y ejecución de tareas específicas”. (p. 513).

Hoy en día la baja visión incluye las funciones visuales afectadas, como la visión de los colores, la sensibilidad, el contraste y el campo visual causados por un proceso patológico ocular o cerebral.

**Ayudas ópticas.**- Son sistemas ópticos que después de una valoración pertinentes para la baja visión puede mejorar la misma y estos son; telescopios, microscopios, telemicroscopios, sistemas electrónicos, lupas, filtros y magnificadores.

### **2.3.3. La Parálisis Cerebral.**

Parálisis Cerebral Infantil consiste en una alteración del movimiento o función motora debido a un daño cerebral, puede producirse desde la etapa fetal o hasta antes de los cinco años de edad.

La parálisis cerebral infantil (PCI) es un desorden permanente, es decir, las características que presenta son constantes, pero no evolutivas, de manera que no se agrava en el tiempo, se puede clasificar de la siguiente manera:

**Cuadro 2.1: Clasificaciones de la PCI.**

CRITERIOS	Tipo	Tono	Topografía	Grado
NIVELES	Espástica	Isotónica	Hemiplejía-Hemiparesia	Leve
	Atetósica	Hipertónica	Diplejía-Diparesia	Moderado
	Atáxica	Hipotónica	Cuadriplejía-Cuadriparesia	Severo
			Monoplejía-Monoparesia	Profundo
			Triplejía-Triparesia	

Elaborado: La autora.

Es un trastorno permanente y no progresivo que afecta a la psicomotricidad del paciente. Lapierre y Aucouturier (citados por Rodríguez, 2005) afirman que la «falta de programación de las actividades es el principio general y esencial de nuestro trabajo. Únicamente de esta manera puede establecerse una comunicación directa, espontánea, improvisada y no mediatizada por una consigna que pone un telón a la relación con el otro.

Las causas son variadas y pueden presentarse en la etapa prenatal, perinatal y postnatal todas van a derivar a la incompleta maduración del sistema nervioso central. Por lo general en los diferentes centros e instituciones de atención a las discapacidades por la gran demanda del trabajo fisioterapéutico se plantea como objetivo específicamente el desarrollo motor del niño dejando de lado el desarrollo de otras áreas como la cognitiva y afectiva.

En un nuevo consenso internacional, se propone como definición: “La parálisis cerebral infantil describe un grupo de trastornos del desarrollo psicomotor, que causan una limitación de la actividad de la persona, atribuida a problemas en el desarrollo cerebral del feto o del niño. Los desórdenes psicomotrices de la parálisis cerebral están a menudo acompañados de problemas sensitivos, cognitivos, de comunicación, percepción y en algunas ocasiones de trastornos del comportamiento”. Los daños cerebrales después de la edad de cinco años hasta el período adulto

pueden manifestarse como parálisis cerebral, pero por definición estas lesiones no son parálisis cerebral infantil.

“Más del 40-75% de los niños que padecen de PCI tienen alguna forma de problemas o incapacidades de la vista”. (Black, P.D., 1980) Pueden tener pérdida de la agudeza, déficit del campo de visión, problemas de movimiento ocular y o problemas de procesamiento. Estas irregularidades frecuentemente resultan en problemas de concentración visual y o problemas visomotores. Es menester que el especialista en la vista sea consultado frecuentemente para conseguir tratamiento si es viable, como lentes, parches de ojo, cirugía, etc.

La pérdida de agudeza hace que las cosas se distingan nubladas. La miopía o la presbicia son tipos de pérdida de agudeza causada cuando la imagen no entra a la retina educadamente. Se puede prescribir lentes para ayudar a corregir los problemas de agudeza. Los lentes son importantes para los niños que tienen parálisis cerebral y pérdida de la agudeza visual, los lentes logran optimizar el aprendizaje por lo que recaba información del medio que le rodea.

El campo visual es todo lo que se puede ver cuando miramos directo hacia al frente, lo cual es normalmente 180 grados en todas las direcciones.

Las pérdidas en el campo visual significan que parte de esa área visual no puede verse. Entre los tipos de pérdida de campo visual se encuentran:

- **La hemianopsia:** falta del campo visual derecho o izquierdo, superior o inferior.
- **Pérdida central:** como si se pusiera el puño de su mano frente a sus ojos.
- **Escotoma:** manchas en el campo visual.
- **Islas de visión:** nada más puede ver ciertos puntos separados, y
- **Ceguera periférica:** solo puede ver hacia el frente pero falta la información de los costados.

Una persona con parálisis cerebral además puede sufrir de problemas de percepción de profundidad y los movimientos del globo ocular. A estos problemas se les denomina dificultades oculomotoras y entre ellos se hallan:

- La esotrofia, esoporía o endotropía: el ojo tiende a moverse hacia la nariz.
- La exotrofia o exoporía: el ojo tiende a moverse hacia el costado de la cara.
- La hipertrofia o hiperforía: el ojo tiende a moverse hacia arriba.
- la hipotrofia o hipoforía: el ojo tiende a moverse hacia abajo.
- El estrabismo: falta de paralelismo en ambos ojos.
- El ojo vago: (ambliopía).

La discapacidad cortical de la vista causa dificultades de procesamiento, asimismo puede causar que la vista fluctúe de día a día y de minuto a minuto. También consigue afectar la percepción de profundidad y causar pérdida de campo visual.

Muchos de estos niños usan tanta energía y concentración para mantener su cuerpo derecho, controlar sus movimientos para agarrar, etc. que les queda muy poca energía para dedicarla a tareas visuales. Si se le ayuda a los niños y niñas a que establezca su cuerpo y se apoye, ellos podrán concentrarse en mirar y coger.

#### **2.3.4. Familia.**

Es menester señalar que según Pérez. I. (2002) “La familia es el ámbito social más importante de un niño o niña con trastornos motores” (p. 120), de ahí que es necesario promover la preparación y participación familiar en el proceso de rehabilitación de los niños con PCI.

La educación de la familia de este tipo de niño y niña pueden ayudar mucho a los hijos, tratando de lograr un rol más activo en ellos, al elevar su autoestima y confianza en sí mismo.

Cabe indicar que en las familias hay prejuicios y tabúes relacionadas con las personas con discapacidad, como contestación a ello se trabaja por cambiar las



formas de pensar y actuar en torno a esta problemática. Las instituciones educativas ejecutan actividades que provocan la preparación de las familias para superarlos prejuicios del pasado que forman una de las barreras psicológica más importante.

Turnbull (citado por Perpiñan, 2009) Este nuevo paradigma de apoyo a la familia tiene como fundamento capacitar a la familia y fomentar su autonomía. El énfasis lo sitúa no en las limitaciones de la persona con discapacidad sino en las adaptaciones que son necesarias en el entorno para que la familia pueda experimentar calidad de vida.

Una mejor calidad de vida familiar dependerá de ofrecer unos servicios de apoyo. Estos servicios deben responder a las necesidades de toda la familia de una forma individualizada y adecuada. (p. 44). Cada familia es particular, con diferentes aspectos culturales, situación geográfica, económico, social y por ende los programas de ayuda serán personalizados.

### **2.3.5. Fisioterapia o Terapia Física.**

Desde el punto de vista del movimiento corporal humano, se caracteriza por buscar el desarrollo adecuado de las funciones que producen los sistemas del cuerpo, donde su buen o mal funcionamiento, repercute en la cinética o movimiento corporal humano. Interviene cuando el ser humano ha perdido o se encuentra en riesgo de perder o alterar de forma temporal o permanente el adecuado movimiento y con ello las funciones física mediante el empleo de técnicas de fisioterapia científicamente demostradas como: BGM, KABAT, DLM, Bobath.

El concepto Bobath o neurodesarrollo es un enfoque extenso que se emplea con frecuencia en la intervención de los niños con PCI que consiste en promover el aprendizaje motor para aplicarlo en los diferentes ambientes mejorando su participación y función, es decir que por medio de tareas específicas se trabaja la iniciación y terminación de estas. Este enfoque indiscutiblemente es multidisciplinar pues también concierne a todos los terapeutas relacionados con la educación especial. En la actualidad, gracias a los avances de la tecnología y fiel a su historia y tradición, la Fisioterapia dispone a su alcance del uso de numerosos agentes físicos (masaje, agua, sonido, electricidad, movimiento, luz, calor, frío...) en las

modalidades de electroterapia, ultrasonoterapia, hidroterapia, mecanoterapia, termoterapia, magnetoterapia o laserterapia, entre otras, pero sin descuidar o abandonar el desarrollo e impulso de nuevas concepciones y métodos de Terapia Manual (principal herramienta del fisioterapeuta) para la prevención, tratamiento, curación y recuperación de un gran número de patologías y lesiones.

### **2.3.6. Los Ejercicios Terapéuticos.**

Es el conjunto de métodos que utilizan el movimiento con finalidad terapéutica.

Acciones fisiológicas del ejercicio terapéutico:

- **Efectos locales:**

- Mejora la circulación (bomba mecánica).
- Aumento del volumen muscular.
- Combustiona el glucógeno.
- Favorece la potencia muscular (ejercicios activos)
- Distensión de estructuras fibrosas (ejercicios pasivos).
- Estimula los nervios periféricos.

- **Efectos generales:**

- Aumento del trabajo cardíaco.
- Aumento de la circulación general (favorece el intercambio vascular).
- Favorece la termogénesis por lo que aumenta la temperatura.
- Conlleva a efectos psíquicos favorables, conduciendo a un estado físico satisfactorio.

Según la mayor o menor participación del paciente en la ejecución de los movimientos y la ayuda a resistencia aplicada manual o por mecanismos externos diversos, los ejercicios se clasifican en pasivos y activos.

- **Ejercicios pasivos:** Conjunto de técnicas que se aplican sobre las estructuras afectadas, sin que el paciente realice ningún movimiento voluntario de la

zona que hay que tratar. El paciente no interviene en absoluto, no presenta ni ayuda ni resistencia en la realización de los ejercicios. Las técnicas que se realizan son:

- Movilizaciones (pasiva asistida, autopasiva, pasiva instrumental).
- Posturas (manual por el fisioterapeuta, autopasiva, mediante instrumentos).
- Tracciones articulares (respetando la amplitud de la articulación)
- Estiramientos músculo-tendinosos (manuales por el fisioterapeuta o por el paciente).
- Manipulaciones.

#### **Los objetivos de los ejercicios pasivos:**

- Prevenir la aparición de deformidades, evitar rigideces y anquilosis en posiciones viciosas.
- Mejorar la nutrición muscular y favorecer la circulación sanguínea y linfática.
- Preparar el músculo para un mejor trabajo activo.
- Prevenir adherencias y contracturas de los tejidos y mantener su elasticidad.
- Mantener la movilidad articular o restablecer la misma en las articulaciones que presentan limitación.
- Estimular psíquicamente al paciente incapaz de realizar movimientos por sí mismo.
- Despertar los reflejos propioceptivos y la conciencia del movimiento y contribuir a conservar o crear las imágenes periféricas del esquema corporal espacial.

#### **Las Indicaciones de los ejercicios pasivos:**

- Como terapéutica previa a otros tipos de movilizaciones.
- En las parálisis flácidas.
- En contracturas de origen central, por su efecto relajante.

- Como terapéutica preventiva en ciertos procesos para: conservar la movilidad; evitar rigideces articulares y limitaciones; evitar retracciones conservando la longitud muscular; evitar anquilosis en posiciones viciosas.
- En afecciones traumáticas ortopédicas que cursen con: bloqueos articulares; trastornos mecánico raquídeos o articulares; rigidez articular; retracción de partes blandas; dolores radiculares rebeldes a otros tratamientos; desviaciones de la columna vertebral.
- En procesos vasculares periféricos y respiratorios.

### **Contraindicaciones de los ejercicios pasivos:**

- Procesos inflamatorios o infecciosos agudos.
  - Fracturas en período de consolidación.
  - Osteotomías o artrodesis.
  - Articulaciones muy dolorosas.
  - Derrames articulares.
  - Rigidez articular post-traumática.
  - Hiperlaxitud articular, con la excepción de la parálisis flácida.
  - Anquilosis establecida.
  - Tumores en la zona de tratamiento.
- **Ejercicios activos:** Conjunto de ejercicios analíticos o globales, realizados por el paciente con su propia fuerza de forma voluntaria o autorefleja y controlada, corregidos o ayudados por el fisioterapeuta. En este tipo de ejercicios es preciso lograr que el paciente desarrolle la conciencia motriz y suscitar en él los suficientes estímulos, por lo que es condición indispensable que el movimiento o ejercicio sea deseado por el paciente, que conozca claramente su utilidad y que se le enseñe metódicamente hasta construir un esquema mental que, fijado con precisión, lo llevará a desarrollarlo correctamente.

Existen dos tipos de contracción muscular que se realizan durante los ejercicios activos:

- **Contracción isométrica:** produce aumento en la tensión muscular, sin modificación en su longitud.
- **Contracción isotónica:** se modifica la longitud del músculo, lo que implica el desplazamiento del segmento corporal.

### **Objetivos de los ejercicios activos:**

- En general, recuperar o mantener la función muscular y facilitar los movimientos articulares integrándolos al esquema corporal.
- Recuperar el tono muscular.
- Evitar la atrofia muscular.
- Incrementar la potencia muscular.
- Aumentar la resistencia muscular mediante ejercicios repetitivos que no sobrepasen el esfuerzo máximo.
- Mantener o recuperar el trofismo muscular (alimentación), con una buena circulación y metabolismo.
- Reforzar los movimientos articulares, conservando o recuperando al máximo su amplitud.
- Evitar la rigidez articular.
- Mejorar la coordinación neuromuscular.
- Aumentar la destreza y velocidad al realizar el movimiento.
- Prevenir los edemas de éxtasis y flebitis.
- Actuar sobre las funciones cardíacas y respiratorias.

### **Clasificación de los ejercicios activos:**

- **Activos asistidos:** se realizan cuando el paciente no es capaz por sí mismo de llevar a cabo el movimiento en contra de la gravedad, por lo que necesita ayuda para su realización. Las técnicas que se utilizan son los ejercicios activos autoasistidos (el propio paciente); los ejercicios activos asistidos manuales (el fisioterapeuta); y los

ejercicios activos mecánicos (poleas, planos deslizantes, inmersión en el agua, etc.).

- **Activos libres:** también llamados gravitacionales, el paciente ejecuta los movimientos de los músculos afectados exclusivamente sin requerir ayuda, ni resistencia externa, excepto la gravedad. Para realizar estos ejercicios debe tenerse una nota 3 en la valoración muscular. Con este tipo de movilizaciones se mantiene el ángulo articular, la fuerza y la coordinación. Las técnicas a emplear pueden ser: los ejercicios isométricos (no hay movimiento de miembros ni de articulaciones, con estos ejercicios el músculo se fortalece e hipertrofia, los tendones se ponen tensos y los tejidos blandos que lo rodean se movilizan. Útiles en pacientes enyesados por fracturas, inflamaciones articulares; con ellos se mantiene el tono y la capacidad de movimiento del músculo, así como su circulación y metabolismo. Deben realizarse con precaución o evitarse en ancianos e hipertensos porque tienden a elevar la tensión arterial.) y los ejercicios isotónicos (conllevan desplazamiento de los segmentos corporales en el espacio durante un período variable de tiempo, se usan para restablecer la potencia muscular, la función articular y el desarrollo de sistemas orgánicos debilitados. Una modalidad de estos ejercicios pueden ser los movimientos pendulares, llamados ejercicios de Codman, donde se aprovecha la inercia y se reduce la gravedad, imitando el movimiento del péndulo.). Para realizar una correcta reeducación muscular deben utilizarse tanto los ejercicios isométricos como los isotónicos en todos los pacientes.
- **Activos resistidos:** movimientos que se realizan tratando de vencer la resistencia que opone el fisioterapeuta con sus manos o por medio de instrumentos, o sea, la contracción muscular se realiza contra resistencias externas. Este tipo de ejercicio es el mejor método para aumentar potencia, volumen y resistencia muscular. Para su realización el paciente debe tener nota 4 en la valoración muscular. La finalidad de estos ejercicios es el fortalecimiento neuromuscular:

fuerza, velocidad, resistencia y coordinación. Los ejercicios activos resistidos requieren de una contracción muscular intensa que puede efectuarse de dos formas: la contracción concéntrica (si la fuerza muscular es superior a la resistencia, el músculo se acorta), y la contracción excéntrica (si la resistencia que hay que vencer es superior a la fuerza muscular, el músculo se alarga). La potencia o capacidad de un músculo para resistir la sobrecarga aplicada se estimula cuando los músculos actúan contra una resistencia que progresivamente aumenta, la intensidad de la resistencia es el factor principal en el desarrollo de la potencia. El volumen muscular está en relación con la potencia de forma que se desarrolla al aumentar ésta. La resistencia muscular se estimula con un mayor número de contracciones. Hay dos formas de realizar los ejercicios activos resistidos: la manual (el fisioterapeuta aplica la resistencia en la línea de movimiento oponiéndose a ella), y la mecánica (se utilizan aparatos y sistemas diversos como pesos, muelles, resortes, poleas, banco de cuádriceps, etc., para oponer resistencia. La aplicación de pesos o cargas se aplica directamente sobre el segmento que se desea movilizar o indirectamente con poleas o aparatos especiales).

### **2.3.7. Concepto Básico de Rehabilitación.**

La Rehabilitación es el proceso global y continuo de duración limitada y con objetivos definidos encaminados a permitir que una persona con deficiencia alcance tanto un nivel físico como mental y social óptimo, dándole a la persona las herramientas necesarias para poder alcanzar un nivel de independencia y libertad importantes para llevar su vida. Campabanal, (2004) “Los padres son los primeros responsables de ayudar al niño con alguna discapacidad, a desarrollar todas sus habilidades y aptitudes y desempeñan un papel fundamental la educación del hijo”. (p.128). En cualquier programa de rehabilitación y habilitación los padres son la base de ese proceso por ser con los que pasa la mayor parte del tiempo.

Tanto la Organización Panamericana de la Salud como la Organización Mundial de la Salud han dado distintos conceptos a la palabra Rehabilitación, pero la diferencia

se encuentra únicamente en la forma que fue redactado, ya que ambos conceptos nos llevan a un mismo entendimiento del concepto “Rehabilitación”.

Según la Organización Panamericana de la Salud la rehabilitación es un proceso continuo y coordinado que tiende a obtener la restauración máxima de la persona con discapacidad en los aspectos funcional, psíquico, educacional, social, profesional y ocupacional con el fin de reintegrarla como miembro productivo a la comunidad, así como promover las medidas que busquen prevenir la discapacidad.

En tanto la Organización Mundial de la Salud concibe como Rehabilitación todas las medidas que tienen como objetivo disminuir el impacto de las condiciones que causan la discapacidad y las restricciones en la participación social para llevar a cabo la integración social de las personas con discapacidad.

#### **2.3.8. Concepto Básico de Habilitación.**

Es la asistencia prestada a personas que sufriendo de una incapacidad congénita o desde temprana edad no han adquirido aún suficiente capacidad o habilidad para actuar en la vida educativa, profesional y/o social. Su propósito es dotar por primera vez a estas personas de esa capacidad o habilidad para lograr una mejor calidad de vida.

Dentro del concepto de Habilitación se manejan algunos otros como son la Integración, la cual trabaja con el grado de participación que la persona con discapacidad ya sea de forma individual o colectiva desee, o esté en la capacidad de alcanzar como son: las posibilidades de preparación y formación adecuadas, la existencia de perspectivas reales y/o la reducción o eliminación de los obstáculos sociales, jurídicos, arquitectónicos y de demás órdenes.

Dentro de estos conceptos se encuentra lo que llamamos Normalización, la cual trata además de las necesidades especiales de una persona con discapacidad debido a su condición.



Después de varias teorías estudiadas tanto la herencia o el medio ambiente u otras causas justifican las diferencias cognitivas, físicas y sociales entre los individuos. Reconocer y afrontar las diferencias individuales en la clase se ha convertido en un reto por varias razones: Valorar la igualdad y la eliminación de las distinciones, mostramos desaprobación ante el encasillamiento y clasificación de los individuos y no podemos explicar totalmente las causas de estas diferencias. No obstante, el docente que no se dé cuenta de ellas y no se comprometa a tratarla, probablemente será mucho menos eficaz de lo que podría ser.

Aparte de conocer los valores y los antecedentes sociales de los estudiantes y de idear actividades escolares que desarrollen la conciencia y la aceptación de las diferencias sociales individuales, los profesores deberían satisfacer también las necesidades sociales individuales. Por último los docentes deben procurar evitar los perjuicios al tratar a los estudiantes o a sus familiares. La institución debe proporcionar un ambiente en el que se pueden presentar, enseñar y obtener respuestas constructivas a estas diferencias

## **2.4. FUNDAMENTACIÓN LEGAL**

En Ecuador han dictados leyes y aprobado presupuestos destinados a proteger los derechos de las personas con discapacidad y a asegurar que tengan la oportunidad de aprender.

### **CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR**

**Art. 28.-** La Educación responderá al interés público y no estará al servicio de intereses individuales y corporativos. Se garantizará el acceso universal, permanencia, movilidad y egreso sin discriminación alguna y la obligatoriedad en el nivel inicial, básico y bachillerato o su equivalente. Es derecho de toda persona y comunidad intercultural en sus múltiples dimensiones. El aprendizaje se desarrollará de forma escolarizada y no escolarizada. La educación pública será universal y laica en todos sus niveles, y gratuita hasta el tercer nivel de educación superior inclusive.

**Art. 29.-** El Estado garantizará la libertad de enseñanza, la libertad de cátedra de la educación superior, y el derecho de las personas de aprender en su propia lengua y ámbito cultural. Las madres y padres de familia o sus representantes tendrán la libertad de escoger para sus hijas e hijos una educación acorde con sus principios, creencias y opciones pedagógicas.

**Art. 46.-** El Estado adoptará, entre otras, las siguientes medidas que aseguren a las niñas, niños y adolescentes:

1. Atención a menores de seis años, que garantice su nutrición, salud, educación y cuidado diario en un marco de protección integral de sus derechos.

3. Atención preferente para la plena integración social de quienes tengan discapacidad. El Estado garantizará su incorporación en el sistema de educación regular y en la sociedad.

**Art. 47.-** El Estado garantizará políticas de prevención de las discapacidades y, de manera conjunta con la sociedad y la familia, procurará la equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad y su integración social. Se reconoce a las personas con discapacidad, los siguientes derechos expresados en sus literales:

7. Una educación que desarrolle sus potencialidades y habilidades para su integración y participación en igualdad de condiciones. Se garantizará su educación dentro de la educación regular. Los planteles regulares incorporarán trato diferenciado y los de atención especial la educación especializada. Los establecimientos educativos cumplirán normas de accesibilidad para personas con discapacidad e implementarán un sistema de becas que responda a las condiciones económicas de este grupo.

8. La educación especializada para las personas con discapacidad intelectual y el fomento de sus capacidades mediante la creación de centros educativos y programas de enseñanza específicos.

9. La atención psicológica gratuita para las personas con discapacidad y sus familias, en particular en caso de discapacidad intelectual.

10. El acceso de manera adecuada a todos los bienes y servicios. Se eliminarán las barreras arquitectónicas.

11. El acceso a mecanismos, medios y formas alternativas de comunicación, entre ellos el lenguaje de señas para personas sordas, el oralismo y el sistema Braille para personas sordo ciegas.

**Art. 48.-** El Estado adoptará a favor de las personas con discapacidad medidas que aseguren:

1. La inclusión social, mediante planes y programas estatales y privados coordinados, que fomenten su participación política, social, cultural, educativa y económica.

2. El establecimiento de programas especializados para la atención integral de las personas con discapacidad severa y profunda, con el fin de alcanzar el máximo desarrollo de su personalidad, el fomento de su autonomía y la disminución de la dependencia.

**Art. 49.-** Las personas y familias que cuiden a personas con discapacidad que requieren de atención permanente serán cubiertas por la Seguridad Social y recibirán capacitación periódica para mejorar la calidad de atención

## **LEY ORGÁNICA DE EDUCACIÓN**

### **CAPÍTULO II**

#### **DERECHO A LA EDUCACIÓN**

**El Art. 5.-** señala la garantía de este derecho a los habitantes del territorio ecuatoriano y su acceso universal a lo largo de la vida, para lo cual generará las condiciones que garanticen la igualdad de oportunidades para acceder, permanecer, movilizarse y

egresar de los servicios educativos, garantizando una educación pública de calidad, gratuita y laica, asegurando que el Sistema Nacional de Educación sea intercultural.

**En el Capítulo V, de los derechos y obligaciones de las madres, padres y/o representantes legales habla lo siguiente con relación al tema planteado:**

**Art 13.-** Obligaciones.

- c. Apoyar y hacer seguimiento del aprendizaje de sus representados, y atender los llamados y requerimientos de las y los profesores, y autoridades de los planteles.
- g. Participar de las actividades extracurriculares que complementen el desarrollo emocional, físico y psi-social de sus representados y representadas.
- i. Apoyar y motivar a sus representados y representadas, especialmente cuando existan dificultades en el proceso de aprendizaje.

## **CAPÍTULO SEXTO**

### **DE LAS NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECÍFICAS**

**Art. 47.-** Educación para las personas con discapacidad.- Tanto la educación formal como la no formal tomarán en cuenta las necesidades educativas especiales de las personas en lo afectivo, cognitivo y psicomotriz.

La Autoridad Educativa Nacional velará porque esas necesidades educativas especiales no se conviertan en impedimento para el acceso a la educación. El Estado ecuatoriano garantizará la inclusión e integración de estas personas en los establecimientos educativos, eliminando las barreras de su aprendizaje.

Todos los estudiantes deberán ser evaluados, si requiere el caso, para establecer sus necesidades educativas y las características de la educación que necesita.

El sistema educativo promoverá la detección y atención temprana a problemas de aprendizaje especial y factores asociados al aprendizaje que pongan en riesgo a estos

niños, niñas y jóvenes, y tomarán medidas para promover su recuperación y evitar su rezago o exclusión escolar.

Los establecimientos educativos están obligados a recibir a todas las personas con discapacidad a crear los apoyos y adaptaciones físicas, curriculares y de promoción adecuadas a sus necesidades; y a procurar la capacitación del personal docente en las áreas de metodología y evaluación específicas para la enseñanza de niños con capacidades para el proceso con interaprendizaje para una atención de calidad y calidez.

Los establecimientos educativos destinados exclusivamente a personas con discapacidad, se justifican únicamente para casos excepcionales; es decir, para los casos en que después de haber realizado todo lo que se ha mencionado anteriormente sea imposible la inclusión.

En el reglamento general de educación especial en el Título III, Capítulo III con referencia a este tema expresa textualmente lo siguiente:

**Art. 67.-** Educación a padres/madres.- Son acciones tendientes a capacitar a los padres y madres a fin de que adquieran conocimientos, orientaciones y destrezas para ayudar a sus hijos/as en el proceso educativo y que impulsen su crecimiento integral y familiar.

**Art. 68.-** Son objetivos de la educación a padres/madres:

1. Integrar a los padres/madres de familia para que participen en forma activa y óptima en el desarrollo integral de sus hijos/as.
2. Asesorar y capacitar a los padres/madres de familia en la atención adecuada a sus hijos/as.
3. Motivar la adquisición de destrezas para la recreación, crecimiento personal y mejoramiento del nivel de vida de la familia.

**Art. 69.-** Son funciones de la educación a padres/madres:

a) Capacitación a los padres/madres, para comprender la situación de sus hijos/as y mantener la estabilidad emocional de la familia;

b) Preparación a los padres/madres en destrezas de participación grupal a fin de impulsar la interacción y colaboración;

c) Orientación a los padres/madres para que refuercen el aprendizaje impartido en la institución y colaboren en el seguimiento de los progresos de sus hijos/as.

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1. MODALIDAD DE LA INVESTIGACIÓN.**

La investigación se desarrolló bajo la óptica del paradigma cualitativo – Interactivo. Es de este carácter porque nos permite definir con claridad los elementos del problema de investigación, para poder limitarlo, conocer la problemática, y que tipo de incidencia existe entre sus elementos objeto de estudio, (por qué los padres de familia de los niños con parálisis cerebral de 0-8 años de la Escuela Especial “Ayúdanos a Empezar” no realizan el refuerzo fisioterapéutico en el hogar), mediante métodos empíricos para la recolección de datos cara a cara con las personas involucradas.

#### **3.2. TIPOS DE INVESTIGACIÓN**

Teniendo un conocimiento de los tipos de investigación que existen, en el presente trabajo de tesis, se llevó a cabo una investigación de carácter descriptivo, explicativo, correlacional, de campo y bibliográfico con el fin de obtener información sobre los diversos factores relacionados.

- Se utilizará la **investigación de tipo descriptiva**, mediante la cual se logrará estudiar la situación actual y futura de las variables propuestas. Por el tiempo de ocurrencia de los hechos, la investigación es transversal porque se estudiará las variables simultáneamente en el periodo 2013-2014.
- **Investigación Correlacional**, investigados y observados los indicadores de estudio para este trabajo, se procede a medir el grado de relación que existe entre los mismos.

- **De campo**, porque se extrae la información directamente del contexto, (escuela donde se atiende el problema de parálisis cerebral), a través de los instrumentos de recolección diseñados.
- **Bibliográfico**, porque se realizó una extensa investigación que dió sustento teórico de mayor aceptación. Y a la luz de las teorías, se desarrollará el respectivo marco teórico y la elaboración de la propuesta, sin deslindarnos de la fisioterapia que identifica nuestro motivo de investigación.

### 3.3. MÉTODOS DE LA INVESTIGACIÓN

En esta investigación de carácter educativo se empleó métodos: Empíricos Teóricos para lograr planificar, organizar, ejecutar y controlar la investigación en cada etapa de indagación así lograr agrupar un conjunto de procedimientos para obtener los fines que se persiguen.

- **Métodos Teóricos:** Entre los métodos teóricos de investigación utilizados encontramos los siguientes:
  - **Método inductivo**, permitió realizar un proceso analítico mediante el cual se parte el estudio de casos, hechos o fenómenos para llegar al descubrimiento acerca del problema planteado, para elaborar la justificación y los antecedentes del mismo.
  - **Método deductivo**, permitió estudiar el problema desde sus generalidades para luego establecer las respectivas conclusiones, recomendaciones y llegar a identificar la propuesta de investigación para el establecimiento objeto de nuestro estudio.
- **Método Empírico:** El método empírico utilizado en la investigación:
  - **La observación científica:** en el presente trabajo de investigación permitió detectar los intereses de cada uno de los docentes, padres de familias y estudiantes, por medio de una encuesta con el objetivo de



obtener información veraz sobre el problema a investigar, mediante un cuestionario de siete ítems para cada uno de los integrantes (autoridad – docentes, padres de familia y fisioterapeutas). Para los niños con parálisis cerebral de 0-8 años de la Escuela de Educación Especial “Ayúdanos a Empezar” se realizó una guía de observación directa por medio de un test locomotor.

### 3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA.

- **Población:** En el cantón Babahoyo existen cinco centros e instituciones que ofrecen el servicio de fisioterapia a las personas con discapacidad y por ende a los niños con parálisis cerebral asociados a la baja visión. Debido a la naturaleza del tema se considera como población a todos los niños entre 0 y 8 años de edad con la patología antes mencionada:

**Cuadro 3.1: Descripción de la Población**

1.	CENTRO DE SALUD	POBLACIÓN	FISIOTERAPEUTAS
		0-8 años P.C.	
	Hospital “Martin Icaza”.	6	3
	Hospital del IESS.	10	4
2.	INSTITUCIÓN EDUCATIVA		
	Escuela Especial “Ayúdanos a Empezar.	18	1
	Centro Nuevo Amanecer.	11	1
3.	FUNDACIÓN.		
	Fundación Cuento Contigo.	9	2
Total		54	11

Fuente: La autora. (2013)

- **Muestra:** La muestra de estudio será los niños con parálisis cerebral de 0 a 8 años de edad de la Escuela Especial “Ayúdanos a Empezar” la misma que de acuerdo al libro de matrícula del periodo lectivo 2013 – 2014 son 5 niñas y 13 niños en total 18 estudiantes, con sus respectivos padres o representante.

**Cuadro 3.2: Descripción de la Población y Muestra.**

UNIDADES DE OBSERVACIÓN	POBLACIÓN	MUESTRA
1. Niños/as con parálisis cerebral de 0 a 8 años de Centros de Salud e Instituciones Educativas.	54	--
2. Niños/as con parálisis cerebral de 0 a 8 años de la Escuela Especial “Ayúdanos a Empezar.”	18	18

Fuente: La autora. (2013)

### 3.5. PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN.

Se detalla cómo se cumplirá la investigación en las etapas para la búsqueda y recolección de datos.

**Cuadro 3.3: Etapas de la Recolección de Datos**

¿Quiénes proporcionarán la investigación?	<b>Muestra:</b> Niños con parálisis cerebral de 0 a 8 años de edad de la Escuela de Educación Especial “Ayúdanos a Empezar” de la ciudad de Babahoyo y sus padres o representantes.
¿Cómo accedemos a la información requerida?	<b>Los instrumentos:</b> Por medio de un cuestionario de entrevista para docentes, fisioterapeutas, padres de familia y test locomotor para los niños.
¿Cómo se recogerá la información requerida?	<b>Recolección de datos:</b> La ficha de cuestionario y test locomotor se encuentran en los anexos 2,3 y 4.
¿Cómo se organizarán los datos obtenidos?	<b>Sistematización:</b> se ordena la información recopilada, Jerarquía de dato, escala de Likert
¿De qué manera se realizará el análisis de los datos?	<b>Análisis e interpretación:</b> síntesis de datos cuadros estadísticos; para facilitar la comprensión y tabulación con valores de porcentajes.

Fuente: La autora. (2013)

## **CAPITULO IV**

### **ANÁLISIS DE RESULTADOS**

#### **4.1. INTRODUCCIÓN**

En el presente capítulo se encuentran los resultados de las encuesta para autoridad, docentes, padres de familia de la Escuela de Educación Especial “Ayúdanos a Empezar” con siete ítems, encuesta para fisioterapeutas de los diferentes centros e instituciones con siete ítems y una guía de observación para los niños con parálisis cerebral utilizando veinte ítems, cuyo propósito es despejar las diferentes interrogantes planteadas en este trabajo de investigación.

También se encontrará el análisis de cada uno de las muestras que será validado con las preguntas científicas de investigación, la hipótesis y variables planteadas en la presente tesis. Los resultados obtenidos en el análisis sirven de apoyo para saber las necesidades que tiene el sistema actual y nos permite organizar conjuntamente una propuesta. Todos estos resultados apoyan el objetivo general y objetivos específicos de la investigación en diseñar una guía fisioterapéutica para fomentar el desarrollo locomotor de los niños de 0 - 8 años de edad con parálisis cerebral asociado a la baja visión.

En la presente investigación utilizaremos Gráficos Circulares, el cual dejan ver claramente la cantidad que representa cada valor en un hecho y los resultados alcanzados permitirán ver la factibilidad de la investigación, que debe ser el producto final de las investigaciones cualitativas y cuantitativas aplicadas, que reflejen la integración de los aportes realizados por los distintos miembros de la comunidad; ello permitirá una mayor comunicabilidad, identificación y apropiación de las iniciativas por parte de los distintos actores involucrados

#### 4.2. RESULTADOS DE LA ENCUESTA DIRIGIDA A DIRECTIVO Y DOCENTES

La encuesta fue aplicada a un directivo y catorce docentes de la Escuela de Educación Especial “Ayúdanos a Empezar” de la ciudad de Babahoyo, la cual consta de 7 preguntas, siendo su objetivo recabar información de los docentes sobre su postura frente al tema de estudio.

Pregunta 1: ¿Está usted de acuerdo que se diseñe una guía fisioterapéutica dirigida al padre de familia de los niños con parálisis cerebral asociada a la baja visión?

**Cuadro No. 4.1**

Ítem	No	Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
<b>1</b>	1	Definitivamente no	0	0%
	2	Probablemente no	0	0%
	3	Probablemente sí	0	0%
	4	Definitivamente sí	15	100%
Total			15	100%

Fuente: La autora. (2013)

**Gráfico No. 4.1**



Fuente: La autora. (2013)

**Análisis:** Los resultados obtenidos demuestran que el personal docente y directivo están de acuerdo que se diseñe una guía fisioterapéutica dirigida a padres de familia de los niños con parálisis cerebral asociada a la baja visión, por eso se hace necesario socializar la guía fisioterapéutica donde es el padre el protagonista del apoyo al tratamiento locomotor.

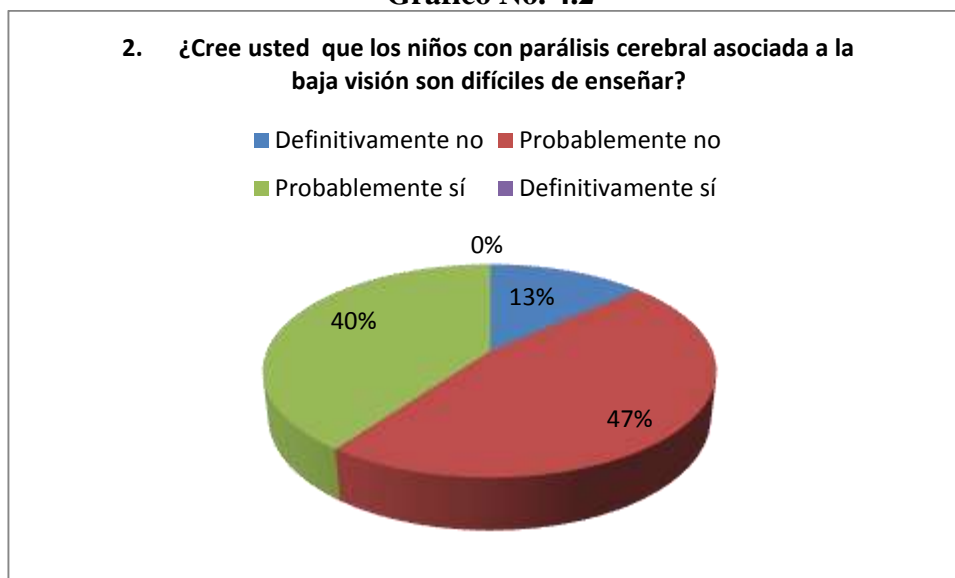
Pregunta 2: ¿Cree usted que los niños con parálisis cerebral asociados a la baja visión son difíciles de enseñar?

**Cuadro No. 4.2**

Ítem	No	Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
<b>2</b>	1	Definitivamente no	2	13%
	2	Probablemente no	7	47%
	3	Probablemente sí	6	40%
	4	Definitivamente sí	0	0%
Total			15	100%

Fuente: La autora. (2013)

**Gráfico No. 4.2**



Fuente: La autora. (2013)

**Análisis:** Los resultados obtenidos tienen variación debido a que no todos los docentes realizan la intervención de los niños con parálisis cerebral asociada a la baja visión, demostrando así que es preciso socializar la guía fisioterapéutica pues los niños con parálisis cerebral asociado a la baja visión no son difíciles de enseñar.

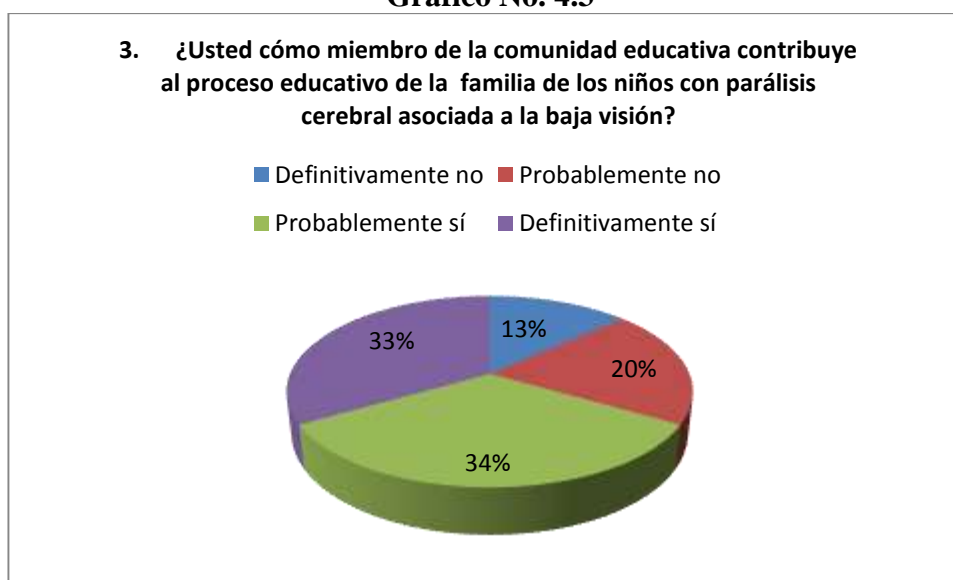
Pregunta 3: ¿Usted cómo miembro de la comunidad educativa contribuye al proceso educativo de la familia de los niños con parálisis cerebral asociada a la baja visión?

**Cuadro No. 4.3**

Ítem	No	Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
<b>3</b>	1	Definitivamente no	2	13%
	2	Probablemente no	3	20%
	3	Probablemente sí	5	34%
	4	Definitivamente sí	5	33%
Total			15	100%

Fuente: La autora. (2013)

**Gráfico No. 4.3**



Fuente: La autora. (2013)

**Análisis:** Según los resultados de la encuesta es imperativo socializar la guía fisioterapéutica dirigida a los padres de familia de los niños con parálisis cerebral asociada a la baja visión porque todo el personal docente no está inmerso el proceso de asesoramiento familiar ya que están a cargo de diferentes áreas de atención a la discapacidad.

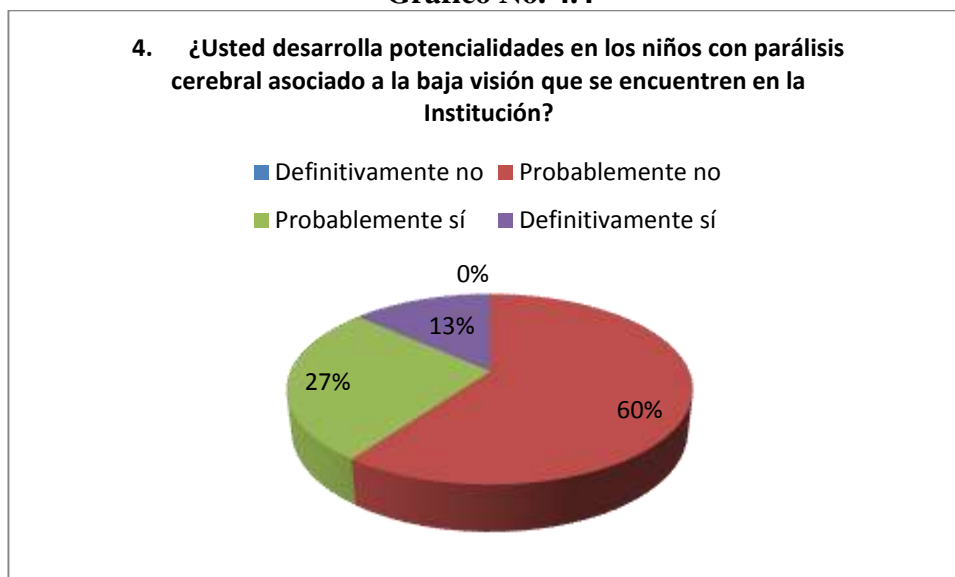
Pregunta 4: ¿Usted desarrolla potencialidades en los niños con parálisis cerebral asociado a la baja visión que se encuentren en la Institución?

**Cuadro No. 4.4**

Ítem	No	Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
4	1	Definitivamente no	0	0%
	2	Probablemente no	9	60%
	3	Probablemente sí	4	27%
	4	Definitivamente sí	2	13%
Total			15	100%

Fuente: La autora. (2013)

**Gráfico No. 4.4**



Fuente: La autora. (2013)

**Análisis:** Como resultado obtenemos que la mayoría de los docentes probablemente no desarrolla potencialidades en los niños con parálisis cerebral asociado a la baja visión de 0-8 años de edad por ser docentes de otras áreas como discapacidad auditiva, manualidades, taller, cultura física, docentes de año básico, haciéndose necesario permitir que los padres de familia a través de la guía fisioterapéutica conozcan de cerca y más aún participen del que hacer educativo y terapéutico.

Pregunta 5: ¿Considera usted importante que se realicen los ejercicios de fisioterapia?

**Cuadro No. 4.5**

Ítem	No	Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
<b>5</b>	1	Definitivamente no	0	0%
	2	Probablemente no	0	0%
	3	Probablemente sí	0	0%
	4	Definitivamente sí	15	100%
Total			15	100%

Fuente: La autora. (2013)

**Gráfico No. 4.5**



Fuente: La autora. (2013)

**Análisis:** Todos los docentes y directivo consideran importante que se realice los ejercicios de fisioterapia por tal motivo es necesaria la aplicación de la guía por padres en el hogar, esto reforzará el trabajo que se realiza en la institución donde se educa el niño.



Pregunta 6: ¿La institución cuenta con un lugar específico para realizar ejercicios de fisioterapia?

**Cuadro No. 4.6**

Ítem	No	Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
<b>6</b>	1	Definitivamente no	0	0%
	2	Probablemente no	0	0%
	3	Probablemente sí	0	0%
	4	Definitivamente sí	15	100%
Total			15	100%

Fuente: La autora. (2013)

**Gráfico No. 4.6**



Fuente: La autora. (2013)

**Análisis:** En esta pregunta contestaron los profesores y directivo en su totalidad que la escuela de educación especial “Ayúdanos a Empezar” si cuenta con una área de fisioterapia, por tal circunstancia la aplicación de la guía fisioterapéutica en el hogar facilitará ambientes más seguros y armónicos que sin duda favorecen el desarrollo de sus hijos.

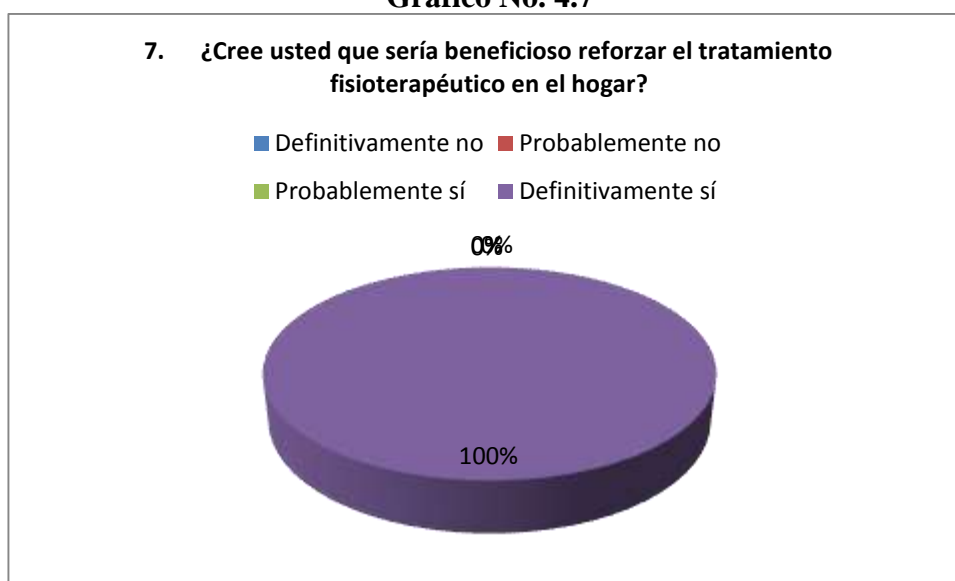
Pregunta 7: ¿Cree usted que sería beneficioso reforzar el tratamiento fisioterapéutico en el hogar?

**Cuadro No. 4.7**

Ítem	No	Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
<b>7</b>	1	Definitivamente no	0	0%
	2	Probablemente no	0	0%
	3	Probablemente sí	0	0%
	4	Definitivamente sí	15	100%
Total			15	100%

Fuente: La autora. (2013)

**Gráfico No. 4.7**



Fuente: La autora. (2013)

**Análisis:** Hemos notado que los todos los docentes y directivo consideran beneficioso reforzar el tratamiento fisioterapéutico en el hogar dando hincapié al diseño de la guía fisioterapéutica dirigida a padre de familia de niños con parálisis cerebral asociado a la baja visión para fomentar el desarrollo locomotor.

### 4.3. RESULTADOS DE LA ENCUESTA DIRIGIDA A PADRES DE FAMILIA

La encuesta fue aplicada a dieciocho padres de familia de niños con parálisis cerebral asociada a la baja visión de la Escuela de Educación Especial “Ayúdanos a Empezar” de la ciudad de Babahoyo, la cual consta de 7 preguntas, siendo su objetivo recabar información sobre la aplicación del refuerzo fisioterapéutico en el hogar, la frecuencia, tiempo y noción con que se la ejecuta.

Pregunta 1: ¿Está usted de acuerdo que se diseñe una guía fisioterapéutica dirigida al padre de familia de los niños con parálisis cerebral asociada a la baja visión?

**Cuadro No. 4.8**

Ítem	No	Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
<b>1</b>	1	Definitivamente no	0	0%
	2	Probablemente no	0	0%
	3	Probablemente sí	0	0%
	4	Definitivamente sí	18	100%
Total			18	100%

Fuente: La autora. (2013)

**Gráfico No. 4.8**



Fuente: La autora. (2013)

**Análisis:** De acuerdo a los resultados los dieciocho padres de familia están de acuerdo que se diseñe una guía fisioterapéutica lo que origina elaborar el programa de estrategias encaminada a la construcción de la misma.

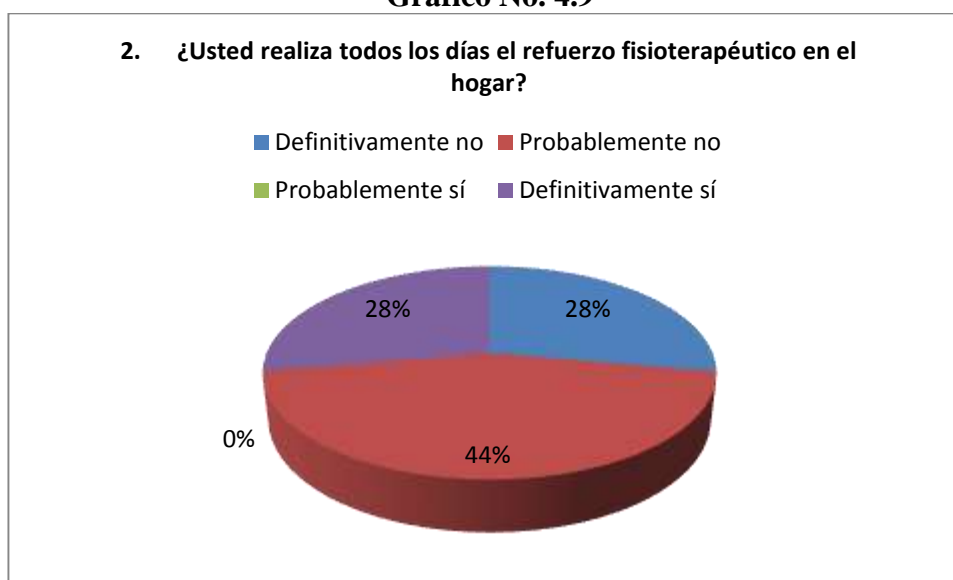
Pregunta 2: ¿Usted realiza todos los días el refuerzo fisioterapéutico en el hogar?

**Cuadro No. 4.9**

Ítem	No	Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
2	1	Definitivamente no	5	28%
	2	Probablemente no	8	44%
	3	Probablemente sí	0	0%
	4	Definitivamente sí	5	28%
Total			18	100%

Fuente: La autora. (2013)

**Gráfico No. 4.9**



Fuente: La autora. (2013)

**Análisis:** La información recabada en esta pregunta es que la mayoría de los padres de familia no refuerzan la fisioterapia en el hogar, lo que hace necesario la socialización de la guía fisioterapéutica para fomentar el desarrollo locomotor de los niños con parálisis cerebral asociado a la baja visión.

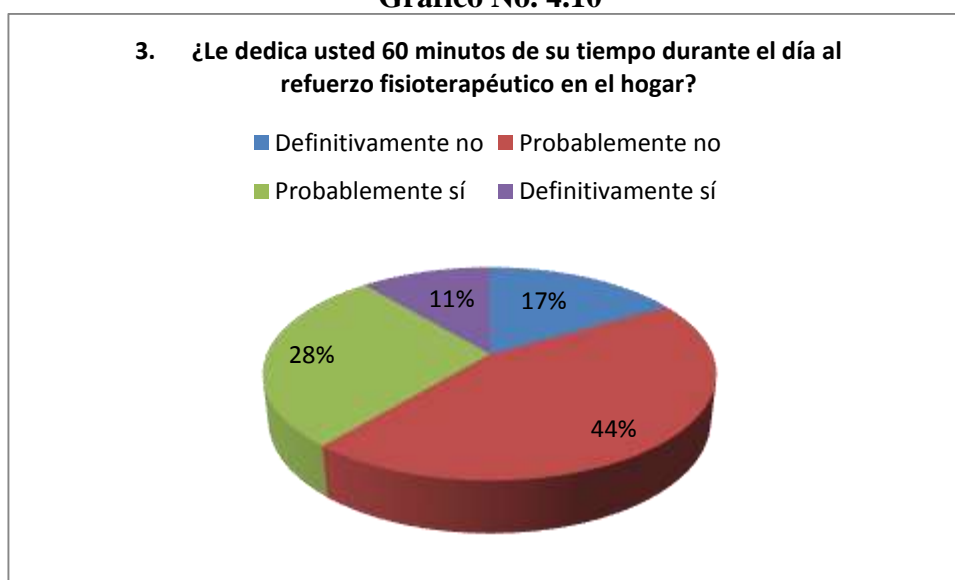
Pregunta 3: ¿Le dedica usted 60 minutos de su tiempo durante el día al refuerzo fisioterapéutico en el hogar?

**Cuadro No. 4.10**

Ítem	No	Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
<b>3</b>	1	Definitivamente no	3	17%
	2	Probablemente no	8	44%
	3	Probablemente sí	5	28%
	4	Definitivamente sí	2	11%
Total			18	100%

Fuente: La autora. (2013)

**Gráfico No. 4.10**



Fuente: La autora. (2013)

**Análisis:** En esta interrogante se evidencia que la mayoría de los padres de familia no dedica 60 minutos durante el día al refuerzo fisioterapéutico en el hogar por tal motivo se sistematizará los problemas locomotores de los niños con parálisis cerebral asociado a la baja visión para luego brindar información del tiempo a seguir en la socialización de la guía fisioterapéutica.

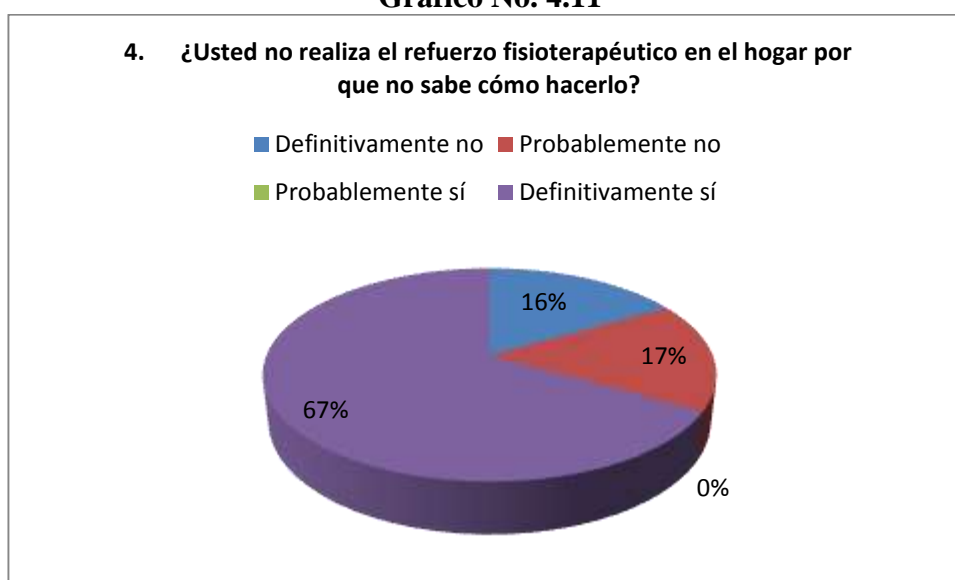
Pregunta 4: ¿Usted no realiza el refuerzo fisioterapéutico en el hogar por que no sabe cómo hacerlo?

**Cuadro No. 4.11**

Ítem	No	Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
4	1	Definitivamente no	3	16%
	2	Probablemente no	3	17%
	3	Probablemente sí	0	0%
	4	Definitivamente sí	12	67%
Total			18	100%

Fuente: La autora. (2013)

**Gráfico No. 4.11**



Fuente: La autora. (2013)

**Análisis:** Como respuesta a esta pregunta obtenemos que la mayoría de los padres de familias no saben cómo aplicar los ejercicios en el hogar, precisando diseñar la guía fisioterapéutica para socializarla a los padres de familia de los niños con parálisis cerebral asociada la baja visión para mejorar el desarrollo locomotor.

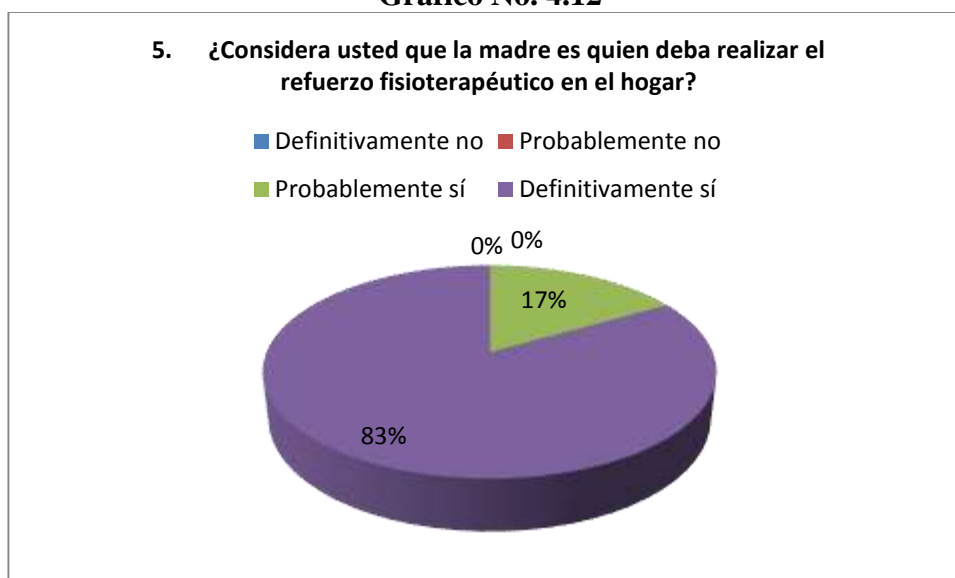
Pregunta 5: ¿Considera usted que la madre es quien deba realizar el refuerzo fisioterapéutico en el hogar?

**Cuadro No. 4.12**

Ítem	No	Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
<b>5</b>	1	Definitivamente no	0	0%
	2	Probablemente no	0	0%
	3	Probablemente sí	3	17%
	4	Definitivamente sí	15	83%
Total			18	100%

Fuente: La autora. (2013)

**Gráfico No. 4.12**



Fuente: La autora. (2013)

**Análisis:** Según los datos observables la mayoría de los encuestados indicaron que son las madres las que deberían realizar el refuerzo fisioterapéutico en el hogar, siendo ellas las que reciban la socialización de la guía fisioterapéutica y puedan reproducirla junto con la familia en el hogar.

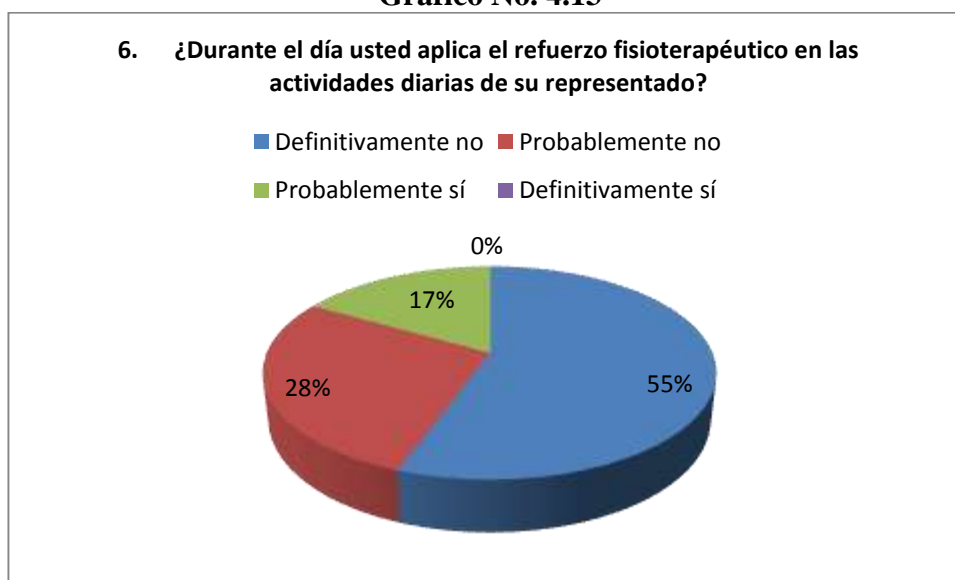
Pregunta 6: ¿Durante el día usted aplica el refuerzo fisioterapéutico en las actividades diarias de su representado?

**Cuadro No. 4.13**

Ítem	No	Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
6	1	Definitivamente no	10	55%
	2	Probablemente no	5	28%
	3	Probablemente sí	3	17%
	4	Definitivamente sí	0	0%
Total			18	100%

Fuente: La autora. (2013)

**Gráfico No. 4.13**



Fuente: La autora. (2013)

**Análisis:** De acuerdo a los resultados obtenidos más de la mitad de los padres de familia encuestados no realizan el refuerzo fisioterapéutico dentro de las actividades de la vida diaria perdiendo la oportunidad de poner en práctica el movimiento de las articulaciones desarrollados con los ejercicios fisioterapéuticos por tal razón se implanta con la guía en los padres de familia hábitos de seguimiento de las actividades motoras y sensoriales de sus hijos.



Pregunta 7: ¿Cree usted que sería beneficioso reforzar el tratamiento fisioterapéutico en el hogar?

**Cuadro No. 4.14**

Ítem	No	Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
<b>7</b>	1	Definitivamente no	0	0%
	2	Probablemente no	0	0%
	3	Probablemente sí	0	0%
	4	Definitivamente sí	18	100%
Total			18	100%

Fuente: La autora. (2013)

**Gráfico No. 4.14**



Fuente: La autora. (2013)

**Análisis:** Se refleja en el gráfico que todos los padres de familia indican que sería beneficioso reforzar la fisioterapia en el hogar, esto nos va a permitir socializar la guía fisioterapéutica con los padres de familia de niños con parálisis cerebral asociado a la baja visión.

#### 4.4. RESULTADOS DE LA ENCUESTA DIRIGIDA A FISIOTERAPEUTAS.

La encuesta fue aplicada a los once fisioterapeutas de los cinco centros de atención a las personas con discapacidad del cantón Babahoyo, incluyendo hospitales, escuelas y fundación, la ficha consta de 7 preguntas, siendo su objetivo recabar información de la realidad del ámbito fisioterapéutico de la ciudad de Babahoyo describiendo el tratamiento que se aplica a los niños con parálisis cerebral asociado a la abaja visión.

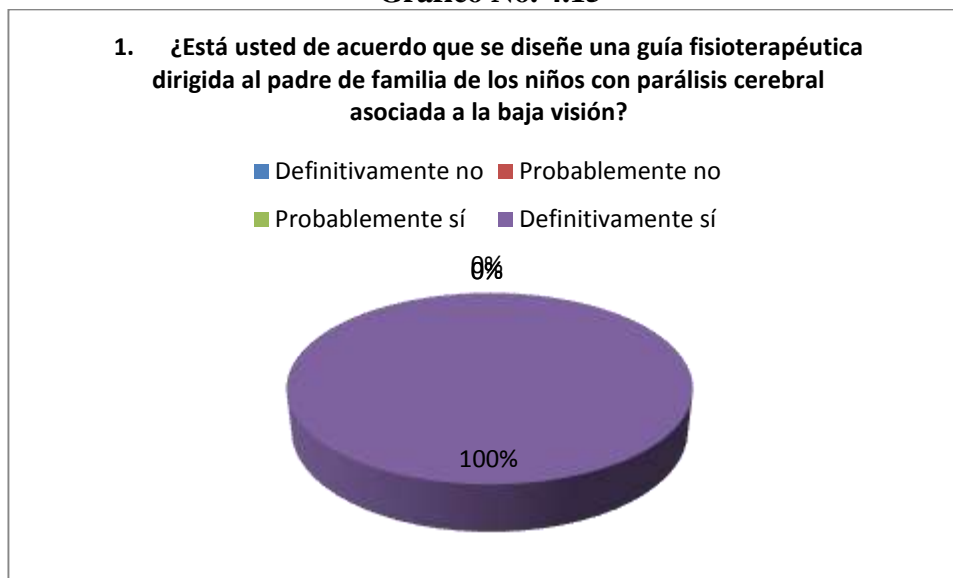
Pregunta 1: ¿Está usted de acuerdo que se diseñe una guía fisioterapéutica dirigida al padre de familia de los niños con parálisis cerebral asociada a la baja visión?

**Cuadro No. 4.15**

Ítem	No	Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
<b>1</b>	1	Definitivamente no	0	0%
	2	Probablemente no	0	0%
	3	Probablemente sí	0	0%
	4	Definitivamente sí	11	100%
Total			11	100%

Fuente: La autora. (2013)

**Gráfico No. 4.15**



Fuente: La autora. (2013)

**Análisis:** En su totalidad los fisioterapeutas están de acuerdo que se diseñe una guía fisioterapéutica dirigida a los padres de familia de los niños con parálisis cerebral asociado a la abaja visión, por ello es importante señalar que una vez socializada la guía va a motivar al padre de familia a reforzar los ejercicios en el hogar para su hijo.

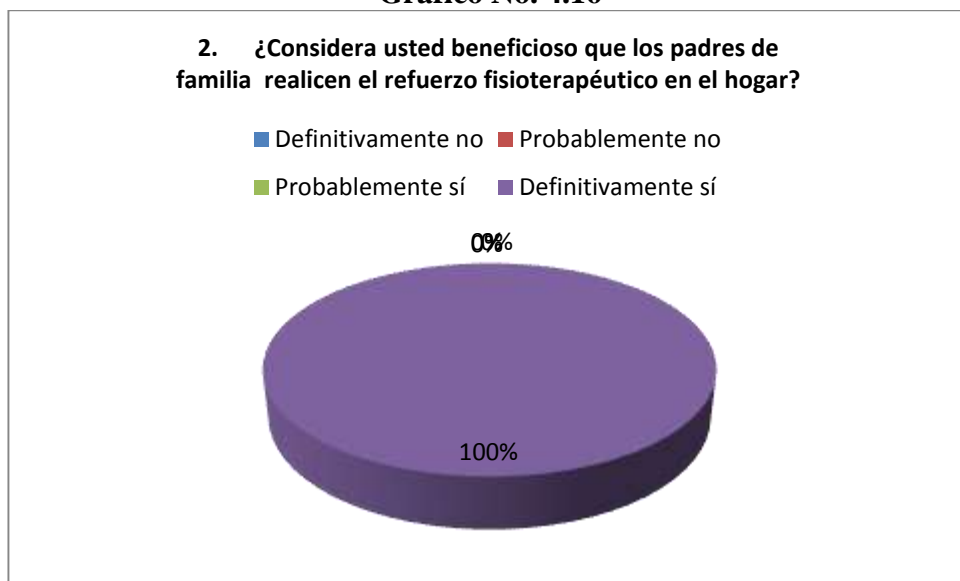
Pregunta 2: ¿Considera usted beneficioso que los padres de familia realicen el refuerzo fisioterapéutico en el hogar?

**Cuadro No. 4.16**

Ítem	No	Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
<b>2</b>	1	Definitivamente no	0	0%
	2	Probablemente no	0	0%
	3	Probablemente sí	0	0%
	4	Definitivamente sí	11	100%
Total			11	100%

Fuente: La autora. (2013)

**Gráfico No. 4.16**



Fuente: La autora. (2013)

**Análisis:** Acorde a los resultados todos los fisioterapeutas consideran beneficioso que los padres de familia refuercen la fisioterapia en el hogar. Por tal razón esta guía se ha elaborado no solo para mejorar el desarrollo locomotor sino también mejorar sus lazos familiares, sentimientos y emociones que enriquecerán su aprendizaje y convivencia.

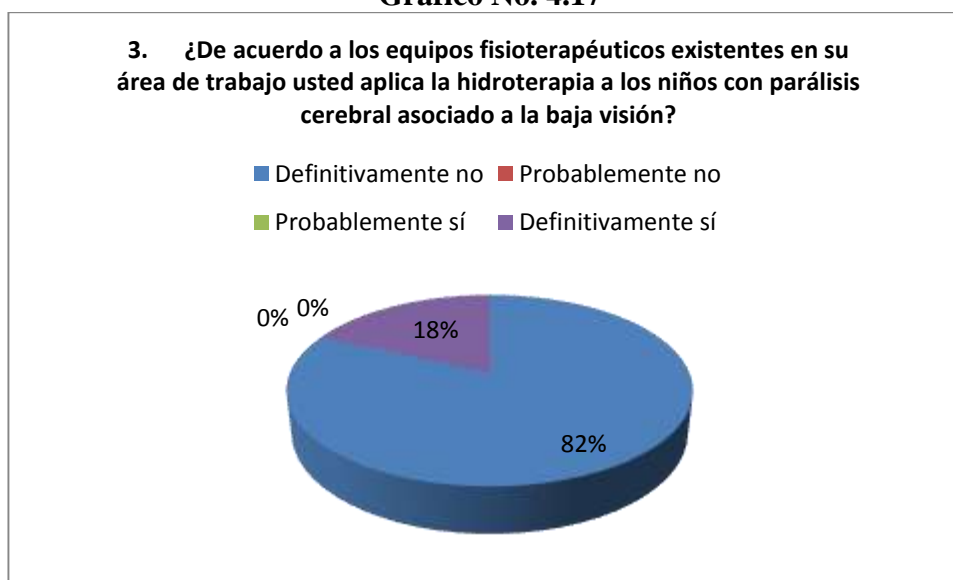
Pregunta 3: ¿De acuerdo a los equipos fisioterapéuticos existentes en su área de trabajo usted aplica la hidroterapia a los niños con parálisis cerebral asociado a la baja visión?

**Cuadro No. 4.17**

Ítem	No	Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
3	1	Definitivamente no	9	82%
	2	Probablemente no	0	0%
	3	Probablemente sí	0	0%
	4	Definitivamente sí	2	18%
Total			11	100%

Fuente: La autora. (2013)

**Gráfico No. 4.17**



Fuente: La autora. (2013)

**Análisis:** Es evidente según el gráfico que la mayoría de los fisioterapeutas no aplican la hidroterapia en los niños con parálisis cerebral asociado a la baja visión por que no poseen el equipo en su lugar de trabajo, dando respuesta a la descripción del tratamiento fisioterapéutico en los centros de atención a las personas con discapacidad en la ciudad de Babahoyo.

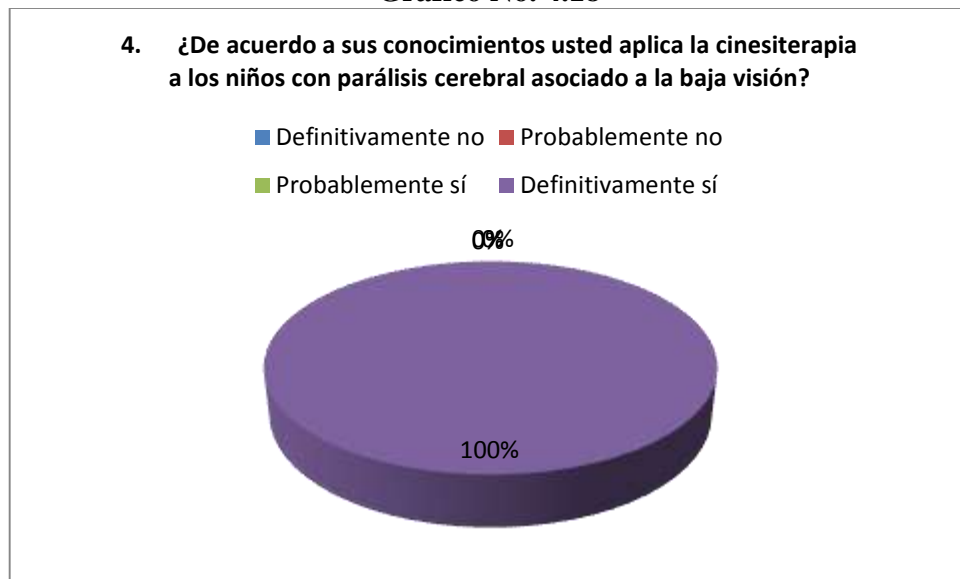
Pregunta 4: ¿De acuerdo a sus conocimientos usted aplica la cinesiterapia a los niños con parálisis cerebral asociado a la baja visión?

**Cuadro No. 4.18**

Ítem	No	Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
4	1	Definitivamente no	0	0%
	2	Probablemente no	0	0%
	3	Probablemente sí	0	0%
	4	Definitivamente sí	11	100%
Total			11	100%

Fuente: La autora. (2013)

**Gráfico No. 4.18**



Fuente: La autora. (2013)

**Análisis:** Todos los fisioterapeutas respondieron que si aplican la cinesiterapia en los niños con parálisis cerebral asociado a la baja visión, es decir ejercicios fisioterapéuticos, dando respuesta a la descripción del tratamiento fisioterapéutico en los centros de atención a las personas con discapacidad en la ciudad de Babahoyo.

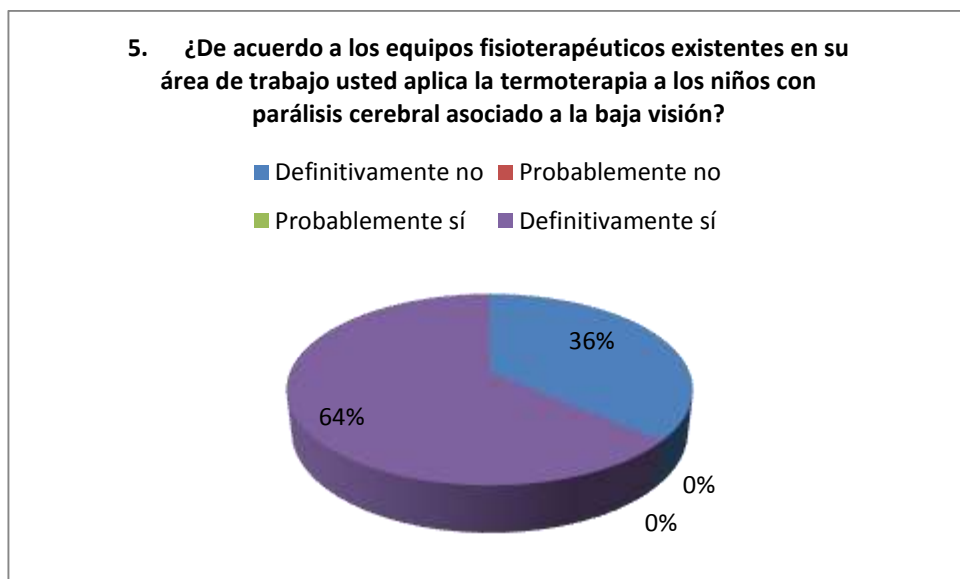
Pregunta 5: ¿De acuerdo a los equipos fisioterapéuticos existentes en su área de trabajo usted aplica la termoterapia a los niños con parálisis cerebral asociado a la baja visión?

**Cuadro No. 4.19**

Ítem	No	Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
<b>5</b>	1	Definitivamente no	4	36%
	2	Probablemente no	0	0%
	3	Probablemente sí	0	0%
	4	Definitivamente sí	7	64%
Total			11	100%

Fuente: La autora. (2013)

**Gráfico No. 4.19**



Fuente: La autora. (2013)

**Análisis:** El resultado obtenido en esta pregunta es que la mayoría de los fisioterapeutas aplican la termoterapia en los niños con parálisis cerebral asociado a la baja visión por que poseen el equipo necesario en su lugar de trabajo, dando respuesta a la descripción del tratamiento fisioterapéutico en los centros de atención a las personas con discapacidad en la ciudad de Babahoyo.

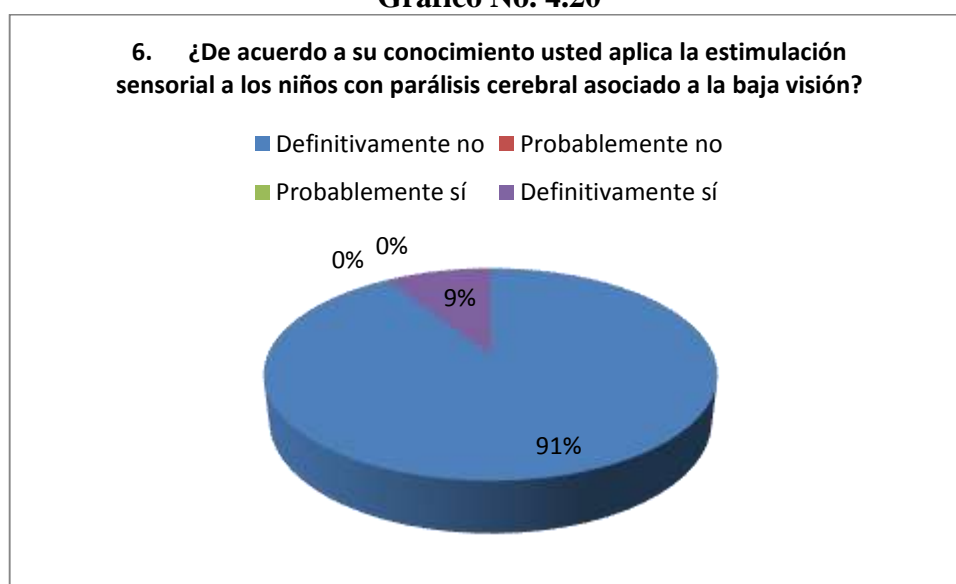
Pregunta 6: ¿De acuerdo a su conocimiento usted aplica la estimulación sensorial a los niños con parálisis cerebral asociado a la baja visión?

**Cuadro No. 4.20**

Ítem	No	Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
<b>6</b>	1	Definitivamente no	10	91%
	2	Probablemente no	0	0%
	3	Probablemente sí	0	0%
	4	Definitivamente sí	1	9%
Total			11	100%

Fuente: La autora. (2013)

**Gráfico No. 4.20**



Fuente: La autora. (2013)

**Análisis:** Al observar el gráfico constatamos que la mayoría de los fisioterapeutas solo se dedican a la fisioterapia en sí, más no realizan la estimulación sensorial necesaria en los niños con discapacidad visual para mejorar su condición motora. Dando respuesta a la descripción del tratamiento fisioterapéutico en los centros de atención a las personas con discapacidad en la ciudad de Babahoyo.

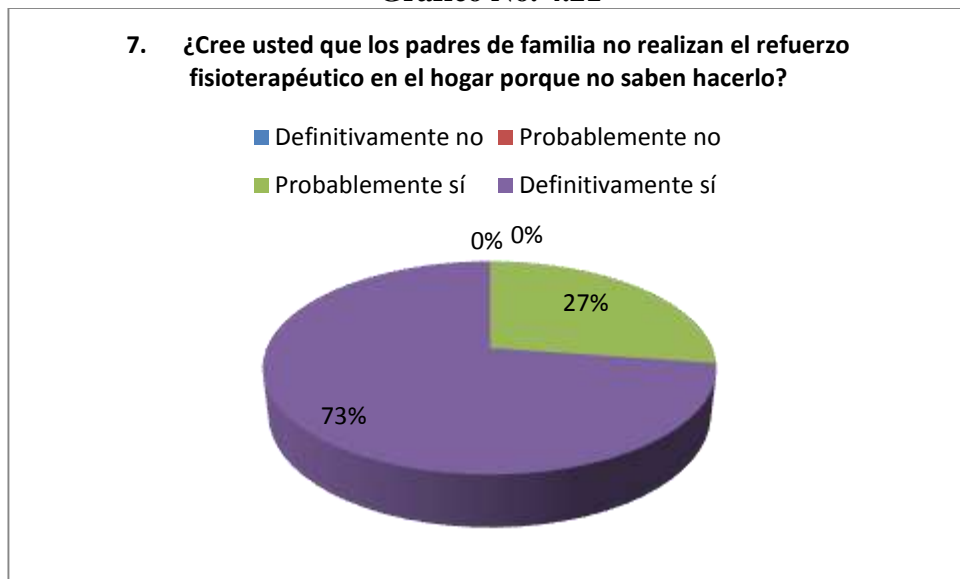
Pregunta 7: ¿Cree usted que los padres de familia no realizan el refuerzo fisioterapéutico en el hogar porque no saben hacerlo?

**Cuadro No. 4.21**

Ítem	No	Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
<b>7</b>	1	Definitivamente no	0	0%
	2	Probablemente no	0	0%
	3	Probablemente sí	3	27%
	4	Definitivamente sí	8	73%
Total			11	100%

Fuente: La autora. (2013)

**Gráfico No. 4.21**



Fuente: La autora. (2013)

**Análisis:** De acuerdo a los resultados la mayoría de los fisioterapeutas indican que los padres de familia no realizan el refuerzo fisioterapéutico en el hogar porque no saben hacerlo, por tal motivo se considera imperativo diseñar y socializar la guía fisioterapéutica dirigida a los padres.



#### 4.5. RESULTADOS DE LA GUÍA DE OBSERVACIÓN (TEST LOCOMOTOR) A LOS ESTUDIANTES

Esta ficha de observación locomotora básica se la aplicó a los 18 niños con parálisis cerebral asociado a la baja visión de la escuela de educación especial “Ayúdanos a Empezar” de la ciudad de Babahoyo, constando de 20 ítems con el objetivo de recabar información para sistematizar los problemas locomotores básicos de los niños con parálisis cerebral asociada a la baja visión.

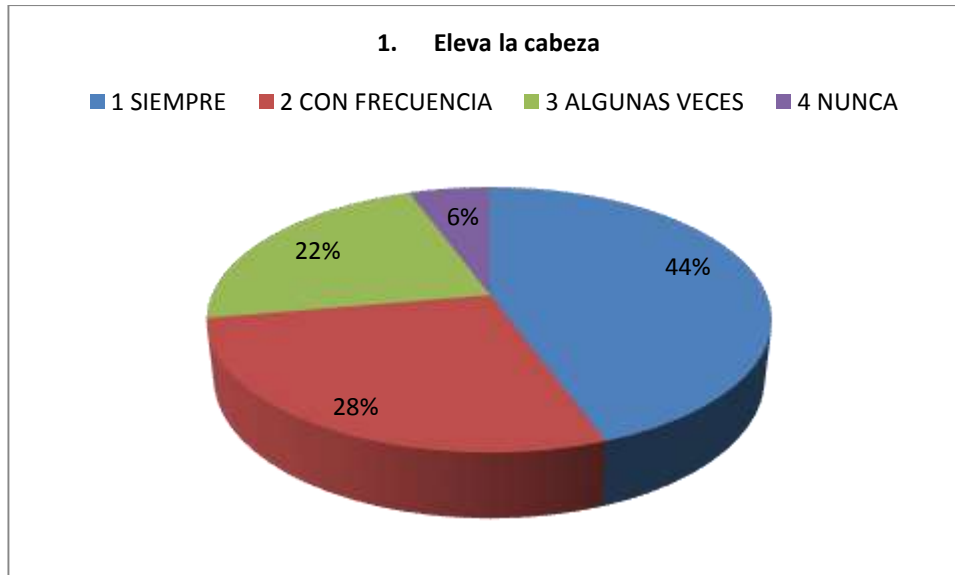
Pregunta 1: Eleva la cabeza.

**Cuadro No. 4.22**

Ítem	No	Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
<b>1</b>	1	Siempre	8	44 %
	2	Con frecuencia	5	28 %
	3	Algunas veces	4	22 %
	4	Nunca	1	6 %
Total			18	100 %

Fuente: La autora. (2013)

**Gráfico No. 4.22**



Fuente: La autora. (2013)

**Análisis:** Se aprecia en el gráfico que cerca de la mitad de los niños con parálisis cerebral asociada a la baja visión elevan la cabeza, la cantidad restante de niños tienen dificultad para realizarlo la acción, esto da respuesta al objetivo específico de sistematizar los problemas locomotores, por lo que es necesario diseñar la guía fisioterapéutica dirigida a padres.

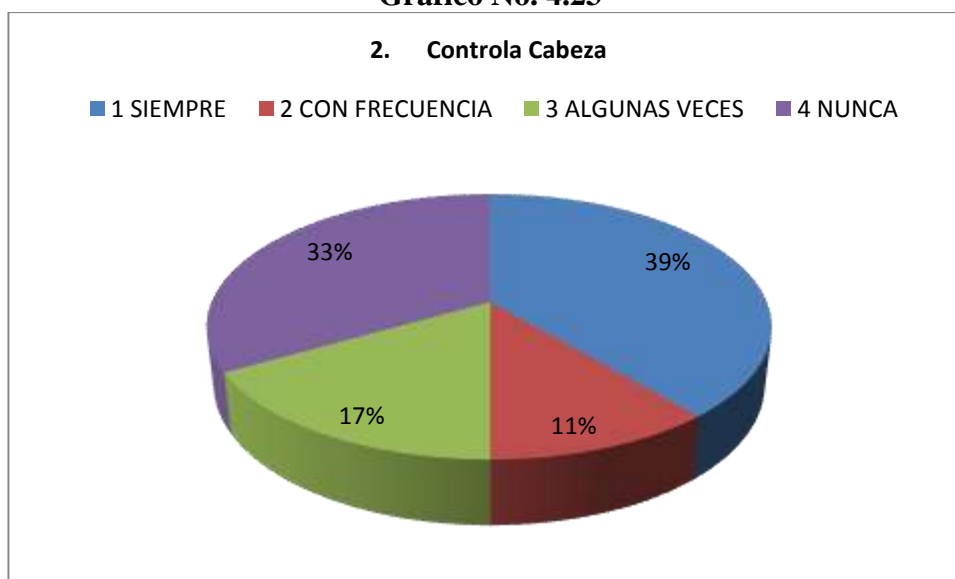
Pregunta 2: Controla cabeza.

**Cuadro No. 4.23**

Ítem	No	Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
<b>2</b>	1	Siempre	7	39 %
	2	Con frecuencia	2	11 %
	3	Algunas veces	3	17 %
	4	Nunca	6	33 %
Total			18	100 %

Fuente: La autora. (2013)

**Gráfico No. 4.23**



Fuente: La autora. (2013)

**Análisis:** En el gráfico se demuestra la falencia locomotora básica que presentan los niños al controlar la cabeza, lo que da respuesta a uno de los objetivos específicos. Por lo tanto con la socialización de la guía va a permitir que los padres participen del que hacer educativo de su hijos.

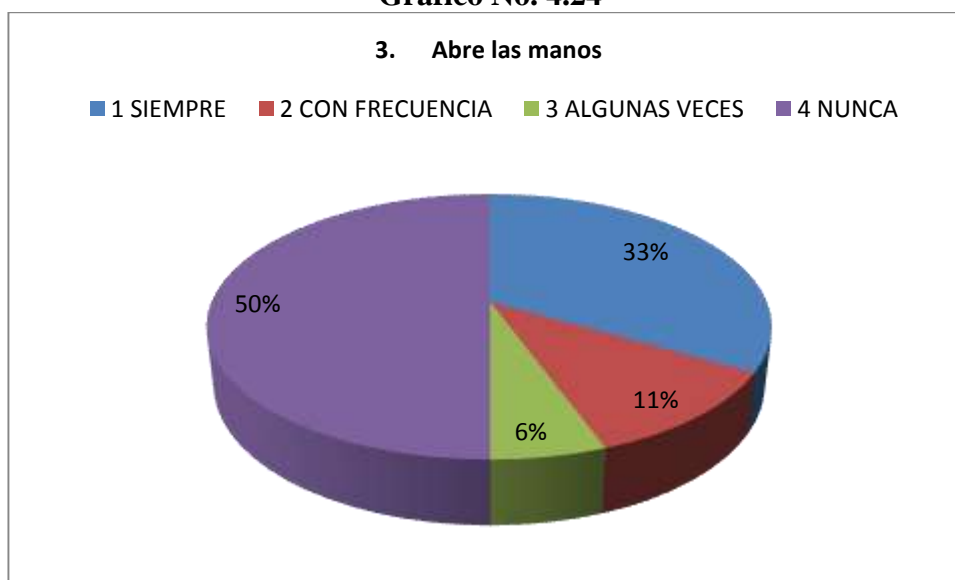
Pregunta 3: Abre las manos.

**Cuadro No. 4.24**

Ítem	No	Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
<b>3</b>	1	Siempre	6	33 %
	2	Con frecuencia	2	11 %
	3	Algunas veces	1	6 %
	4	Nunca	9	50 %
Total			18	100 %

Fuente: La autora. (2013)

**Gráfico No. 4.24**



Fuente: La autora. (2013)

**Análisis:** De acuerdo a los resultados obtenidos por el test locomotor la mitad de los niños no abren las manos, por tal motivo se requiere que se plantee una serie de estrategias que apliquen los padres de familia en el hogar para mejorar la locomoción.

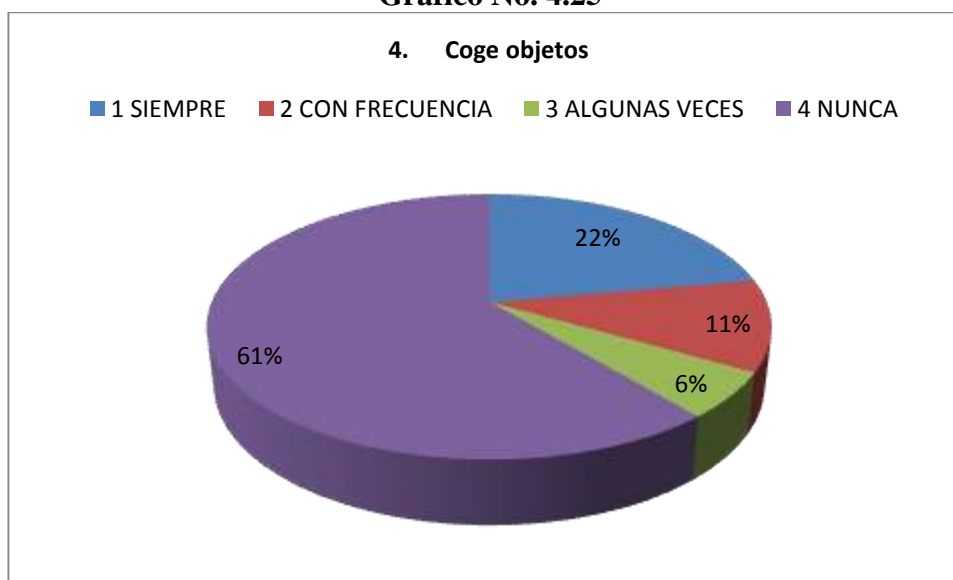
Pregunta 4: Coge objetos

**Cuadro No. 4.25**

Ítem	No	Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
<b>4</b>	1	Siempre	4	22 %
	2	Con frecuencia	2	11 %
	3	Algunas veces	1	6 %
	4	Nunca	11	61 %
Total			18	100 %

Fuente: La autora. (2013)

**Gráfico No. 4.25**



Fuente: La autora. (2013)

**Análisis:** El resultado en este ítems del test locomotor es que la mayor parte de los niños con parálisis cerebral asociado a la baja visión no pueden coger objetos, lo que responde al objetivo específico de sistematizar los problemas locomotores de los niños, por tal razón es preciso socializar la guía fisioterapéutica dirigida a padres para reforzar el ejercicio en el hogar.

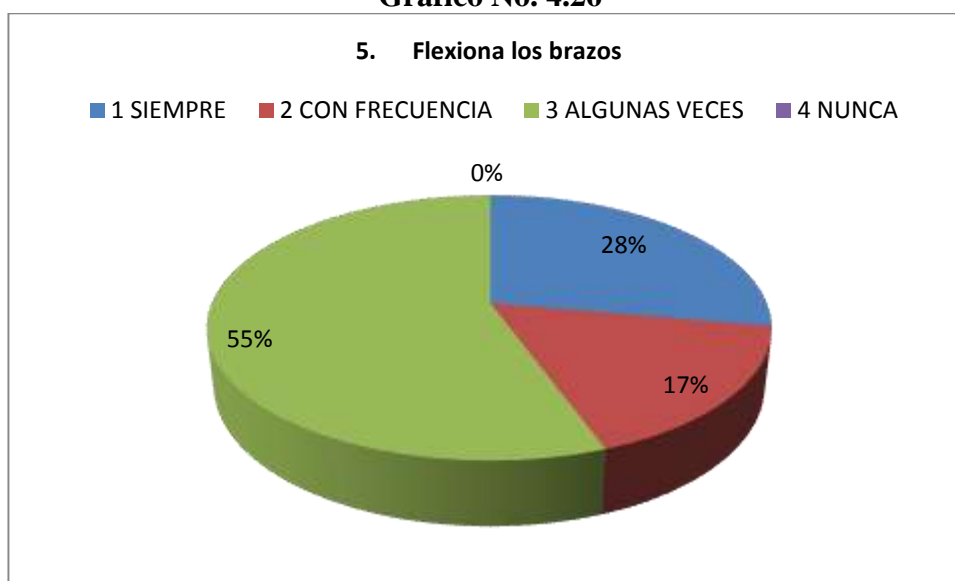
Pregunta 5: Flexiona los brazos.

**Cuadro No. 4.26**

Ítem	No	Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
<b>5</b>	1	Siempre	5	28 %
	2	Con frecuencia	3	17 %
	3	Algunas veces	10	55 %
	4	Nunca	0	0 %
Total			18	100 %

Fuente: La autora. (2013)

**Gráfico No. 4.26**



Fuente: La autora. (2013)

**Análisis:** Es notorio según el gráfico que más de la mitad de los niños con parálisis cerebral asociado a la baja visión flexionan algunas veces los brazos por lo tanto responde al objetivo específico de sistematizar los problemas locomotores de los niños, para ello es preciso socializar la guía fisioterapéutica dirigida a padres para reforzar el ejercicio en el hogar.

Pregunta 6: Extiende los brazos.

**Cuadro No. 4.27**

Ítem	No	Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
<b>6</b>	1	Siempre	6	33 %
	2	Con frecuencia	2	11 %
	3	Algunas veces	10	56 %
	4	Nunca	0	0 %
Total			18	100 %

Fuente: La autora. (2013)

**Gráfico No. 4.27**



Fuente: La autora. (2013)

**Análisis:** Según el gráfico nos indica que más de la mitad de los niños con parálisis cerebral asociado a la baja visión extienden algunas veces los brazos, de modo que responde al objetivo específico de sistematizar los problemas locomotores de los niños, por esta razón es preciso socializar la guía fisioterapéutica dirigida a padres para reforzar el ejercicio en el hogar a la vez que fomenta lazos de amor.

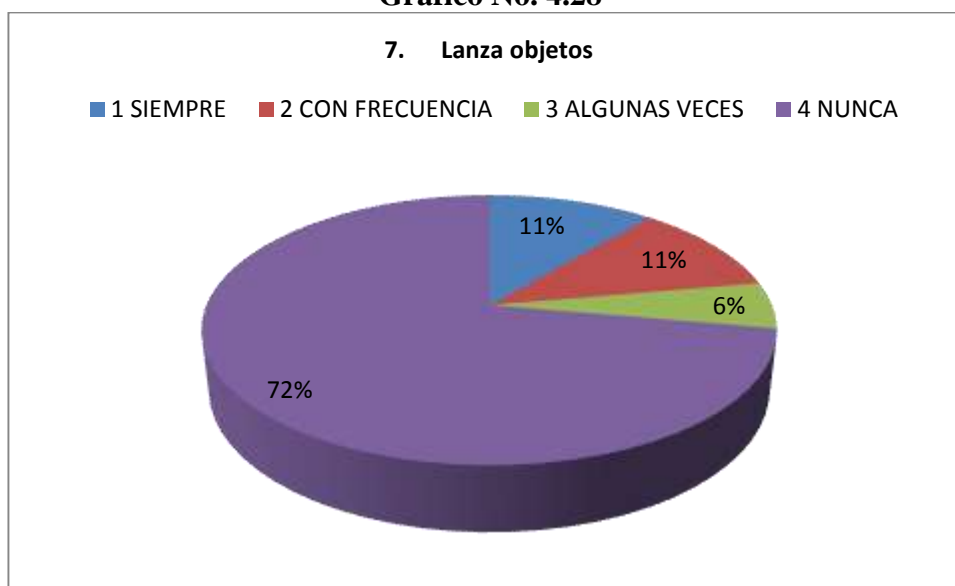
Pregunta 7: Lanza objetos.

**Cuadro No. 4.28**

Ítem	No	Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
<b>7</b>	1	Siempre	2	11 %
	2	Con frecuencia	2	11 %
	3	Algunas veces	1	6 %
	4	Nunca	13	72 %
Total			18	100%

Fuente: La autora. (2013)

**Gráfico No. 4.28**



Fuente: La autora. (2013)

**Análisis:** Como respuesta a este ítems del test locomotor un gran porcentaje de los niños con parálisis cerebral asociado a la baja visión nunca lanzan objetos así indica al objetivo específico de sistematizar los problemas locomotores de los niños, por tal razón es necesario diseñar y socializar la guía fisioterapéutica dirigida a padres.

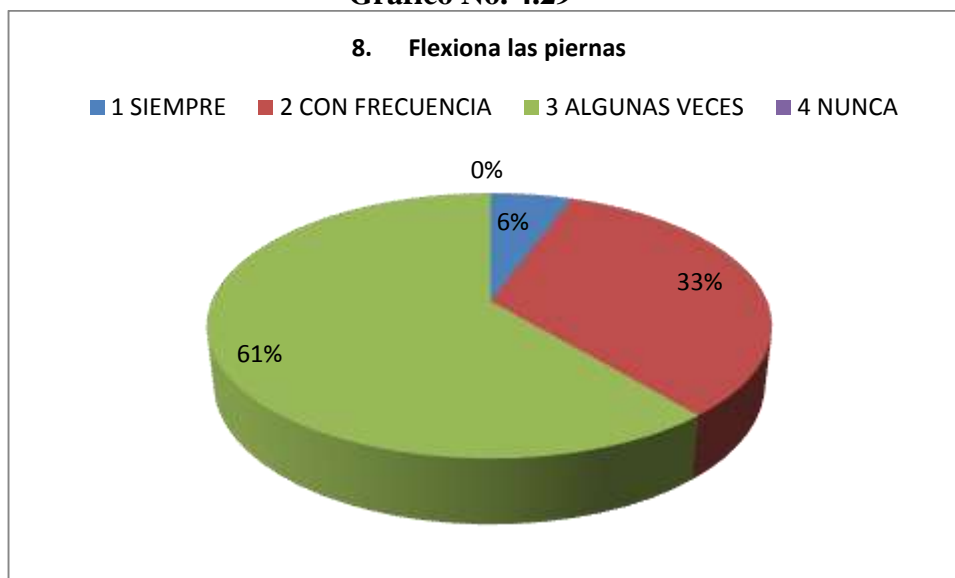
Pregunta 8: Flexiona las piernas.

**Cuadro No. 4.29**

Ítem	No	Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
<b>8</b>	1	Siempre	1	6 %
	2	Con frecuencia	6	33 %
	3	Algunas veces	11	61 %
	4	Nunca	0	0 %
Total			18	100 %

Fuente: La autora. (2013)

**Gráfico No. 4.29**



Fuente: La autora. (2013)

**Análisis:** Evidenciamos en el gráfico que más de la mitad de los niños con parálisis cerebral asociado a la baja visión flexionan piernas algunas veces, dando respuesta al objetivo específico de sistematizar los problemas locomotores de los niños, de esta manera demostramos que es imperativo socializar la guía fisioterapéutica dirigida a padres para reforzar el ejercicio en el hogar.



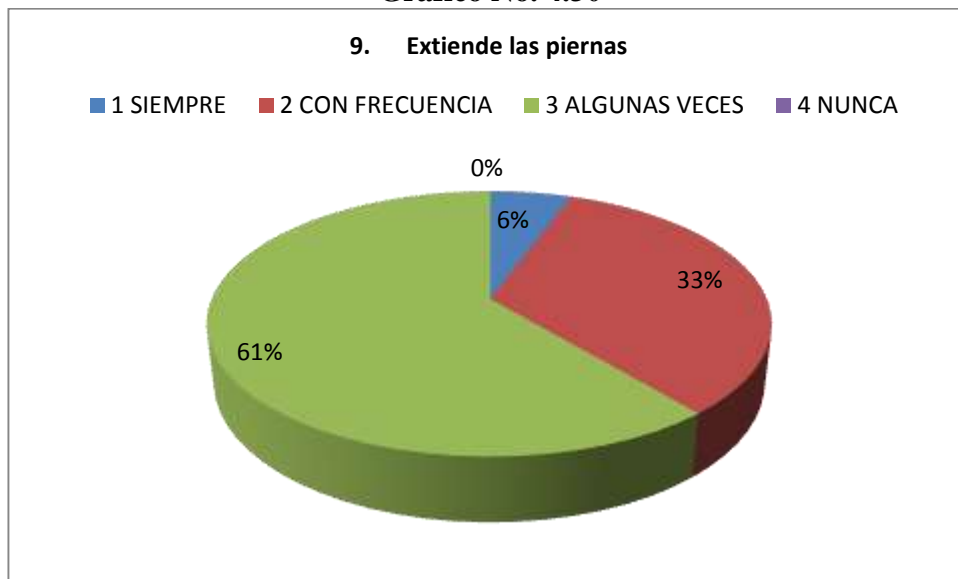
Pregunta 9: Extiende las piernas.

**Cuadro No. 4.30**

Ítem	No	Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
<b>9</b>	1	Siempre	1	6 %
	2	Con frecuencia	6	33 %
	3	Algunas veces	11	61 %
	4	Nunca	0	0%
Total			18	100%

Fuente: La autora. (2013)

**Gráfico No. 4.30**



Fuente: La autora. (2013)

**Análisis:** De acuerdo a los resultados obtenidos por el test locomotor que más de la mitad de los niños con parálisis cerebral asociado a la baja visión extienden las piernas algunas veces, lo que expresa al objetivo específico de sistematizar los problemas locomotores de los niños, en consecuencia demostramos que es imperioso diseñar y socializar la guía fisioterapéutica dirigida a padres para reforzar el ejercicio en el hogar.

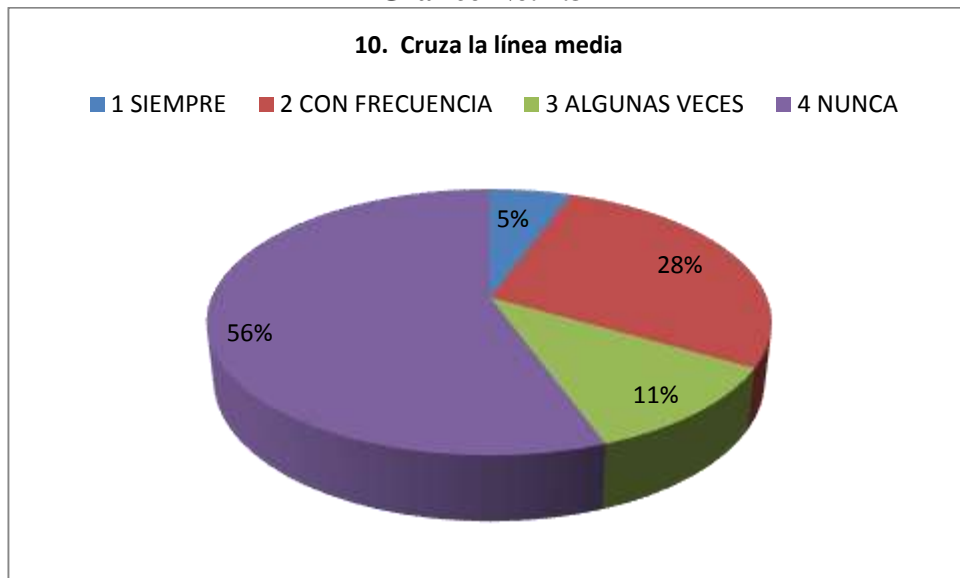
Pregunta 10: Cruza la línea media.

**Cuadro No. 4.31**

Ítem	No	Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
<b>10</b>	1	Siempre	1	6 %
	2	Con frecuencia	5	28 %
	3	Algunas veces	2	11 %
	4	Nunca	10	56 %
Total			18	100 %

Fuente: La autora. (2013)

**Gráfico No. 4.31**



Fuente: La autora. (2013)

**Análisis:** Se verifica en el gráfico que más de la mitad de los niños de 0-8 años con parálisis cerebral asociado a la baja visión nunca han cruzado la línea media por lo consiguiente se diseñara la guía fisioterapéutica dirigida a padres para mejorar su estado locomotor.

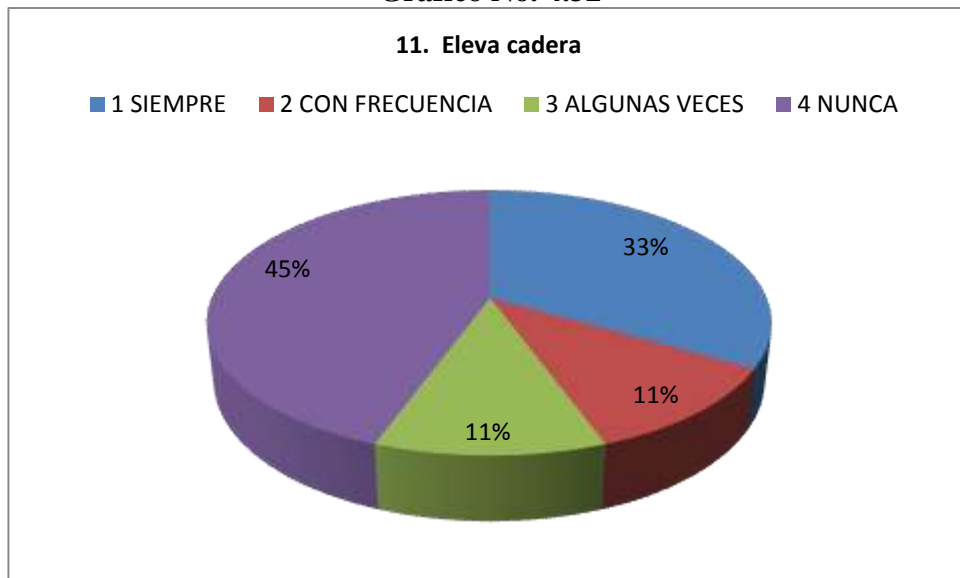
Pregunta 11: Eleva la cadera.

**Cuadro No. 4.32**

Ítem	No	Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
<b>11</b>	1	Siempre	6	33 %
	2	Con frecuencia	2	11 %
	3	Algunas veces	2	11 %
	4	Nunca	8	45 %
Total			18	100 %

Fuente: La autora. (2013)

**Gráfico No. 4.32**



Fuente: La autora. (2013)

**Análisis:** En este ítems se expresa como resultado que casi la mitad de los niños de 0-8 años con parálisis cerebral asociado a la baja visión nunca han elevado cadera debido a esto se precisa diseñar la guía fisioterapéutica dirigida a padres para favorecer la movilidad básica en los niños.

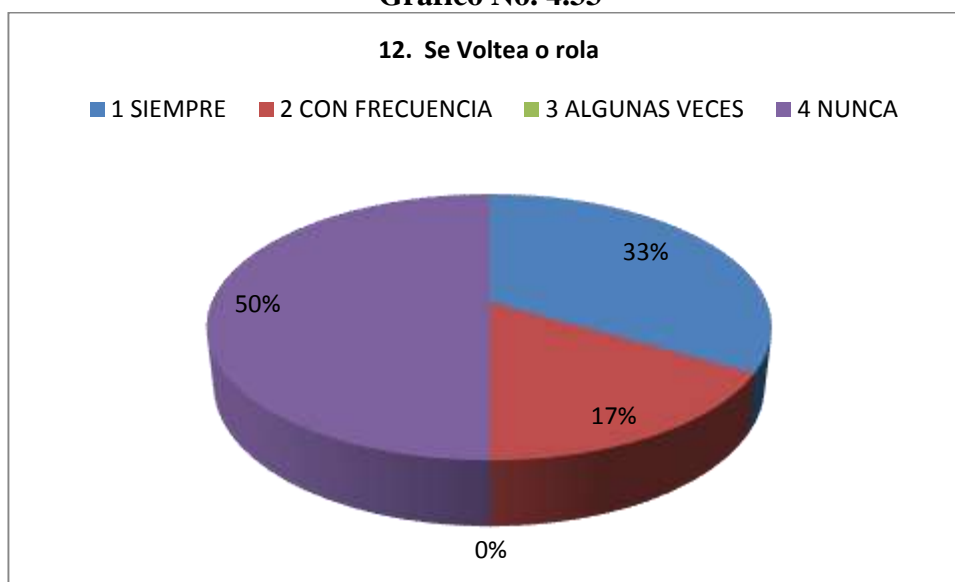
Pregunta 12: Se voltea o rola

**Cuadro No. 4.33**

Ítem	No	Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
<b>12</b>	1	Siempre	6	33 %
	2	Con frecuencia	3	17 %
	3	Algunas veces	0	0 %
	4	Nunca	9	50 %
Total			18	100%

Fuente: La autora. (2013)

**Gráfico No. 4.33**



Fuente: La autora. (2013)

**Análisis:** Se observa claramente que la mitad de los niños con parálisis cerebral asociado a la baja visión nunca han rolado, así pues responde al objetivo específico de sistematizar los problemas locomotores de los niños, esto nos va a permitir demostrar que es necesario socializar la guía fisioterapéutica dirigida a padres para reforzar el ejercicio fisioterapéutico en el hogar.

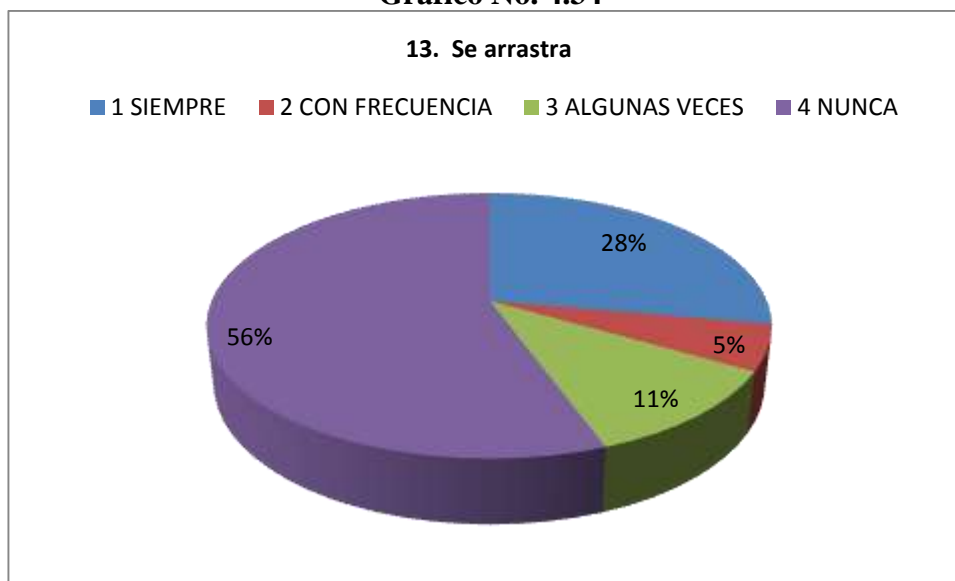
Pregunta 13: Se arrastra.

**Cuadro No. 4.34**

Ítem	No	Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
<b>13</b>	1	Siempre	5	28 %
	2	Con frecuencia	1	6 %
	3	Algunas veces	2	11 %
	4	Nunca	10	56 %
Total			18	100 %

Fuente: La autora. (2013)

**Gráfico No. 4.34**



Fuente: La autora. (2013)

**Análisis:** Según se ha visto en el gráfico que más de la mitad de los niños con parálisis cerebral asociado a la baja visión nunca se arrastran, lo que responde al objetivo específico de sistematizar los problemas locomotores de los niños, ya que de esta forma demostramos que es necesario socializar la guía fisioterapéutica dirigida a padres para reforzar el ejercicio fisioterapéutico en el hogar.

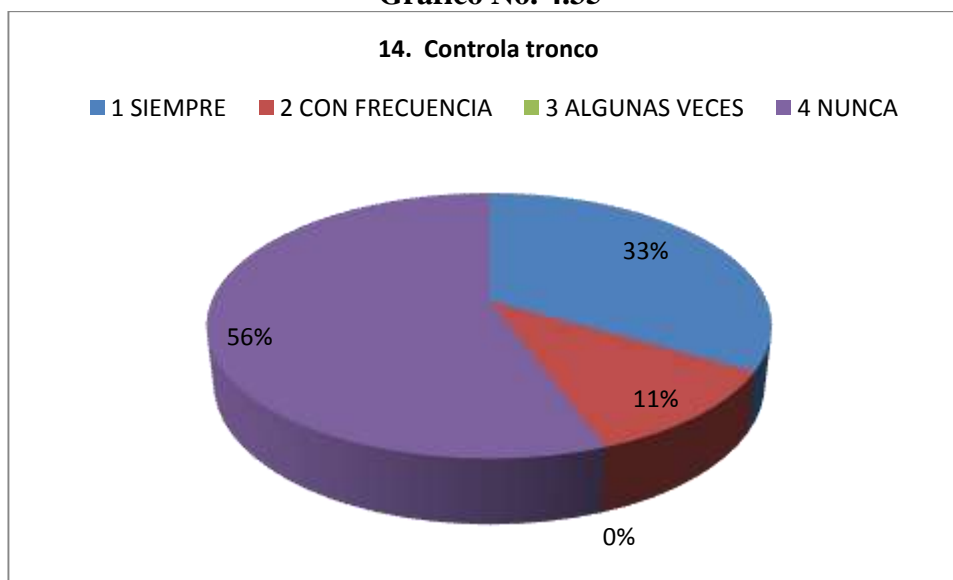
Pregunta 14: Controla el tronco.

**Cuadro No. 4.35**

Ítem	No	Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
<b>14</b>	1	Siempre	6	33 %
	2	Con frecuencia	2	11 %
	3	Algunas veces	0	0 %
	4	Nunca	10	56 %
Total			18	100 %

Fuente: La autora. (2013)

**Gráfico No. 4.35**



Fuente: La autora. (2013)

**Análisis:** Tal como se observa en el gráfico más de la mitad de los niños con parálisis cerebral asociado a la baja visión nunca controlan tronco, en efecto responde al objetivo específico de sistematizar los problemas locomotores de los niños, por lo que es importante diseñar y socializar la guía fisioterapéutica dirigida a padres para reforzar el ejercicio fisioterapéutico en el hogar.

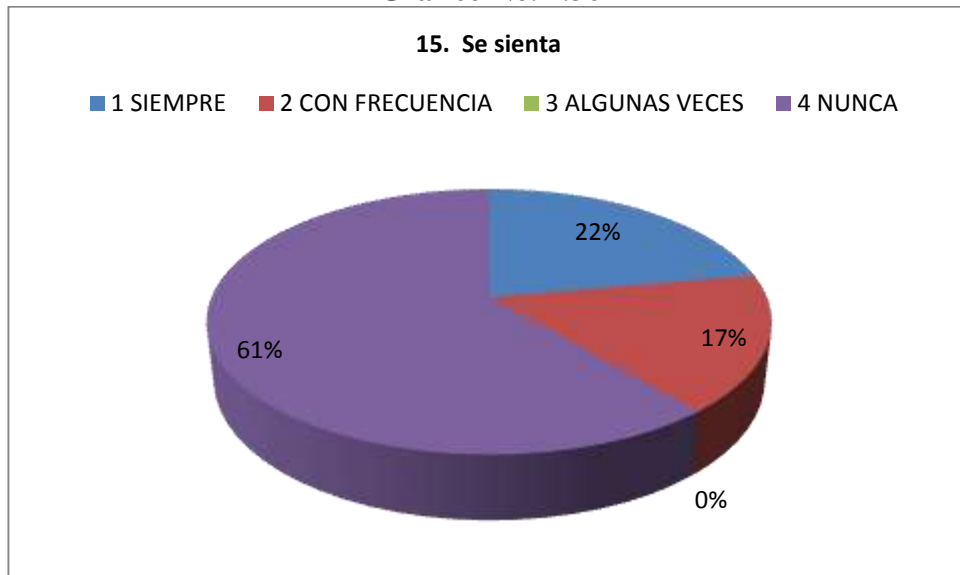
Pregunta 15: Se sienta.

**Cuadro No. 4.36**

Ítem	No	Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
<b>15</b>	1	Siempre	4	22 %
	2	Con frecuencia	3	17 %
	3	Algunas veces	0	0 %
	4	Nunca	11	61 %
Total			18	100 %

Fuente: La autora. (2013)

**Gráfico No. 4.36**



Fuente: La autora. (2013)

**Análisis:** Es evidente según el gráfico que más de la mitad de los niños con parálisis cerebral asociado a la baja visión nunca se sientan solos, lo que responde al objetivo específico de sistematizar los problemas locomotores de los niños, cabe decir que es necesario establecer una serie de estrategias y socializar la guía fisioterapéutica dirigida a padres para reforzar el ejercicio fisioterapéutico en el hogar.

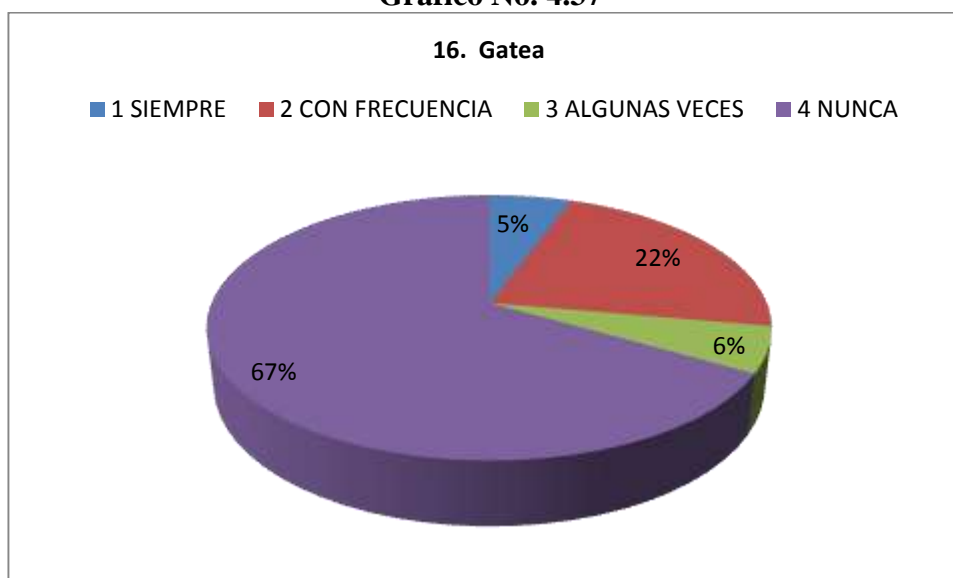
Pregunta 16: Gatea

**Cuadro No. 4.37**

Ítem	No	Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
<b>16</b>	1	Siempre	1	6 %
	2	Con frecuencia	4	22 %
	3	Algunas veces	1	6 %
	4	Nunca	12	67 %
Total			18	100 %

Fuente: La autora. (2013)

**Gráfico No. 4.37**



Fuente: La autora. (2013)

**Análisis:** El gráfico nos expone según el test locomotor más de la mitad de los niños con parálisis cerebral asociado a la baja visión nunca gatean, refiriéndose al objetivo específico de sistematizar los problemas locomotores de los niños, es importante recalcar la importancia de diseñar y socializar la guía fisioterapéutica dirigida a padres para reforzar el ejercicio fisioterapéutico en el hogar.



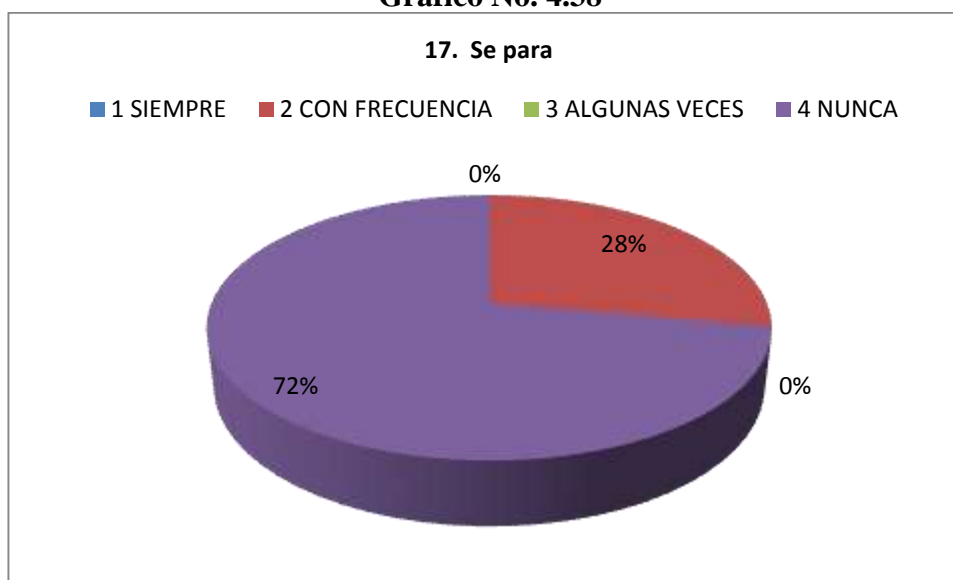
Pregunta 17: Se para.

**Cuadro No. 4.38**

Ítem	No	Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
<b>17</b>	1	Siempre	0	0 %
	2	Con frecuencia	5	28 %
	3	Algunas veces	0	0 %
	4	Nunca	13	72 %
Total			18	100 %

Fuente: La autora. (2013)

**Gráfico No. 4.38**



Fuente: La autora. (2013)

**Análisis:** Se nota en el gráfico que un gran porcentaje de niños con parálisis cerebral asociado a la baja visión nunca se paran solos, lo anterior responde al objetivo específico de sistematizar los problemas locomotores de los niños, en consecuencia es necesario socializar la guía fisioterapéutica dirigida a padres para reforzar el ejercicio fisioterapéutico en el hogar y mejorar su locomoción.

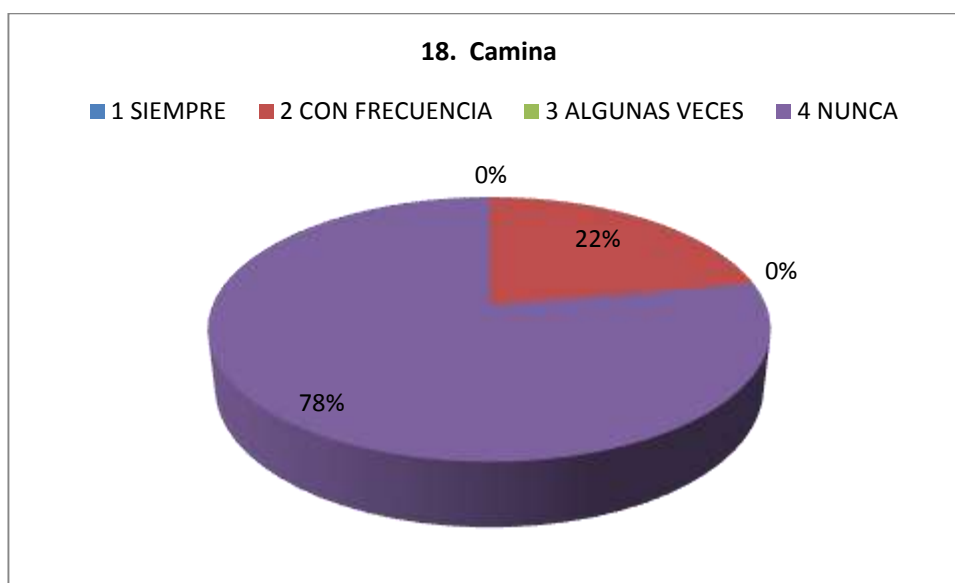
Pregunta 18: Camina.

**Cuadro No. 4.39**

Ítem	No	Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
<b>18</b>	1	Siempre	0	0%
	2	Con frecuencia	4	22 %
	3	Algunas veces	0	0 %
	4	Nunca	14	78 %
Total			18	100%

Fuente: La autora. (2013)

**Gráfico No. 4.39**



Fuente: La autora. (2013)

**Análisis:** De acuerdo a los resultados obtenidos por el test locomotor un gran porcentaje de los niños con parálisis cerebral asociado a la baja visión nunca caminan, determinando así el objetivo específico de sistematizar los problemas locomotores de los niños, por tal motivo es relevante diseñar y socializar la guía fisioterapéutica dirigida a padres para reforzar el ejercicio fisioterapéutico en el hogar.

Pregunta 19: Salta.

**Cuadro No. 4.40**

Ítem	No	Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
<b>19</b>	1	Siempre	0	0 %
	2	Con frecuencia	0	0 %
	3	Algunas veces	0	0 %
	4	Nunca	18	100%
Total			18	100 %

Fuente: La autora. (2013)

**Gráfico No. 4.40**



Fuente: La autora (2013)

**Análisis:** La información obtenida por el test locomotor en este ítems es que los niños con parálisis cerebral asociado a la baja visión en su totalidad nunca saltan, de manera que responde al objetivo específico de sistematizar los problemas locomotores de los niños, en efecto es importante diseñar y socializar la guía fisioterapéutica dirigida a padres para reforzar el ejercicio fisioterapéutico en el hogar.

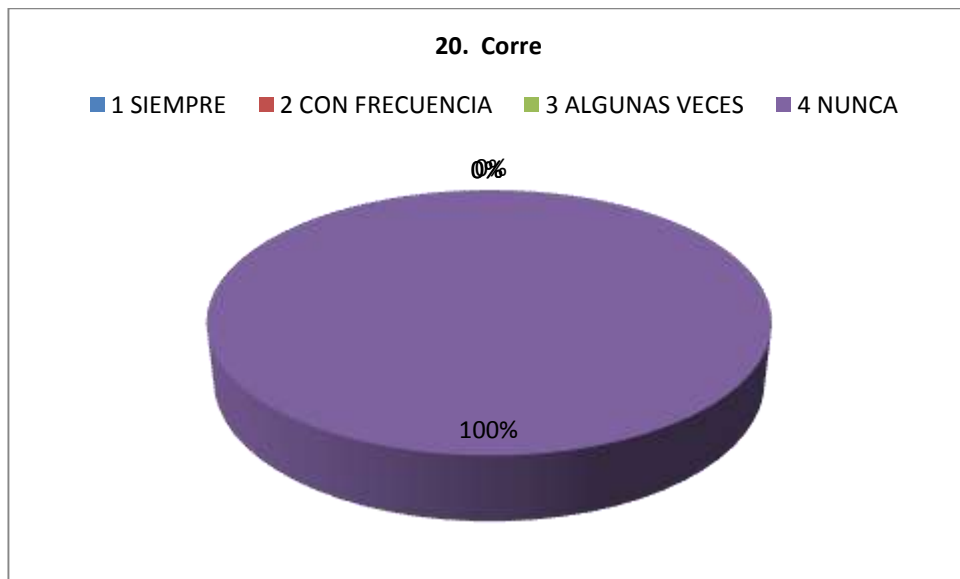
Pregunta 20: Corre.

**Cuadro No. 4.41**

Ítem	No	Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
<b>20</b>	1	Siempre	0	0 %
	2	Con frecuencia	0	0 %
	3	Algunas veces	0	0 %
	4	Nunca	18	100 %
Total			18	100 %

Fuente: La autora. (2013)

**Gráfico No. 4.41**



Fuente: La autora. (2013)

**Análisis:** Al observar el gráfico verificamos que todos los niños con parálisis cerebral asociado a la baja visión nunca corren, refiriéndose al objetivo específico de sistematizar los problemas locomotores de los niños, debido a esto es imperioso diseñar y socializar la guía fisioterapéutica dirigida a padres para reforzar el ejercicio fisioterapéutico en el hogar.

#### **4.6. ACEPTACIÓN DE LA HIPÓTESIS**

Después de finalizar y contrastar las tabulaciones realizadas en el presente trabajo investigativo a la vez sustentada en la estadística descriptiva que se presenta en los cuadros, gráficos y porcentajes indican que el planteamiento de la hipótesis “La aplicación de la guía fisioterapéutica en los hogares favorecerá el desarrollo locomotor de los niños con parálisis cerebral asociado a la baja visión”, es totalmente viable por ende de carácter valedero, los objetivos específicos van orientados correctamente permitiéndole a la autora detallar con exactitud los diferentes parámetros que contendrán la propuesta de carácter educativo.

El presente estudio reconoce que es importante considerar que los niños con parálisis cerebral asociado a la baja visión necesita el refuerzo de los padres de familia para integrarse al proceso educativo, todo esto con el apoyo brindado por parte de sus docentes que utilizarán una guía fisioterapéutica para fomentar el desarrollo locomotor de los niños de 0 - 8 años de edad con parálisis cerebral asociado a la baja visión.

Con lo relacionado a la propuesta los docentes y padres de familia han manifestado que están dispuestos a brindar el apoyo necesario para hacer posible la inserción en los procesos educativos de los niños con parálisis cerebral asociado a la baja visión promoviendo la inclusión en la comunidad educativa objeto del presente estudio.

## **CAPÍTULO V**

### **PROPUESTA**

#### **DISEÑO DE UNA GUÍA FISIOTERAPÉUTICA PARA FOMENTAR EL DESARROLLO LOCOMOTOR DE LOS NIÑOS DE 0 - 8 AÑOS DE EDAD CON PARÁLISIS CEREBRAL ASOCIADO A LA BAJA VISIÓN**

##### **5.1. INTRODUCCIÓN**

Está *GUIA FISIOTERAPÉUTICA PARA FAVORECER EL DESARROLLO LOCOMOTOR DE LOS NIÑOS CON PARÁLISIS CEREBRAL ASOCIADA A LA BAJA VISIÓN*, tiene como objeto demostrar que el desarrollo locomotor no solo va a depender de los profesionales a cargo sino también del compromiso total de los padres de familia al empoderarse de la realización de ejercicios fisioterapéuticos y estimulación sensorial en el hogar lo cual beneficiará a la locomoción y la visión. Con esta guía no se pretende que el padre de familia sea un fisioterapeuta más, simplemente el propósito es que el resultado de los ejercicios fisioterapéuticos sean aplicados en las rutinas diarias del niño.

Los niños de baja visión, a partir de cierta distancia, ven la realidad de manera distinta y, según su patología, tendrán una percepción visual diferente. Están inmersos en un mundo borroso, impreciso, donde es difícil ver la realidad externa llena de objetos, a veces misteriosos, que aparecen y desaparecen sin finalidad ni explicación causal.

Es por eso que se ha considerado imprescindible la realización y socialización de esta guía a los padre de familia de la escuela de educación especial Ayúdanos a Empezar de la ciudad de Babahoyo.

Se pretende lograr el desarrollo integral de los niños y niñas de cero a ocho años, potenciando al máximo sus capacidades y habilidades en todos los ámbitos de

aprendizaje. Para esto es fundamental realizar un trabajo coordinado entre todos los integrantes de la comunidad educativa, con el fin de facilitar el logro de estos objetivos. Los aportes de cada uno de ellos (familia, comunidad circundante, agentes educativos, entre otros) contribuirán al desarrollo de interacciones más ricas, y a un trabajo con un claro sello colaborativo.

## **5.2. ANTECEDENTES**

En años anteriores se ha ofrecido las charlas, capacitación a los padres de familia de la escuela especial Ayúdanos a Empezar de la ciudad de Babahoyo el tópic era cómo colaborar en casa con el desarrollo integral de los niños con parálisis cerebral asociado a la baja visión, cosa que los resultados fueron poco o nada satisfactorios a lo esperado. Las dificultades encontradas en aquel momento fueron el escaso interés por los padres pues aducían que se olvidaban de lo expuesto proporcionando conocimientos de cambio a lo que precede la propuesta.

## **5.3. OBJETIVOS DE LA PROPUESTA**

### **OBJETIVO GENERAL**

- Implementar una guía fisioterapéutica para padres de familia de niños con parálisis cerebral asociada a la baja visón de la escuela especial “Ayúdanos a Empezar” de la ciudad de Babahoyo.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Brindar al padre de familia la información necesaria para comprender y aplicar los ejercicios en el hogar.
- Implantar en los padres de familia hábitos de seguimiento de las actividades motoras y sensoriales de sus hijos.
- Propiciar un ambiente de seguridad entre el niño y el padre.

#### 5.4. METODOLOGÍA

La responsable en elaborar la propuesta es la Lic. Ana Mora Mora, siendo ejecutada en la provincia de Los Ríos, cantón Babahoyo, parroquia Camilo Ponce en la escuela de Educación Especial “Ayúdanos a Empezar”.

Una vez realizado el análisis de las encuestas y test locomotor con sus respectivos resultados se respalda la necesidad de plasmar una guía fisioterapéutica dirigida a los padres de familia de los niños con parálisis cerebral asociado a la baja visión.

Se formó la guía en lecto-escritura de los ejercicios que se deben hacer a los niños para luego exponerla y aplicarla con los padres por medio de un taller para empoderarlos del trabajo colaborativo en el hogar.

Se realizará seguimiento y evaluación de los resultados obtenidos de la propuesta.

#### 5.5. FACTIBILIDAD

Esta propuesta se considera factible por ser un tema que en la actualidad tiene que ser desarrollada porque así lo demanda la constitución y la ley de educación, por tal razón las autoridades del plantel brindan todo el apoyo para que los maestros y padres de familia se fortalezcan y se logra una igualdad de oportunidades de ingresar a la institución. Es una propuesta factible debido a que se constituye un punto de partida en el cambio pedagógico.

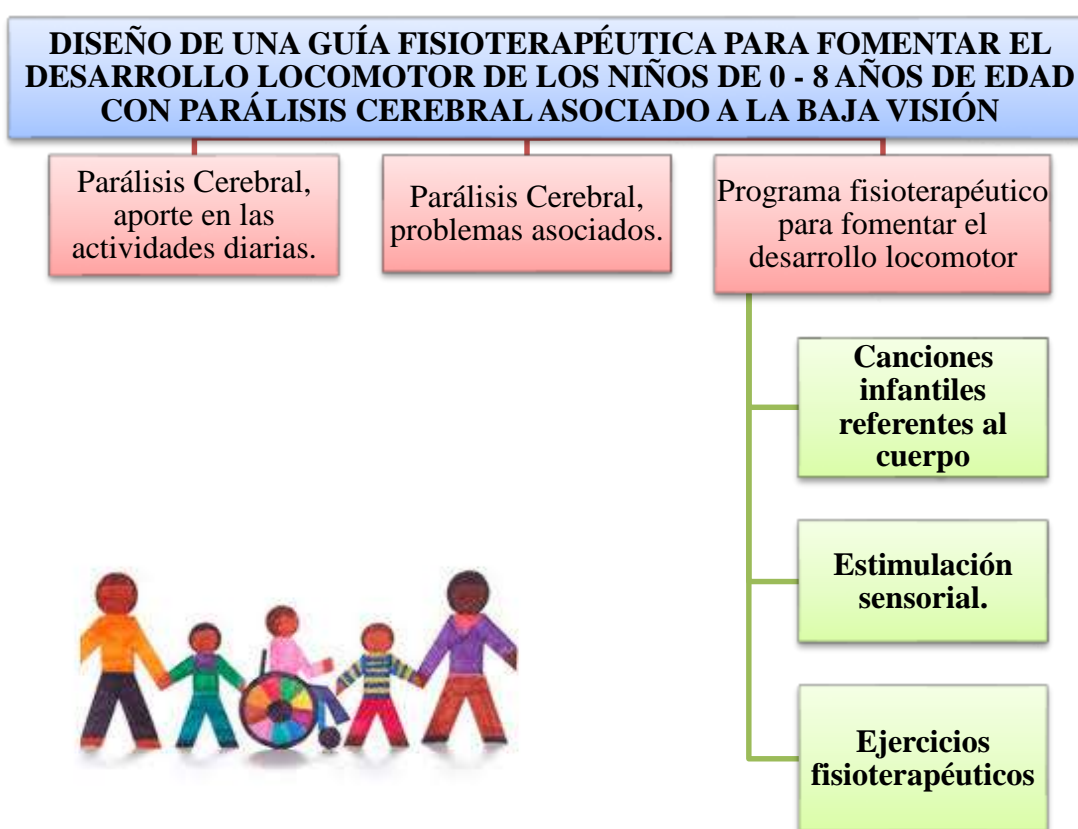
- **Financiera:** Los gastos en general que demandó la realización del presente estudio fueron solventados por la autora del mismo.
- **Técnica:** La factibilidad de la presente propuesta tiene una valoración técnica aprobada por el maestro asesor quien conoce la realidad del trabajo investigativo.
- **Recursos Humanos:** Los recursos humanos que intervinieron en el presente estudio son: Director del plantel, docentes de la institución, padres de familia, niños con parálisis cerebral asociado a la baja visión, fisioterapeutas y demás miembros de la comunidad educativa.



## 5.6. DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA

La propuesta a continuación se establece en tres etapas: La primera etapa son conocimientos sobre la parálisis cerebral y su contexto familiar y la segunda nociones de la discapacidad visual. Y por último la unión de las dos etapas que abarca una serie de estrategias de fisioterapia para fomentar el desarrollo locomotor.

Gráfico 5.1. Estructura de la Propuesta



Autora: Lcda. Ana Lucía Mora Mora.

## 5.7.CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

**Cuadro 5.1. Ejecución de la Propuesta**

Nº	ACTIVIDADES	Duración (meses) 2013/2014							
		10	11	12	01	02	03	04	05
1	Exposición de la propuesta								
2	Seguimiento y motivación de los padres.								
3	Evaluación de los resultados.								
5	Elaborar o redactar el informe final								

Autora: Lcda. Ana Lucía Mora Mora.

## 5.8.BENEFICIARIOS DE LA PROPUESTA

- **Beneficiarios directos:**
  - Niños con parálisis cerebral asociado a la baja visión de la escuela Ayúdanos a Empezar.
- **Beneficiarios Indirectos:**
  - Los docentes, Padres de Familia.

## 5.9.DESARROLLO DE LA PROPUESTA



**GUÍA FISIOTERAPÉUTICA PARA FOMENTAR EL DESARROLLO  
LOCOMOTOR DE LOS NIÑOS DE 0 - 8 AÑOS DE EDAD CON PARÁLISIS  
CEREBRAL ASOCIADA A LA BAJA VISIÓN**

**Ejercitándonos con colores**



Lic. Ana Lucía Mora Mora

## **DEDICATORIA**

Con mucho cariño a través de esta guía a los padres de los niños  
con parálisis cerebral asociada a la baja visión.

## CONTENIDO

3

<b>INTRODUCCIÓN:</b> .....	4
Objetivos de la Guía.....	5
Estructuración de la guía.....	5

### PRIMERA PARTE

#### **PARÁLISIS CEREBRAL.**

➤ Causas de la parálisis cerebral.....	6
➤ Niveles de parálisis cerebral por la gravedad de afectación.....	7
➤ Problemas visuales de baja visión asociados a la parálisis cerebral.....	7
- Nistagmos.....	8
- Estrabismo.....	8
- Miopía.....	8
- Ambliopía.....	9
➤ Intervenciones.....	9
- Intervención familiar.....	9
- Intervención profesional.....	10
- Estimulación temprana.....	10
- Estimulación visual.....	10

### SEGUNDA PARTE

#### **PROGRAMA TALLER DE EJERCICIOS FÍSICOS PARA NIÑOS CON PARÁLISIS CEREBRAL, BUSCANDO CONSOLIDAR CON EL APOYO DE LOS PADRES LOS RESULTADOS FISIOTERAPÉUTICOS.**

➤ Canciones del cuerpo.....	11
➤ Estimulación sensorial.....	13
➤ Ejercicios fisioterapéuticos.....	18
➤ Fichas de Evaluación.....	33
➤ Recomendaciones.....	36
➤ Bibliografía.....	37

**“La medicina se ha definido como la respuesta de la sociedad a la enfermedad y la rehabilitación como la respuesta de la medicina a la discapacidad”  
SÁNCHEZ “Manual de SERMEF”**

El profesional en fisioterapia tiene muy buenas razones por las que cree necesario que el padre, madre de familia y/o cuidadores refuercen el tratamiento fisioterapéutico en casa ya que estas actividades físicas requieren de constancia, práctica.

En primer lugar sabemos que los niños están más tiempo en casa que en las escuelas especiales recibiendo terapias, entonces debemos aprovechar que el trabajo continúe en sus domicilios. Por otra parte el traslado se les dificulta hasta los centros de atención, pues la mayoría requiere de ayudas técnicas (sillas de rueda posturales, andadores), así mismo se dificulta abordarlos porque ciertos trasportistas son indiferentes no hay solidaridad ni compromiso con estas personas que se encuentran en situación vulnerable, pues aducen que requieren de tiempo extra y fuerza física.

Otro punto es que en algunos casos no tienen padres, están al cuidado de los abuelos y el cargarlos se les dificulta por su avanzada edad o familiares y hermanos demasiados jóvenes, por lo tanto esta guía tiene como finalidad ayudar a los padres y/o cuidadores a realizar los ejercicios en casa de tal manera que se sientan más cómodos en su propio domicilio y mayor contacto físico con sus padres fortaleciendo las relaciones afectivas con su familia.

Cabe destacar que habrá situaciones excepcionales que requerirán de indicaciones específicas propias de casos severos.

Además permitirá a los padres de familia motivarse para realizar los ejercicios en forma diaria que darán mejor respuesta a su desarrollo motor.

- Sensibilizar al padre de familia para que sea el principal ejecutor de los ejercicios fisioterapéuticos de su hijo.
- Lograr compromisos de apoyo al tratamiento fisioterapéutico de su hijo desde su mismo hogar.
- Evaluar los avances, retrocesos y desafíos que se puede presentar en la aplicación de los ejercicios físicos que propone la guía.

**Estructura de la guía.**

Para que este documento tenga una facilidad de comprensión se lo ha estructurado de la siguiente manera:

En la **primera parte** se habla de la definición de la Parálisis cerebral, causa, niveles de afectación, problemas visuales asociados e intervenciones necesarias en los niños con parálisis cerebral y el apoyo que los padres puedan brindar en este proceso evolutivo motor. Es habitual que en familias de niños con parálisis cerebral no valoren la importancia de una intervención temprana y acuden a las escuelas especiales tardíamente en unos casos y en otros no asisten. Precisamente este programa ofrece descifrar dudas en cuanto a las condiciones de su hijo, para prevenir y reflexionar sobre el compromiso de responsabilidad como padre. Destaca que el niño con parálisis cerebral se desarrolla integralmente, es decir en las esferas principales como son la motora, intelectual y social. Sin embargo a este trastorno generalmente se asocian otras dificultades como las visuales, auditivos, cognitivos, emocionales, percepción espacial y de lenguaje, de tal manera que se pretende por medio de esta guía una atención preventiva de tal manera que la intervención fisioterapéutica de resultados efectivos en el proceso del tratamiento.

**La Segunda parte**, representa todo un programa de ejercicios que el padre pueda aplicar como un refuerzo práctico a sus hijos con parálisis cerebral en sus propios

domicilios, esta ayuda comprende actividades físicas para lograr conocimiento y dominio de su cuerpo en relación a su entorno. Es importante también ayudar al posicionamiento de su cuerpo, lograr equilibrio, funcionalidad en posturas y respiración cardiovascular.

## PRIMERA PARTE

### PARÁLISIS CEREBRAL

La parálisis cerebral es un trastorno no progresivo del cerebro que puede ocurrir desde la etapa embrionaria hasta los cinco años de edad que origina limitación postural y por ende del movimiento.

#### Causas de la parálisis cerebral.

No existe un factor único para determinar la causa de la parálisis cerebral son muchos pues van a depender de la condición individual desde el embarazo.

Sus causas pueden ser:

**Cuadro 5.2: Causa de la Parálisis Cerebral.**

FACTOR	CAUSA
<b>Familiar</b>	Predisposición genética.
<b>Prenatales</b>	Factores maternos.- sustancias tóxicas, disfunción tiroidea, infección intrauterina, traumatismo, enfermedades infecciosas, enfermedades autoinmunes, alteraciones de la coagulación, hipertensión arterial, factor Rh.  Alteraciones de la placenta.- Infecciones, trombosis en el lado materno y fetal, cambios vasculares.  Factores fetales.- Malformaciones, retraso del desarrollo intrauterino, gestación múltiple, intoxicación por rayos X.
<b>Perinatales</b>	Prematuridad, hemorragia intracraneal, cirugía cardíaca, traumatismo, hiperbilirrubinemia, hipoglucemia, fiebre materna en el parto.
<b>Posnatales</b>	Estatus convulsivo, intoxicación, parada cardiorespiratoria, infecciones (meningitis, encefalitis), traumatismo, deshidratación.

Fuente: La autora 2014.



### Los niveles de parálisis cerebral por la gravedad de afectación.

Son evidentes los niveles de afectación pues son los que nos indican la funcionalidad del niño, siendo la siguiente:

**Cuadro 5.3: Niveles de afectación.**

<b>NIVEL</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>
<b>Leve</b>	Cambios sensoriomotrices que entorpecen las actividades motrices funcionales más avanzadas como: saltar correr, escribir, etc.
<b>Moderado</b>	Restricción funcional en la sedestación, lenguaje, manipulación, cambios de postura, y marcha necesitando adecuaciones para desenvolverse en sus actividades.
<b>Profundo</b>	Reducción de la capacidad motriz básica por lo que depende de otra persona para su movilidad. Se evidencia más los problemas cognitivos, visuales, de lenguaje y otros.

Fuente: La autora 2014.

### Problemas visuales de baja visión asociados a la parálisis cerebral.

La baja visión es el nivel de visión que con corrección común impide a la persona la planificación o ejecución visual de una tarea pero que le permite mejorar el funcionamiento mediante el uso de ayudas ópticas o no ópticas y adaptaciones del medio ambiente o técnicas. (Anne Corn).

Los trastornos visuales que pueden presentar los niños con parálisis cerebral son: estrabismo, miopía, nistagmos, problemas de convergencia (al fijar), problemas en el procesamiento de la información visual.

Los niños que tienen multidiscapacidad y problemas visuales asociados presentan desventajas para desarrollar habilidades perceptivas mediante el uso de la vista como:

- Perder el interés de una actividad por la falta de atención lo que entorpece la recepción de información adicional.
- Movimientos limitados en el cuerpo inhibe la destreza de enfocar.

- El no girar o moverse ocasiona inconveniente para integrar visualmente la experiencia.

- La falta de contacto con el medio imposibilita establecer un vocabulario comprensivo es decir categorizar lo que ve.

Generalmente los niños con parálisis cerebral presentan frecuentemente estas dificultades visuales:

- **Nistagmos.**- El nistagmo es un movimiento involuntario, rápido y repetitivo de los ojos, por lo general el movimiento es de lado a lado (nistagmo horizontal) pero también puede ser hacia arriba y hacia abajo (nistagmo vertical) o circular (nistagmo rotatorio). El movimiento puede variar entre lento y rápido, y por lo general afecta a ambos ojos. Las personas con nistagmo pueden no ser conscientes de los movimientos de sus ojos, ya que lo que ven generalmente no les parece inestable. Las personas con nistagmo pueden inclinar o girar la cabeza para poder ver con mayor claridad esto les ayuda a enlentecer los movimientos oculares.

- **Estrabismo.**- Es un trastorno en el cual los dos ojos no se alinean en la misma dirección y por lo tanto, no miran al mismo objeto al mismo tiempo lo que provoca una pérdida de la agudeza visual respecto al otro ojo, por ende ocasiona posiciones anormales de la cabeza, desviaciones, inclinación, tortícolis, errores en el cálculo de distancias y en la percepción de relieves.

Se distinguen dos tipos de estrabismo:

Horizontal, bien hacia dentro o hacia fuera; y

Vertical, un ojo desplazado hacia arriba y otro hacia abajo.

Sin embargo, existen casos de estrabismo en los que se dan diversas combinaciones. Cuando los dos ojos miran hacia dentro se llama estrabismo convergente o visión doble, el cerebro produce una sola imagen fundida y como cada ojo tiene un punto de vista ligeramente diferente, la imagen es tridimensional. Si los ojos no se alinean correctamente el cerebro puede recibir imágenes de cada uno, que son demasiado diferentes para ser fusionadas. También hay estrabismo monocular.

- **Miopía.**- La miopía se presenta cuando la luz que entra al ojo se enfoca de manera incorrecta, haciendo que los objetos distantes aparezcan borrosos.

La miopía es un tipo de error de refracción del ojo lo que provoca déficit de agudeza visual y puede conducir también a dolores de cabeza.

- **Ambliopía.**- Es la pérdida de la capacidad de un ojo para ver los detalles y es la causa más común de problemas de visión en los niños. Ocasionalmente es llamada "ojo perezoso". Cuando un ojo desarrolla buena visión, mientras que el otro no, el ojo con menor visión es llamado ambliópico. Por lo general, sólo un ojo se ve afectado por la ambliopía, pero es posible que los dos ojos sean "perezosos". Esta condición se llama ambliopía bilateral.

### **Intervenciones.**

Para mejorar la calidad de vida de los niños con parálisis cerebral es de suma importancia aplicar la intervención de diferentes profesionales y métodos aunando esfuerzos en el trabajo colaborativo.

- **Intervención familiar**

El rol de la familia en el tratamiento es fundamental para la recuperación puesto que es en el hogar donde se necesita el mayor soporte físico, emocional, comunicacional con familiares y amigos.

Por otro lado la sobreprotección, falta de tiempo, tareas del hogar, falta de conocimiento en las actividades de intervención, limita los logros significativos en los niños.

La parte del tiempo cuando los niños no se encuentran en las terapias de las instituciones ¿qué pasa con ellos?, es allí donde juega un rol fundamental la familia, puesto que el seno familiar es el lugar ideal para mantener y recuperar las funciones físicas, psíquicas y sociales que le corresponden como ser humano.

El estado de ánimo del niño va a evidenciar el ambiente familiar el cual puede ser alegre, triste, pensativos, evasivos, felices e incluso puede mostrarse también a través de su imagen corporal, nutrición, hábitos de higiene.

Es importante que todos los miembros de la familia hablen, expliquen una y otra vez, las situaciones y cosas a los niños dado que ellos no tiene la misma

oportunidad de exploración para conocer el medio, hay que hacerlo con paciencia y tolerancia además de comprensión amor y ternura.

- **Intervención profesional.**- La intervención de los niños con parálisis cerebral debe realizar lo más pronto posible siendo necesario el apoyo del equipo transdisciplinario debido a las diferentes áreas que están comprometidas neurológicamente dividiéndose en dos grupos.

El equipo terapéutico.- Terapia de lenguaje, terapia física, terapia ocupacional, música terapia, psicológico, educador especial, trabajador social.

El equipo especialista medico.- neurólogo, fisiatra, ortopedista, pediatra, odontólogo, oftalmólogo, otorrinolaringólogo, genetista.

- **Estimulación Temprana.**- Es la actividad sensorial (táctil, auditiva, visual), motriz, cognitiva que se ofrece al bebé o niño para favorecer, desarrollar a tiempo sus potencialidades y a la vez propiciar el control emocional mediante la seguridad, confianza y disfrute.

La estimulación temprana es un requerimiento del progreso humano ajustable en cualquier niño, como una situación necesaria para responder a su desarrollo óptimo. En los niños que presentan discapacidad o retraso en su desarrollo cobra mayor importancia, por el impacto en la prevención o disminución de las conductas discapacitantes.

- **Estimulación visual.**- El fin de la estimulación visual es hacer que el niño utilice la visión que posee para provocar así su eficiencia visual y que en efecto la aplique en diferentes formas.

Cuanto más vea y utilice la visión el niño tendrá mayor capacidad de aprendizaje y percepción de su entorno. En tanto que Barraga (1970) señala según su enfoque desarrollista “que el resto de visión puede mejorar con la práctica: cuanto más se mire, sobre todo de cerca, más se estimulará el cerebro.

**SEGUNDA PARTE**

**PROGRAMA TALLER DE EJERCICIOS FÍSICOS PARA NIÑOS CON PARALISIS CEREBRAL, BUSCANDO CONSOLIDAR CON EL APOYO DE LOS PADRES LOS RESULTADOS FISIOTERAPÉUTICOS.**

➤ Estimulación motriz

Ejercicios físicos para que el niño adquiriera destrezas motoras, intelectuales y afectivas que son pilares fundamentales en el proceso de un desarrollo motriz gradual conjuntamente con la estimulación visual por contraste de colores.

El contacto físico con sus padres y/o cuidadores va a crear ambientes afectivos lo que hará sentir seguridad y disfrute en el intercambio de juegos.

**CANCIONES INFANTILES**

<b>MI CARITA REDONDITA</b>
Mi carita redondita tiene ojos y nariz, Y también una boquita para hablar y reír Con mis ojos veo todo, con mi nariz hago ¡achís! Con mi boca como, como palomitas de maíz.

<b>SACO UNA MANITO</b>
Saco una manito la hago bailar, La cierro la abro y la vuelvo a entrar. Saco otra manito la hago bailar, La cierro la abro y la vuelvo a guardar Saco las dos manitos las hago bailar, Las cierro las abro y las vuelvo a guardar.

**CABEZA, HOMBRO, RODILLA Y PIE**

Cabeza, hombro, rodilla y pie,

Cabeza, hombro, rodilla y pie,

Ojos, orejas, boca y nariz,

Cabeza, hombro, rodilla y pie.

Cabeza, hombro, rodilla y pie

Cabeza, hombro, rodilla y pie

Ojos, orejas, boca y nariz

Cabeza, hombro, rodilla y pie.

## ESTIMULACIÓN SENSORIAL

### TÁCTIL

Colocar al niño en un recipiente con cierta cantidad cualquier grano seco, sea este lenteja, frejol, arroz, soya, etc. Hacerle sentar, coger, pisar, acostar sobre el producto.



Deslizar sobre el cuerpo del niño un cepillo de cerdas suaves, o esponja y cantarle todo el tiempo.



Pasar sobre el cuerpo del niño plumas de ave, en los pies, tronco, costados, cuello, experimentando así nuevas sensaciones.



## AUDITIVA

Hablar y describir al niño todo lo que se encuentre en su alrededor.



Colocar canciones infantiles donde se hable con claridad.



Emitir sonido con objetos de la casa, tirándolo al piso desde diferentes lugares como vaso, olla, tarro de leche, frasco de yogur, explicando y describiendo el sonido y el objeto o simplemente golpeándolo con otro objeto para realizar discriminación.





VISUAL

Mostrar objetos, imágenes de contrastes blanco-negro con cualquier diseño, tamaño manteniendo rastreo visual de derecha a izquierda.



Mostrar objetos de contrastes rojo-negro-blanco para mantener seguimiento visual de arriba-abajo.



Mostrar objetos de contraste amarillo-negro para mantener fijación visual en los movimientos oscilatorios.



**OLFATIVA**

Colocar en un frasco un pedazo de tela con perfume de un integrante de la familia para hacer olfatear y explicar al niño de quien es el olor.



Mostrar la fruta, dejar percibir su aroma, hablar de ella y comerla.



Poner en bolsitas de tela diferentes especias por separado como canela, clavo de olor, orégano, anís, hacerle oler y explicar que eso se pone en las coladas que se toma.



GUSTATIVA

Saborear alimentos suaves de distintos sabores para discriminar.



Degustar alimentos helado, frio, caliente para discriminar.



Comer alimentos duros de distintos sabores para discriminar.



## EJERCICIOS FISIOTERAPÉUTICOS

### ➤ Alineación postural

Ejercicios que ayuden a modificar la posición del cuerpo de los niños con parálisis cerebral de tal manera que estimulen su percepción corporal muy importante en el logro del equilibrio, y una correcta organización del cuerpo en movimiento.

### EJERCICIO 1

Título: Juego con mi mano.

Objetivo: Extender y flexionar de dedos para agarre.

Desarrollo: Sentado entre las piernas de frente al material estimulador para luego rosarlo en las manos y dedos el niño para que los abra.

Recomendaciones: Es necesario hablarle y demostrarle afecto durante todo el tiempo que se trabaje con el niño, este ejercicio lo realizará por lo menos cinco veces o interrumpirlo cuando el niño manifieste cansancio.

Materiales: papel oropel hecho flequillos color rojo, amarillo.

Tiempo: 5 minutos.



## EJERCICIO 2

Título: Mirándote mami

Objetivo: Elevar y controlar cabeza.

Desarrollo: Acostarlo boca abajo sobre su cama, en caso de que sea demasiado blanda, colocarlo sobre la mesa o piso protegiéndolo contra golpes con una colcha, petate, etc. Colocar debajo de las axilas del niño, el brazo, almohada, toalla o muslo, luego agitar un sonajero muy sonoro blanco y negro desde el centro de sus ojos hacia arriba más o menos a unos 30 cm de su cabeza. El niño tratará de elevar su cartita de la superficie.

Recomendaciones: Es necesario hablarle y demostrarle afecto durante todo el tiempo que se trabaje con el niño, este ejercicio lo realizará por lo menos tres veces o interrumpirlo cuando el niño manifieste cansancio.

Materiales: Música tranquilizante, superficie semidura, sonajero o juguete sonoro en blanco-negro, rojo.

Tiempo: 5 minutos.



### EJERCICIO 3

Título: Alcanzando mi juguete.

Objetivo: Extender y flexionar brazos y tronco.

Desarrollo: Colocar al niño sentado recostado de espalda al cuerpo de la madre, se coloca el balón blanco y negro frente al niño en la colchoneta ayudándole en el movimiento para tratar de coger el balón a la vez que flexiona el tronco.

Recomendaciones: Es imprescindible incitarle al movimiento siempre, más no con enojo. Se le puede colocar sonido al balón.

Materiales: Música tranquilizante, superficie semidura, sonajero o juguete sonoro en blanco y negro, almohada.

Tiempo: 5 minutos.



**EJERCICIO 4**

Título: Mi manito linda.

Objetivo: Abrir la mano.

Desarrollo: Sentar al niño recostado a la persona se le ayuda a abrir la mano, luego se le desliza su manita por las diferentes superficies lisa, rugosa, acolchonada, suave, áspera y explicarle el nombre de lo que está sintiendo.

Recomendaciones: Es necesario hablarle y demostrarle afecto durante todo el tiempo que se trabaje con el niño, este ejercicio lo realizará por lo menos tres veces o interrumpirlo cuando el niño manifieste cansancio.

Materiales: tela jean, tela encaje, lija fina, fomix, cartulina marfil.

Tiempo: 5 minutos.





### EJERCICIO 5

Título: Mi pelota voladora.

Objetivo: Lanzar objetos.

Desarrollo: Colocar en las muñecas del niño un elástico con cascabeles, sentarlo entre las piernas para enseñarle una pelota de color amarillo que al lanzarla enciende luces el niño debe focalizar la pelota ayudarle a cogerla y lanzarla con ayuda, observando su destello.

Recomendaciones: realizarlo en un lugar que no tenga mucha claridad.

Materiales: pelota de luces, cascabeles.

Tiempo: 5 minutos.





### EJERCICIO 6

Título: Jugando con las canicas.

Objetivo: Flexionar y extender piernas.

Desarrollo: Se sienta al niño de espalda al cuerpo de la madre, los brazos se colocan lo más anatómico posible, ubicando sobre los pies una botella de canicas de colores fuerte, si él no puede hacer el movimiento del pie se le ayudara.

Recomendaciones: sacarle las medias antes del ejercicio, no sobre cargar el ambiente de ruido.

Materiales: una botella plástica ¾ llena de canicas combinando dos colores, amarillo-negro, amarillo-azul, amarillo-rojo.

Tiempo: 5 minutos.



## EJERCICIO 7

Título: Mirando mi almohada.

Objetivo: Cruzar la línea media.

Desarrollo: Sentar al niño frente al material estimulador, colocarle una pulsera con cascabel en la muñeca izquierda para con la mano tocar la almohada que está al extremo derecho.

Recomendaciones: hacerle fijar la mirada en la almohada, repetir con la mano derecha, colocando la almohada del lado izquierdo.

Materiales: almohada con diseños en blanco y negro, (cuadrado, círculo, espiral).

Tiempo: 5 minutos.



### EJERCICIO 8

Título: Moviéndome con cosquillas.

Objetivo: Elevar cadera.

Desarrollo: Acostar al niño sobre algo firme, colocar debajo de los glúteos una funda resistente con cascabeles, hacerle pequeños movimientos circulares y cosquilleo en las caderas para elevar la cadera.

Recomendaciones: sacarle el pañal al niño, para que pueda experimentar la sensación de los cascabeles rodar. Si es poca la elevación, ayudar con la mano.

Materiales: funda, cascabeles.

Tiempo: 5 minutos.



## EJERCICIO 9

Título: Rueda, rueda sin cesar.

Objetivo: Voltear o rolar.

Desarrollo: Colocar el niño boca arriba sobre una superficie oscura para hacer contraste con el juguete estimulador, ayudarle a realizar el movimiento de voltearse.

Recomendaciones: Si hace contraste con una sábana tiene que asegurarla para que no se mueva. Que role primero a la derecha y luego a la izquierda.

Materiales: sonajero rojo-amarillo

Tiempo: 5 minutos.



## EJERCICIO 10

Título: Gusanito lindo.

Objetivo: Arrastrar.

Desarrollo: El niño en posición boca abajo se le incitara a que trate de alcanzar el juguete color rojo, en este caso también pelota con luces, posicionado en la franja negra el mismo.

Recomendaciones: asegurar la sabana para que no se mueva sobre la superficie semidura.

Materiales: sabana de franjas grandes color blanco y negro, juguete estimulador.

Tiempo: 5 minutos.



## EJERCICIO 11

Título: Tambaleándome.

Objetivo: Controlar tronco.

Desarrollo: Colocar al niño en cuclillas de frente a la almohada de color blanco y negro sosteniéndolo de las rodilla, balanceándolo de derecha a izquierda y de adelante hacia atrás.

Recomendaciones:

Materiales: Almohada blanca con diseño circular en negro.

Tiempo: 5 minutos.



## EJERCICIO 12

Título: Lluvia de colores

Objetivo: Mantener la postura sentado.

Desarrollo: Sentarlo al niño sin dejar que se recueste al cuerpo de la madre poner entre las manos una botella plástica transparente con agua y papel oropel picado en trozos pequeños, debidamente sellada la tapa para evitar que se derrame el líquido y agitarla para que se mueva el papel oropel.

Recomendaciones: tratar de que el niño no se recueste al cuerpo de la madre.

Materiales: botella con agua y recortes de papel oropel color rojo y amarillo.

Tiempo: 5 minutos.





### EJERCICIO 13

Título: Para arriba.

Objetivo: Pararse.

Desarrollo: Situar al niño en cuclillas entre las piernas del adulto sosteniéndole las rodilla, llamar la atención con juguete estimulador rojo haciéndole sonar hacia arriba para que se pare el niño.

Recomendaciones: el objeto debe estar a nivel de los ojos.

Materiales: en este caso campanas color rojo.

Tiempo: 5 minutos.





## EJERCICIO 14

Título: Solito puedo.

Objetivo: Caminar.

Desarrollo: Detrás de la mesa, silla, balón, colocar al niño parado, estimularlo para que camine sosteniéndose del objeto.

Recomendaciones: dar confianza al hablarle y proseguir juntos en la marcha.

Si necesita más seguridad puede colocarse peso en la silla.

Materiales: cualquier objeto puede ser balón, mesa, silla de color rojo, amarillo.

Tiempo: 10 minutos.



## EJERCICIO 15

Título: Saltando aprendo.

Objetivo: Saltar.

Desarrollo: colocar en el piso un objeto de color amarillo y negro para que salte sobre él.

Recomendaciones: el objeto tiene que ser largo con franjas amarillas y negras, si es posible mover de un lado a otro el objeto.

Materiales: en este caso un culebra de juguete, puede utilizarse un palo de escoba pintándolo con los colores indicados, sogas gruesas.

Tiempo: 5 minutos.



## FICHA DE SEGUIMIENTO DE EJERCICIOS FISIOTERAPÉUTICOS

INDICACIONES	1 SEMANA							2 SEMANA							3 SEMANA							4 SEMANA							OBSERVACIONES
	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	
Estimulación Táctil																													
Estimulación Auditiva																													
Estimulación Visual																													
Estimulación Olfativa																													
Estimulación Gustativa																													
Juego con mi mano																													
Mirándote mami																													
Alcanzando mi juguete																													
Mi manita Linda																													
Mi pelota voladora																													
Jugando con las canicas																													
Mirando mi almohada																													
Moviéndome con cosquillas																													
Rueda, rueda sin cesar																													
Gusanito lindo																													
Tambaleándome																													
Lluvia de colores																													
Para arriba																													
Solito puedo																													
Saltando aprendo																													

**FICHA DE EVALUACIÓN FISIOTERAPÉUTICA.**

IZQUIERDA				MOTRICIDAD	DERECHA				OBSERVACIONES
E	C	D	T		E	C	D	T	
				Eleva cabeza					
				Controla cabeza					
				Abre manos					
				Coge objetos					
				Extiende brazo					
				Flexiona brazo					
				Lanza objetos					
				Extiende piernas					
				Flexiona piernas					
				Cruza la línea media					
				Eleva cadera					
				Se voltea					
				Se arrastra					
				Controla tronco					
				Se sienta					
				Gatea					
				Se para					
				Camina					
				Salta					
				Corre					

## ESCALAS DE VALORACIÓN

<p><b>ESCALA DE ESPASTICIDAD</b></p> <p><b>0:</b> Tono muscular normal.</p> <p><b>1: Hipertonía leve.</b> Aumento en el tono muscular con “detención” en el movimiento pasivo de la extremidad, mínima resistencia en menos de la mitad de su arco de movimiento.</p> <p><b>2: Hipertonía moderada.</b> Aumento del tono muscular durante la mayor parte del arco de movimiento, pero puede moverse pasivamente con facilidad la parte afectada.</p> <p><b>3: Hipertonía intensa.</b> Aumento prominente del tono muscular, con dificultad para efectuar los movimientos pasivos.</p> <p><b>4: Hipertonía extrema.</b> La parte afectada permanece rígida, tanto para la flexión como para la extensión.</p>	<p><b>CONTAR LAS PULSACIONES DE CLONÍA.</b></p> <p><b>0:</b> Ausente</p> <p><b>1:</b> No sostenido (unos pocos pulsos)</p> <p><b>2:</b> Sostenido (pulsos continuos)</p> <p><b>3:</b> Espontáneo o provocado por un toque ligero; sostenido.</p>
<p><b>ESCALA DE EVALUACIÓN DE DANIELS</b></p> <p><b>5:</b> Normal. Movimiento completo contra la gravedad, con resistencia plena.</p> <p><b>4:</b> Bueno. Movimiento completo contra la gravedad, con ligera resistencia.</p> <p><b>3:</b> Regular. Movimiento completo contra la gravedad.</p> <p><b>2:</b> Deficiente. Movimiento completo con la gravedad eliminada.</p> <p><b>1:</b> Ínfimo. Ligera evidencia de contractibilidad.</p> <p><b>0:</b> Cero. No hay evidencia de contractibilidad.</p>	<p><b>ESCALA DE EVALUACIÓN GLOBAL TRAS EL TRATAMIENTO.</b></p> <p><b>-2:</b> empeoramiento marcado del tono y de la función.</p> <p><b>-1:</b> empeoramiento</p> <p><b>0:</b> Sin cambios</p> <p><b>1:</b> Leve mejoría</p> <p><b>2:</b> mejoría moderada, sin cambio funcional.</p> <p><b>3:</b> mejoría moderada del tono, con mejoría también de la función.</p> <p><b>4:</b> mejoría marcada del tono y de la función.</p>

### **Recomendaciones**

Estimados padres se ha elaborado algunas recomendaciones útiles para la ejecución del programa fisioterapéutico dirigido a ustedes.

- Los ejercicios deberán ser ejecutados por el familiar que pasa la mayor parte del tiempo o quién tiene mayor apego (padre, madre, abuelo, hermanos, etc).
- Buscar los espacios adecuados considerando el objetivo al que quiere llegar, (sin saturación sonora o visual).
- Las indicaciones no deben tomarse de forma rigurosa.
- No se debe angustiar si no consigue un objetivo, hay que seguir el ritmo de trabajo del niño sin obligarlo.
- Es necesario que siempre se utilice el juguete o instrumento del agrado de los niños por colores sonidos o texturas.
- Adaptar, crear juguetes con material reciclados, tomando en cuenta el cuidado respectivo y que estimule los sentidos del niño.
- Evitar ejercicios cuando el niño se encuentre con alguna afección en su salud.
- Tener en cuenta que no se requiere de un estricto horario pero se recomienda uno lo más cercano a sus necesidades, respetando rutinas.
- Es necesario la anticipación de las actividades de trabajo (material, sonido, espacio, postura, etc.).
- Al hablar, jugar y aplicar esta guía demuéstrele cariño, amor al niño.
- Debe estar con ropa cómoda y limpia para que no se irrite.
- Para el contraste de colores en la estimulación visual se utiliza blanco-negro, negro-amarillo, negro-rojo, amarillo- rojo.
- El resultado es exitoso cuando hay constancia y empeño diario.
- Los logros también dependerán del grado de la lesión cerebral.
- El tiempo a emplearse para el refuerzo podría ser de 60 minutos en adelante, tiempo de corrido o divididos durante el día.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Arango, M. (2000) *Manual de estimulación temprana*. Ediciones Gamma. Decima séptima edición.
2. Blindenmission, C. (1987) *Características neuropsicológicas de Aprendizaje y de Desarrollo en el niño con Baja Visión*. Argentina.
3. Candel, M. (2000) *Atención temprana a niños con ceguera o deficiencia visual*. (ONCE) Primera edición.
4. Corn, A. (1989) *Propuesta de un programa modelo para niños y adultos con baja visión*. Argentina.
5. Lindstedt, E.(1986) *Cuanto ve un niño*. Argentina.
6. Rovezzi, N. (2012) *Estimulación Visual*. Módulo U.P.S. Ecuador.
7. Silberg, J. (1998) *Juegos para la estimulación temprana*. Selector. México.
8. Silva, X. y Koni, G. (2004) *Para que Veas*. Ministerio de Educación.

## **CAPÍTULO VI**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **5.1. CONCLUSIONES**

Después de haber culminado el presente trabajo investigativo se puede decir como conclusión:

- Que la labor educativa de los niños con parálisis cerebral asociado a la baja visión no es solo dar respuesta pedagógica sino que también es ofrecerles la ayuda que necesitan en los diferentes aspectos demandantes como es en este caso la fisioterapia y la integración sensorial y por ende mejorar su locomoción a través de los sentidos.
- Un trabajo colaborativo con la familia tiene mejor resultado que en un trabajo individual en los niños con parálisis cerebral promoviendo así sus potencialidades.
- No es necesario tener implementos sofisticados para dar atención de calidad a las necesidades en niños con parálisis cerebral asociado a la baja visión.
- Para mejorar la calidad de vida al niño es preciso proporcionar amor y constancia.
- Una guía visual es el mejor método de asistencia de instrucción por su practicidad la cual anima a los padres a realizar el refuerzo fisioterapéutico con entusiasmo.



## 5.2. RECOMENDACIONES

En base a las conclusiones obtenidas en este estudio se propondrán las recomendaciones pertinentes:

- Todas las instituciones de educación especial o las instituciones de salud pública deben ofrecer un programa de integración sensorial para los niños con parálisis cerebral pues son muchos los problemas asociados que presentan y muchas veces solo se enfocan en la discapacidad evidente (la motora) dejando a un lado la estimulación visual, auditiva, táctil ya que por su misma condición se pierden de la recepción de la información de su entorno.
- Los padres de familia deben estar siempre atentos y prestos a los avances de los niños para aumentar el nivel de complejidad en sus actividades.
- Es importante insistir a los padres sobre la necesidad de contar con un diagnóstico específico de la visión en sus hijos, realizado por el o los médicos especialistas, y que sea realmente una orientación para ellos respecto a la intervención educativa que necesita el niño.
- Difundir este material a otros padres de familia de niños con parálisis cerebral y así aportar en la intervención colaborativa.
- Las instrucciones a los padre de familia deben ser en forma concreta y precisas.

## BIBLIOGRAFÍA

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Asamblea Nacional Constituyente Ley Orgánica De Educación Intercultural (2011), Guayaquil – Ecuador. Registro Oficial N° 417. Editorial EDUQUIL, Universidad de Guayaquil.
2. Black, P.D. (1980). *Defectos oculares en niños con parálisis cerebral*. Editorial British Medical.
3. Boan Susana (2007), *Escuela para Maestros*, Enciclopedia De Pedagogía Práctica. Montevideo – Uruguay. Editorial Bycadiex, International, S.A.
4. Bobath, K. (1982). *Base neurofisiológica para el tratamiento de la parálisis cerebral*. 2° edición, editorial médica panamericana.
5. CampabadaL, (2004). M. *Niños con discapacidad y su entorno*. EUNED.
6. Castex Patricia Araneda (2006). *Guía de Orientaciones Pedagógicas para la Atención a la Diversidad en Educación Parvularia: Niños y Niñas con Necesidades Educativas Especiales (3 A 6 Años)*. Chile. Editorial Atenas Ltda. - ventas@editorialatenas.
7. Constitución De La República Del Ecuador (2008), Publicado En El Registro Oficial, Quito – Ecuador. Editorial EDUQUIL Universidad de Guayaquil.
8. Donoso, M. (2003) *Discapacidad física – Instrumentación técnico pedagógico de la educación especial en el Ecuador*.
9. Espinosa, E. (2011) *Introducción a las necesidades educativas especiales: sensoriales, cognitiva, motrices, problemas de aprendizaje*.
10. Espinoza, J. (2010). *Guía Esencial de Rehabilitación Infantil*. Editorial Médica Panamericana.

11. Gallegos, M. (2003). *Discapacidad visual - Instrumentación técnico pedagógico de la educación especial en el Ecuador*.
12. Gallegos, M. (2011). *Introducción a las necesidades educativas de la discapacidad visual*.
13. Hernández - Fernández y Baptista. (2010), *Metodologías De La Investigación*. Quinta Edición. McGraw Hill.
14. Heward, W.L. y Orlansky, M.D.(2010) *Programas de Educación Especial*. Ediciones Ceac S.A.
15. Levitt, S. (2000). *Tratamiento de la Parálisis Cerebral y del Retraso Motor*. 3ª edición, , España, Editorial Médica Panamericana.
16. Mas, J. M. y Giné C. *Atención temprana*. Editorial UOC.
17. Perez, I. P.McGraw Hill. (2002), *Técnicas de intervención de educación especial*.
18. Perpiñan, S. (2009). *Atención Temprana y familia*. Narcea. S.A. de ediciones
19. Plan Nacional Decenal De Educación Del Ecuador (2006-2016), Ecuador. disponible en [www.educacion.gob.ec](http://www.educacion.gob.ec)
20. Rodríguez, M.C. (2005). *Fisioterapia Infantil Práctica*. Editorial Abecedario,
21. Veintimilla, L. (2011). *Educación inclusiva, cultura y sociedad, aspectos técnicos y administrativos de la educación especial*.
22. Vicepresidencia de la República del Ecuador (2011), Módulo 1: Educación Inclusiva y Especial, , Quito – Ecuador. Editorial Ecuador.

## REFERENCIAS ELECTRÓNICAS

23. Ascarza, M. (2011) Capacitación “Atención a estudiantes con multidiscapacidad”, disponible en <http://mabelangelaascarzaaguirre.com>
24. Fernández, L. y Pardo S. Método Bobath. (2011) Parálisis Cerebral Infantil, <http://www.efisioterapia.net/articulos/metodo-bobath-paralisis-cerebral-infantil>
25. Fundación Once. (2010) Familias Ante La Parálisis Cerebral disponible en <http://salud.discapnet.es/Castellano/Salud/Discapacidades/Desarrollo%20Motor/Paralisis%20cerebral/Paginas/Descripcion.aspx#top>
26. Grzona, M. (2011) Nuevas perspectivas del sistema de formación. Las Prácticas educativas en instituciones escolares, disponible en [http://www.feeye.uncu.edu.ar/web/XVII-JN RUEDES/ponencias\\_eje\\_2/Grzona.pdf](http://www.feeye.uncu.edu.ar/web/XVII-JN RUEDES/ponencias_eje_2/Grzona.pdf)
27. Ortiz, O. A. Fisioterapia En Trastornos Motores. Universidad de Salamanca disponible en <http://campus.usal.es/~inico/investigacion>.

## GLOSARIO DE TÉRMINOS

**Acomodación:** La acomodación, al contrario de la asimilación, produce cambios esenciales en el esquema. (Diccionario Libro con problemas de aprendizaje, Soluciones paso a paso 2006).

**Adaptación:** en pedagogía, el concepto de adaptación, aplicándolo a la educación como esfuerzo continuado que debe realizar el individuo, durante la edad evolutiva, para lograr cierto equilibrio entre los cambios evolutivos de su personalidad y el medio social dentro del cual se desenvuelve. (Diccionario Libro con problemas de aprendizaje, Soluciones paso a paso 2006).

**Afectividad:** El conjunto de reacciones psíquicas del individuo frente de situaciones provocadas por la vida: contacto con el mundo exterior, modificaciones del mundo interior. Representa el dominio de lo agradable y lo desagradable, del amor y del odio. (Diccionario Libro con problemas de aprendizaje, Soluciones paso a paso 2006).

**Anquilosis:** Anulación total o parcial de los movimientos normales de una articulación que da lugar a una rigidez articular. (Diccionario Libro con problemas de aprendizaje, Soluciones paso a paso 2006).

**Baja visión:** Disminución de la actividad visual central o del campo visual que aún con la mejor corrección óptica resulta en un impedimento desde el punto de vista funcional, impidiendo una relación directa con la parte afectada del ojo. (Diccionario Libro con problemas de aprendizaje, Soluciones paso a paso 2006).

**Calidad de vida:** Es un concepto que refleja las condiciones de vida deseada por una persona en relación con ocho necesidades fundamentales que representan el núcleo de las dimensiones de vida de cada uno: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos. (Robert Schalock)  
[www.pasoapaso.com.ve/GEMAS/gemas](http://www.pasoapaso.com.ve/GEMAS/gemas)

**Concepto Bobath:** Es un enfoque de solución de problemas para la evaluación y tratamiento de las personas con trastornos de la función, el movimiento y el control postural, debido a una lesión del sistema nervioso central. (Diccionario Libro con problemas de aprendizaje, Soluciones paso a paso 2006).

**Contracturas:** Son contracciones exageradas de la fibra muscular. A diferencia de los calambres musculares la contracción es involuntaria y tardan más tiempo en desaparecer. (Diccionario Libro con problemas de aprendizaje, Soluciones paso a paso 2006).

**Déficit intelectual:** “Limitaciones substanciales en el desenvolvimiento corriente, con un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media, y limitaciones asociadas en dos o más de las siguientes áreas de habilidades adaptativas: comunicación; cuidado personal; vida en el hogar; habilidades sociales; utilización de la comunidad; auto gobierno; salud y seguridad; habilidades académicas funcionales; ocio y trabajo”. (Asoc. Americana sobre Retraso Mental – AARM. 1997).

**Edema:** Hinchazón causada por la acumulación de líquido en los tejidos del cuerpo. Suele ocurrir en los pies, los tobillos y las piernas, pero puede afectar todo el cuerpo. (www.medlineplus) enciclopedia médica.

**Estímulo:** Objeto o suceso que el sujeto puede experimentar mediante unos o varios sentidos, ante el cual emite una respuesta. (Enciclopedia escuela para maestros 2009).

**Estrabismo:** Desviación del alineamiento de un ojo en relación al otro, impidiendo la fijación bifoveolar. Esto impide fijar la mirada de ambos ojos al mismo punto del espacio, lo que ocasiona una visión binocular incorrecta que puede afectar adversamente a la percepción de la profundidad. (Diccionario Libro con problemas de aprendizaje, Soluciones paso a paso 2006).

**Macrotipo:** Imágenes o textos en tamaño grande y con colores que resalten, para facilitar discriminación visual en el caso de los niños y niñas con dificultades visuales. [www.novedadesdetabasco.com](http://www.novedadesdetabasco.com)

**Miopía:** Pérdida de la acuidad que hace que las cosas se vean nubladas. (Diccionario Libro con problemas de aprendizaje, Soluciones paso a paso 2006).

**Nistagmo:** El nistagmo es un movimiento involuntario e incontrolable de los ojos. El movimiento puede ser horizontal, vertical, rotatorio, oblicuo o una combinación de estos. (Diccionario Libro con problemas de aprendizaje, Soluciones paso a paso 2006).

**Oftalmólogo:** profesional con especialidad médico-quirúrgica que se ocupa del diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de los ojos y sus contornos (glándulas lagrimales, párpados, órbitas) así como de la buena calidad de nuestra visión. <http://www.clinicadam.com/clinica/oftalmologia>.

**Percepción:** Es un proceso nervioso superior que permite al organismo, a través de los sentidos, recibir, elaborar e interpretar la información proveniente de su entorno y de uno mismo. (Diccionario Libro con problemas de aprendizaje, Soluciones paso a paso 2006).

**Propiocepción:** Es la capacidad de nuestro cuerpo de ubicar la posición de las articulaciones en todo momento. Es la capacidad que tenemos de conocer nuestra postura con los ojos cerrados. (Diccionario Libro con problemas de aprendizaje, Soluciones paso a paso 2006).

**Trofismo:** Conjunto de funciones orgánicas relacionadas con la nutrición de las células o los tejidos. (Diccionario Libro con problemas de aprendizaje, Soluciones paso a paso 2006).

## ANEXOS

### Anexo 1: Visión de conjunto de la CIF

**Tabla 1**  
**Visión de conjunto de la CIF**

	<i>Parte 1: Funcionamiento y Discapacidad</i>		<i>Parte 2: Factores Contextuales</i>	
<b>Componentes</b>	<b>Funciones y Estructuras Corporales</b>	<b>Actividades y Participación</b>	<b>Factores Ambientales</b>	<b>Factores Personales</b>
<b>Dominios</b>	Funciones Corporales Estructuras Corporales	Áreas vitales (tareas, acciones)	Influencias externas sobre el funcionamiento y la discapacidad	Influencias internas sobre el funcionamiento y la discapacidad
<b>Constructos</b>	Cambios en las funciones corporales (fisiológicos)  Cambios en las Estructuras del cuerpo (anatómicos)	Capacidad Realización de tareas en un entorno uniforme  Desempeño/realización Realización de tareas en el entorno real	El efecto facilitador o de barrera de las características del mundo físico, social y actitudinal	El efecto de los atributos de la persona
<b>Aspectos positivos</b>	Integridad funcional y estructural	Actividades Participación	Facilitadores	no aplicable
	Funcionamiento			
<b>Aspectos negativos</b>	Deficiencia	Limitación en la Actividad Restricción en la Participación	Barreras/obstáculos	no aplicable
	Discapacidad			



## Anexo 2: Encuesta dirigida a Directivo y Docentes



Maestría en educación especial con mención en educación de las personas con discapacidad visual.

**Tema:** Realidad del ámbito fisioterapéutico en el cantón Babahoyo y propuesta de guía dirigida a padres de familia de los niños de 0-8 años de edad con parálisis cerebral asociada a la baja visión, orientada a fomentar el desarrollo locomotor.

El objetivo de la siguiente encuesta es para obtener información de los docentes sobre su postura sobre el tema de estudio.

**Instrucciones:** Lea detenidamente cada una de las interrogantes y marque con una X la alternativa que usted crea conveniente, de acuerdo a la siguiente tabla de valoración:

TABLA DE VALORACIÓN			
1 DEFINITIVAMENTE NO	2 PROBABLEMENTE NO	3 PROBABLEMENTE SÍ	4 DEFINITIVAMENTE SÍ

PREGUNTAS	1	2	3	4
1. ¿Está usted de acuerdo que se diseñe una guía fisioterapéutica dirigida al padre de familia de los niños con parálisis cerebral asociada a la baja visión?				1 5
2. ¿Cree usted que los niños con parálisis cerebral asociada a la baja visión son difíciles de enseñar?	2	7	6	
3. ¿Usted cómo miembro de la comunidad educativa contribuye al proceso educativo de la familia de los niños con parálisis cerebral asociada a la baja visión?	2	3	5	5
4. ¿Usted desarrolla potencialidades en los niños con parálisis cerebral asociado a la baja visión que se encuentren en la Institución?		9	4	2
5. ¿Considera usted importante que se realicen los ejercicios de fisioterapia?				1 5
6. ¿La institución cuenta con un lugar específico para realizar ejercicios de fisioterapia?				1 5
7. ¿Cree usted que sería beneficioso reforzar el tratamiento fisioterapéutico en el hogar?				1 5

**GRACIAS POR SU COLABORACION.**

### Anexo 3: Encuesta dirigida a Padres de Familia



Maestría en educación especial con mención en educación de las personas con discapacidad visual.

**Tema:** Realidad del ámbito fisioterapéutico en el cantón Babahoyo y propuesta de guía dirigida a padres de familia de los niños de 0-8 años de edad con parálisis cerebral asociada a la baja visión, orientada a fomentar el desarrollo locomotor.

El objetivo de la siguiente encuesta es recabar información sobre la aplicación del refuerzo fisioterapéutico en el hogar, la frecuencia, tiempo y noción con que se la ejecuta.

**Instrucciones:** Lea detenidamente cada una de las interrogantes y marque con una X la alternativa que usted crea conveniente, de acuerdo a la siguiente tabla de valoración:

TABLA DE VALORACIÓN			
1 DEFINITIVAMENTE NO	2 PROBABLEMENTE NO	3 PROBABLEMENTE SÍ	4 DEFINITIVAMENTE SÍ

PREGUNTAS	1	2	3	4
1. ¿Está usted de acuerdo que se diseñe una guía fisioterapéutica dirigida al padre de familia de los niños con parálisis cerebral asociada a la baja visión?				1 8
2. ¿Usted realiza todos los días el refuerzo fisioterapéutico en el hogar?	5	8		5
3. ¿Le dedica usted 60 minutos de su tiempo durante el día al refuerzo fisioterapéutico en el hogar?	3	8	5	2
4. ¿Usted no realiza el refuerzo fisioterapéutico en el hogar por que no sabe cómo hacerlo?	3	3		1 2
5. ¿Considera usted que la madre es quien deba realizar el refuerzo fisioterapéutico en el hogar?			3	1 5
6. ¿Durante el día usted aplica el refuerzo fisioterapéutico en las actividades diarias de su representado?	1 0	5	3	
7. ¿Cree usted que sería beneficioso reforzar el tratamiento fisioterapéutico en el hogar?				1 8

**GRACIAS POR SU COLABORACION.**

#### Anexo 4: Encuesta dirigida a Fisioterapeutas.



Maestría en educación especial con mención en educación de las personas con discapacidad visual.

**Tema:** Realidad del ámbito fisioterapéutico en el cantón Babahoyo y propuesta de guía dirigida a padres de familia de los niños de 0-8 años de edad con parálisis cerebral asociada a la baja visión, orientada a fomentar el desarrollo locomotor.

El objetivo de la siguiente encuesta es obtener información referente a la realidad en el ámbito fisioterapéutico de los centros e instituciones en el cantón Babahoyo y describir el tratamiento que se aplica a los niños con parálisis cerebral asociado a la abaja visión.

**Instrucciones:** Lea detenidamente cada una de las interrogantes y marque con una X la alternativa que usted crea conveniente, de acuerdo a la siguiente tabla de valoración:

TABLA DE VALORACIÓN			
1 DEFINITIVAMENTE NO	2 PROBABLEMENTE NO	3 PROBABLEMENTE SÍ	4 DEFINITIVAMENTE SÍ

PREGUNTAS	1	2	3	4
1. ¿Está usted de acuerdo que se diseñe una guía fisioterapéutica dirigida al padre de familia de los niños con parálisis cerebral asociada a la baja visión?				1 1
2. ¿Considera usted beneficioso que los padres de familia realicen el refuerzo fisioterapéutico en el hogar?				1 1
3. ¿De acuerdo a los equipos fisioterapéuticos existentes en su área de trabajo usted aplica la hidroterapia a los niños con parálisis cerebral asociado a la baja visión?	9			2
4. ¿De acuerdo a sus conocimientos usted aplica la cinesiterapia a los niños con parálisis cerebral asociado a la baja visión?				1 1
5. ¿De acuerdo a los equipos fisioterapéuticos existentes en su área de trabajo usted aplica la termoterapia a los niños con parálisis cerebral asociado a la baja visión?	4			7
6. ¿De acuerdo a sus conocimientos usted aplica la estimulación sensorial a los niños con parálisis cerebral asociado a la baja visión?	1 0			1
7. ¿Cree usted que los padres de familia no realizan el refuerzo fisioterapéutico en el hogar porque no saben hacerlo?			3	8

**GRACIAS POR SU COLABORACION.**

## Anexo 5: Guía de Observación: Test Locomotor.



Maestría en educación especial con mención en educación de las personas con discapacidad visual.

**Tema:** Realidad del ámbito fisioterapéutico en el cantón Babahoyo y propuesta de guía dirigida a padres de familia de los niños de 0-8 años de edad con parálisis cerebral asociada a la baja visión, orientada a fomentar el desarrollo locomotor.

El objetivo de la siguiente guía de observación es recabar información para sistematizar los problemas locomotores básicos de los niños con parálisis cerebral asociada a la baja visión.

**Instrucciones:** Lea detenidamente cada una de las interrogantes y marque con una X la alternativa que usted crea conveniente, de acuerdo a la siguiente tabla de valoración:

TABLA DE VALORACIÓN			
1 SIEMPRE	2 CON FRECUENCIA	3 ALGUNAS VECES	4 NUNCA

**Estudiante:** \_\_\_\_\_

	1	2	3	4
1. Eleva la cabeza	8	5	4	1
2. Controla Cabeza	7	2	3	6
3. Abre las manos	6	2	1	9
4. Coge objetos	4	2	1	11
5. Flexiona los brazos	5	3	10	
6. Extiende los brazos	6	2	10	
7. Lanza objetos	2	2	1	13
8. Flexiona las piernas	1	6	11	
9. Extiende las piernas	1	6	11	
10. Cruza la línea media	1	5	2	10
11. Eleva cadera	6	2	2	8
12. Se Voltea o rola	6	3		9
13. Se arrastra	5	1	2	10
14. Controla tronco	6	2		10
15. Se sienta	4	3		11
16. Gatea	1	4	1	12
17. Se para		5		13
18. Camina		4		14
19. Salta				18
20. Corre				18

## **Anexo 6: Fichas anecdóticas.**

**Caso:** 1

**Sexo:** Masculino.

**Fecha de nacimiento:** 23 de julio de 2010.

**Discapacidad:** Parálisis Cerebral Moderada asociada a la ambliopía.

Es el primer hijo de una pareja de jóvenes, vive con sus padres y abuelos paternos en la ciudad de Babahoyo.

Al aplicar el test locomotor los resultados fueron afirmativos en los ítems que indican que eleva y controla cabeza, abre mano, coge objetos, flexiona y extiende brazos, lanza objetos, cruza la línea media, eleva cadera, se voltea, se arrastra, controla tronco.

En los siguientes ítems la respuesta es negativa en flexión y extensión de piernas, sentarse, gatear, pararse, camina, salta, corre.

El niño tiene buena coordinación ojo-mano lado derecho a nivel superior, por su patología de ojo vago izquierdo los refuerzos en casa serán la utilización de contraste amarillo-azul, rojo-amarillo en objetos para la estimulación visual y física en los ejercicios destinados a los ítems negativos.

Al taller asistió la madre y con la aplicación de la guía en el hogar se mejoró la flexión y extensión de piernas, así como el gateo, notándose claramente el uso de la visión ojo izquierdo, también el vínculo afectivo consolidado entre ambos.

**Caso: 2**

**Sexo:** Masculino.

**Fecha de nacimiento:** 15 de mayo de 2010.

**Discapacidad:** Parálisis Cerebral Leve asociada a estrabismo.

Es el último de tres hijos, es el consentido de la familia eso le ocasiona una dependencia pues todo le hacen, viven en la ciudad de Babahoyo.

Al aplicar el test locomotor los resultados fueron afirmativos en los ítems que indican que eleva y controla cabeza, abre mano, coge objetos, flexiona y extiende brazos, lanza objetos, cruza la línea media, eleva cadera, se voltea, se arrastra, controla tronco, flexión y extensión de piernas, sentarse, gatear, pararse.

En los siguientes ítems la respuesta es negativa camina, salta, corre.

El niño tiene una regular coordinación ojo-mano por lo que le dan de comer en la boca, alcanzan las cosas con el pretexto que se le cae y no puede caminar.

Al taller asistieron el padre y la madre porque ambos trabajan en hora distintas entonces se turnaron para la aplicación de la guía en el hogar que fueron destinados a iniciar la marcha, estimulando la visión con contraste negro-rojo, amarillo-negro en pelotas porque es lo que le gusta y los resultados obtenidos fueron afirmativos empezando a caminar y realizar cosas que le hacían, evidenciándose el vínculo afectivo que estaba mermado por lo premura del trabajo.

**Caso: 3**

**Sexo:** Masculino.

**Fecha de nacimiento:** 30 de noviembre de 2010.

**Discapacidad:** Parálisis Cerebral Severa asociada a endotropia.

Espástico, es el último de siete hijos, como es el consentido de la familia los manipula llorando para que no le hagan los ejercicios en la casa, viven en el campo a dos horas de la escuela Ayúdanos a Empezar de la ciudad de Babahoyo.

Al aplicar el test locomotor los resultados fueron afirmativos en los ítems que indican que elevación de cabeza y en rolado.

En los siguientes ítems la respuesta es negativa coger y lanzar objetos, cruzar la línea media, elevar cadera, arrastrarse, controlar, tronco, sentarse, gatera, pararse, caminar, saltar, correr.

El niño no hace mayor esfuerzo por moverse, pasa solo acostado, se realizará los ejercicios en el hogar para iniciar control de cabeza-tronco, utilización de manos y sedestación, apoyándose en enfocar la visión hacia un objeto con contraste negro-blanco, negro-rojo siendo parchado un ojo.

Al taller asistió la mamá con una hija obteniendo resultados afirmativos con la aplicación de la guía en el hogar, controla cabeza, abre manos, flexiona y extiende brazos, eleva cadera, controla tronco que le sirven para mejorar su calidad de vida ya que colabora en las actividades como alimentación y vestimenta más no los hace solo. La familia se ha unido con este trabajo que incluso dos cuñados han participado de los ejercicios del niño y como dato jocoso diciendo que le traerán una novia.

**Caso:** 4

**Sexo:** Femenino.

**Fecha de nacimiento:** 26 de septiembre de 2010.

**Discapacidad:** Parálisis Cerebral Leve asociada a estrabismo.

Hemiparesia izquierda, es la segunda de dos niñas, el parto fue gemelar muriendo su gemela, viven en la ciudad de Babahoyo.

Al aplicar el test locomotor los resultados fueron afirmativos en todos los ítems menos en saltar y correr.

Como la madre es manicurista a la niña le gusta que le pinten las uñas, la estrategia será pintárselas con contraste negro-amarillo y jugar con balón del mismo contraste, esto estimulará su visión a nivel inferior, su coordinación ojo-mano es buena.

Al taller asistió la madre, obteniendo resultados afirmativos con la aplicación de la guía en el hogar en las acciones de saltar y correr por efecto de enfocar mejor la visión.



**Caso: 5**

**Sexo:** Femenino.

**Fecha de nacimiento:** 17 de noviembre de 2010.

**Discapacidad:** Parálisis Cerebral Moderada asociada a pérdida del campo visual central.

Hemiplejía izquierda, es la única niña de madre soltera, vive en el campo con abuelos y seis tíos, a una hora treinta minutos de la ciudad de Babahoyo.

Al aplicar el test locomotor los resultados fueron afirmativos en todos los ítems menos en los que indican lanzar objetos, pararse, caminar, saltar y correr.

Los tíos son los que la cargan en brazos a donde vayan.

Como la niña tiene pérdida central de la visión se trabajará en el hogar ejercicios en paralelas rústicas pintadas con franjas de color amarillo-negro estimulando la visión por la periferia para darle seguridad al caminar y evitar posiciones laterales de la cabeza.

La asistencia al taller fue por parte de la mamá, mejorando satisfactoriamente los lazos afectivos entre ambas al estar involucradas con la aplicación de la guía en el hogar, mejoró la inclinación lateral de cabeza al enseñarle a enfocar la visión, por ende aprendió a lanzar objetos y desarrollo la marcha cambiando su calidad de vida.

**Caso: 6**

**Sexo:** Femenino.

**Fecha de nacimiento:** 10 de diciembre de 2007.

**Discapacidad:** Parálisis Cerebral Moderada asociada a miopía.

Es la segunda de dos niñas, sus padres son separados vive con su papá y una tía paterna en el campo a media hora de la ciudad de Babahoyo.

Al taller nadie asistió, la tía es una persona adulta mayor, su padre es jornalero, sigue un tratamiento con toxina botulínica en el Hospital Gilbert y está siguiendo el proceso de consultas para la prescripción de lentes.

Al aplicar el test locomotor los resultados fueron afirmativos en todos los ítems menos en los que indican lanzar objetos, correr, saltar.

Nos se aplicó la guía en el hogar.

**Caso: 7**

**Sexo:** Masculino.

**Fecha de nacimiento:** 3 de marzo de 2009.

**Discapacidad:** Parálisis Cerebral Profunda asociada a estrabismo.

Es el primer hijo de dos que tiene la madre, viven en la ciudad de Babahoyo.

El niño pasa el día entero acostado en su silla postural, quedan al cuidado de los familiares de cada uno. Su asistencia a la escuela especial es irregular.

Al aplicar el test locomotor el resultado fue afirmativo en el ítem que indica que eleva la cabeza.

La madre no pudo asistir al taller porque está estudiando y el familiar que se queda a cargo del niño debe atender a sus hijos.

No se aplicó la guía en el hogar.

**Caso:** 8

**Sexo:** Masculino.

**Fecha de nacimiento:** 4 de febrero 2010.

**Discapacidad:** Parálisis Cerebral Severa asociada a nistagmos.

Es el tercero de tres hijos, el niño ha pasado muy enfermizo por lo cual su asistencia fue muy irregular, la madre no pudo asistir al taller, viven en la ciudad de Babahoyo.

Al aplicar el test locomotor los resultados fueron afirmativos en los ítems que indican elevación de cabeza y a veces lo hace en los siguientes ítems controlar cabeza, flexionar y extender brazos flexionar y extender piernas, elevar cadera.

No se aplicó la guía en el hogar.

**Caso:** 9

**Sexo:** Femenino.

**Fecha de nacimiento:** 19 de febrero de 2008.

**Discapacidad:** Parálisis Cerebral Severa asociada a ceguera periférica.

Es la segunda de tres hijos, viven en una parroquia rural de Babahoyo, su parálisis es flácida.

En la casa que es de madera se arrastra sentada con los glúteos.

Al aplicar el test locomotor los resultados fueron afirmativos en todos los ítems, menos en gatear, pararse, caminar, saltar, correr.

Se estimulará la visión con objetos de contraste color negro-amarillo para incitar la motricidad.

La madre es quien asistió al taller obteniendo resultados positivos en la aplicación de la guía en el hogar logrando pararse, caminar con apoyo, lo que le sirvió para bajarse de la cama y caminar cogida de las vigas de madera de las paredes, pero no consiguió gatear.

**Caso:** 10

**Sexo:** Masculino.

**Fecha de nacimiento:** 25 de febrero de 2008.

**Discapacidad:** Parálisis Cerebral Severa asociada a estrabismo, nistagmos.

Espástica y atetósica, es el único hijo de la madre, viven en el campo a dos horas de la ciudad de Babahoyo, le están aplicando la equino terapia una vez a la semana.

Al aplicar el test locomotor el resultado fue afirmativo en elevación de cabeza.

Al taller asistió la madre, con la aplicación de la guía en el hogar el niño a veces realiza las acciones de control cabeza, flexionar y extender brazos, flexionar y extender piernas, elevar la cadera. Este logro significativo le permite a la madre poder cargarlo mejor al trasladarse a los diferentes lugares para su atención.

**Caso:** 11

**Sexo:** Masculino.

**Fecha de nacimiento:** 18 de diciembre de 2007.

**Discapacidad:** Parálisis Cerebral Profunda asociada a estrabismo.

Espástica y atetósica, es el segundo de tres hijos, viven en la ciudad de Babahoyo.

Al aplicar el test locomotor los resultados fueron negativos en la mayoría de los ítems, a veces realiza los siguientes ítems, flexión y extensión de brazos y piernas lo realiza.

Al taller asistió la madre, con la aplicación de la guía en el hogar se mejoró los lazos de afecto entre hermanos y por su misma condición de parálisis cerebral profunda los resultados son mínimos en lo que se refiere a motricidad y visual, a veces eleva cabeza, flexiona y extiende brazos, flexiona y extiende piernas, eleva cadera, rola.

**Caso:** 12

**Sexo:** Masculino.

**Fecha de nacimiento:** 25 de febrero de 2007.

**Discapacidad:** Parálisis Cerebral Profunda asociada a miopía.

Espástica, es el segundo de dos hijos, vive en la ciudad de Babahoyo.

Al aplicar el test locomotor los resultados fueron negativos en su mayoría.

Pasa solo acostado en decúbito supino.

Al taller asistió la madre con la hermana del niño, con la aplicación de la guía en el hogar los resultados que se obtuvieron fueron: a veces eleva y controla cabeza, abre manos, flexiona y extiende brazos, flexiona y extiende piernas, eleva cadera, actividades que sirven de ayuda en las la cotidianidad de su higiene y alimentación.

Se le aconsejó a la madre que en lo posible cambie su postura del niño a sedestación esto permitirá mejorar la acomodación del resto visual además de colocarle los objetos con contraste negro-amarillo, negro-blanco.



**Caso:** 13

**Sexo:** Femenino.

**Fecha de nacimiento:** 14 de enero de 2008.

**Discapacidad:** Parálisis Cerebral Moderada asociada a miopía

Es la última de tres hijos, usa lentes porque solo ve sombras, se choca al caminar si no los usa, vive en la ciudad de Babahoyo.

Al aplicar el test locomotor los resultados fueron afirmativos en todos los ítems, negativos en saltar y correr.

Se le estimulará la visión con objetos de contraste negro-amarillo, negro-rojo, acercándoselos y alejándoselos.

La madre asistió al taller, con la aplicación de la guía en el hogar la niña está iniciando a saltar y corre, puesto que utiliza su resto visual.

**Caso:** 14

**Sexo:** Femenino.

**Fecha de nacimiento:** 24 de febrero de 2010.

**Discapacidad:** Parálisis Cerebral Moderada asociada a estrabismo.

Hemiparesia lado izquierdo, es la única hija de madre soltera, vive en el campo a una hora de la ciudad de Babahoyo.

No tiene fuerza en el miembro superior e inferior izquierdo, por lo que se trabajara con la botella de plástico llena de canicas haciendo contraste color negro-amarillo, negro-rojo, de igual forma la pelota para realizar resistencia en los miembros.

Al aplicar el test locomotor los resultados fueron afirmativos en elevar y controlar cabeza, flexionar y extender brazos y piernas, eleva cadera, voltea, controla tronco, sienta, se para, camina. Los resultados son negativos en estos ítems, abre mano, coger y lanzar objetos, salta, corre.

La madre asistió al taller siendo de gran utilidad lo aprendido con la guía porque la niña comenzó a abrir la mano y lanzar objetos, cruzar la línea media, arrastrase, evidenciándose también los lazos de afecto fortalecidos y mejorar el enfoque de la visión.

**Caso:** 15

**Sexo:** Masculino.

**Fecha de nacimiento:** 13 de marzo de 2008.

**Discapacidad:** Parálisis Cerebral Severa asociada nistagmos.

Espástica, atetósica, es el segundo de tres hijos, viven en la ciudad de Babahoyo, durante el día pasa al cuidado de la abuela y por ende es ella la que se encarga de llevarlo a las consultas y terapias. Le realizan una vez por semana la equinoterapia en Duran.

Cuando el niño desea algo señala con el pie.

Al aplicar el test locomotor los resultados fueron negativos en los siguientes ítems, controlar cabeza, abrir manos, coger y lanzar objetos, cruzar la línea media, elevar cadera, rolar, arrastrarse, controlar el tronco, sentarse, gatear, pararse, caminar, saltar correr.

En los ítems siguientes los resultados fueron a veces, eleva cabeza, flexionar-extender brazos y piernas.

La abuela asistió al taller, con la aplicación de la guía en el hogar, el niño inicio a controlar cabeza, abrir manos y elevar cadera, al estimular la visión conjuntamente.

**Caso:** 16

**Sexo:** Masculino.

**Fecha de nacimiento:** 4 de abril de 2009.

**Discapacidad:** Parálisis Cerebral Profunda asociada a estrabismo y nistagmos.

Flácido, es único hijo, habitan en el campo a una hora treinta minutos de la ciudad de Babahoyo.

Al aplicar el test locomotor los resultados fueron negativos en los siguientes ítems, controla cabeza, abre manos, coge y lanza objetos, cruza la línea media, eleva cadera, rola, arrastra, sentarse, pararse, caminar, saltar y correr.

Al taller asistió la madre y con la aplicación de la guía consiguió que el niño controle cabeza, abra manos.

**Anexo 7:** Registro de Validación de los instrumentos para la recolección de datos.



UNIVERSIDAD POLITÉCNICA  
**SALESIANA**

UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA  
UNIDAD DE POSGRADO SEDE GUAYAQUIL

MAESTRÍA EN EDUCACIÓN ESPECIAL CON MENCIÓN EN EDUCACIÓN DE LAS  
PERSONAS CON DISCAPACIDAD VISUAL.



UNIDAD DE ESTUDIOS DE POSGRADOS

**REGISTRO DE VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS PARA RECOLECCIÓN DE DATOS.**  
Encuesta dirigida a Directivo y Docentes de la Escuela Especial "Ayúdanos a Empezar" de Babahoyo.

**Tema de Tesis:** Realidad del ámbito fisioterapéutico en el Cantón Babahoyo y propuesta de Guía dirigida a padres de familia de los niños de 0-8 años de edad con parálisis cerebral asociada a la baja visión, orientada a fomentar el desarrollo locomotor.

**Autor:** Ana Lucia Mora Mora.

ITEM (En función de cuántas preguntas tenga el instrumento)	A) Correspondencia de las preguntas con los objetivos, variables e indicadores P= Pertinente NP = No pertinente		B) Calidad técnica y representativa O= Óptima B= Buena R= Regular D= Deficiente				C) Lenguaje A= Adecuado I = Inadecuado		OBSERVACIONES
	P	NP	O	B	R	D	A	I	
1	X		X				X		
2	X		X				X		
3	X		X				X		
4	X		X				X		
5	X		X				X		
6	X		X				X		
7	X		X				X		
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
<b>DATOS DEL EVALUADOR</b>			Nombres: Magister Bélgica Macías Torres. Profesión: Msc. en Educación Especial. Fecha: Guayaquil, 25 Febrero de 2014.				C.I. 0904902897 Cargo: Fisioterapeuta Firma: <i>Bélgica Macías Torres</i>		

Observaciones \_\_\_\_\_

**REGISTRO DE VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS PARA RECOLECCIÓN DE DATOS.**  
Encuesta dirigida a Directivo y Docentes de la Escuela Especial "Ayúdanos a Empezar" de Babahoyo.

**Tema de Tesis:** Realidad del ámbito fisioterapéutico en el Cantón Babahoyo y propuesta de Guía dirigida a padres de familia de los niños de 0-8 años de edad con parálisis cerebral asociada a la baja visión, orientada a fomentar el desarrollo locomotor.

**Autor:** Ana Lucia Mora Mora.

ITEM (En función de cuánto se preguntan los ítems en el instrumento)	A) Correspondencia de las preguntas con los objetivos, variables e indicadores P= Pertinente NP = No pertinente		B) Calidad técnica y representativa O= Óptima B= Buena R= Regular D= Deficiente				C) Lenguaje A= Adecuado I = Inadecuado		OBSERVACIONES
	P	NP	O	B	R	D	A	I	
1	X		X				X		
2	X		X				X		
3	X			X			X		
4	X		X				X		
5	X			X			X		
6	X			X			X		
7	X		X				X		
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
<b>DATOS DEL EVALUADOR</b>			<b>Nombres:</b> Magister María Elizabeth Paz Perea. <b>Profesión:</b> Msc. En Educación Especial. <b>Fecha:</b> Esmeraldas 25 Febrero de 2014.				<b>C.I.</b> 0801900101 <b>Cargo:</b> Docente de niños /as y jóvenes con multidéficit. <b>Firma:</b> 		

**Observaciones** \_\_\_\_\_



UNIVERSIDAD POLITÉCNICA  
**SALESIANA**

UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA  
UNIDAD DE POSGRADO SEDE GUAYAQUIL



**MAESTRÍA EN EDUCACIÓN ESPECIAL CON MENCIÓN EN EDUCACIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD VISUAL.**

**REGISTRO DE VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS PARA RECOLECCIÓN DE DATOS.**

Encuesta dirigida a Directivo y Docentes de la Escuela Especial "Ayúdanos a Empezar" de Babahoyo.

**Tema de Tesis:** Realidad del ámbito fisioterapéutico en el Cantón Babahoyo y propuesta de Guía dirigida a padres de familia de los niños de 0-8 años de edad con parálisis cerebral asociada a la baja visión, orientada a fomentar el desarrollo locomotor.

**Autor:** Ana Lucia Mora Mora.

ITEM (En función de cuántas preguntas tenga el instrumento)	A) Correspondencia de las preguntas con los objetivos, variables e indicadores P= Pertinente NP = No pertinente		B) Calidad técnica y representativa O= Óptima B= Buena R= Regular D= Deficiente				C) Lenguaje A= Adecuado I = Inadecuado		OBSERVACIONES
	P	NP	O	B	R	D	A	I	
1	X		X				X		
2	X		X				X		
3	X		X				X		
4	X		X				X		
5	X		X				X		
6	X		X				X		
7	X		X				X		
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
<b>DATOS DEL EVALUADOR</b>			<b>Nombres:</b> Francisca Mora Paz. <b>Profesión:</b> Máster en Educación y Currículo. <b>Fecha:</b> Babahoyo, 25 Febrero de 2014.				<b>C.I.</b> 1200745535 <b>Cargo:</b> Líder del área de docencia y neonato. <b>Firma:</b>		

Observaciones \_\_\_\_\_

UNIDAD DE ESTUDIOS DE POSGRADOS



**UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA**  
**UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA**  
**UNIDAD DE POSGRADO SEDE GUAYAQUIL**  
**MAESTRÍA EN EDUCACIÓN ESPECIAL CON MENCIÓN EN EDUCACIÓN DE LAS**  
**PERSONAS CON DISCAPACIDAD VISUAL.**



UNIDAD DE ESTUDIOS DE POSGRADOS

**REGISTRO DE VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS PARA RECOLECCIÓN DE DATOS.**  
 Encuesta dirigida a Padres de Familia de los niños con parálisis cerebral de la Escuela Especial "Ayúdanos a Empezar" de Babahoyo.

**Tema de Tesis:** Realidad del ámbito fisioterapéutico en el Cantón Babahoyo y propuesta de Guía dirigida a padres de familia de los niños de 0-8 años de edad con parálisis cerebral asociada a la baja visión, orientada a fomentar el desarrollo locomotor.

**Autor:** Ana Lucia Mora Mora.

ITEM (En función de cuenta y preguntas tengo el instrumento)	A) Correspondencia de las preguntas con los objetivos, variables e indicadores P= Pertinente NP = No pertinente		B) Calidad técnica y representativa O= Óptima B= Buena R= Regular D= Deficiente				C) Lenguaje A= Adecuado I = Inadecuado		OBSERVACIONES
	P	NP	O	B	R	D	A	I	
1	X		X				X		
2	X		X				X		
3	X		X				X		
4	X		X				X		
5	X		X				X		
6	X		X				X		
7	X		X				X		
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
<b>DATOS DEL EVALUADOR</b>			Nombres: Magister Bélgica Macías Torres. Profesión: Msc. En Educación Especial. Fecha: Guayaquil, 25 Febrero de 2014.				C.I. 0904902897 Cargo: Fisioterapeuta Firma: <i>Bélgica B. Macías Torres</i>		

**Observaciones** \_\_\_\_\_





UNIVERSIDAD POLITÉCNICA  
**SALESIANA**

UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA  
UNIDAD DE POSGRADO SEDE GUAYAQUIL

MAESTRÍA EN EDUCACIÓN ESPECIAL CON MENCIÓN EN EDUCACIÓN DE LAS  
PERSONAS CON DISCAPACIDAD VISUAL.



INSTITUCIONES SALESIANAS DE EDUCACIÓN SUPERIOR

UNIDAD DE ESTUDIOS DE POSGRADOS

**REGISTRO DE VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS PARA RECOLECCIÓN DE DATOS.**

Encuesta dirigida a Padres de Familia de los niños con parálisis cerebral de la Escuela Especial "Ayúdanos a Empezar" de Babahoyo.

**Tema de Tesis:** Realidad del ámbito fisioterapéutico en el Cantón Babahoyo y propuesta de Guía dirigida a padres de familia de los niños de 0-8 años de edad con parálisis cerebral asociada a la baja visión, orientada a fomentar el desarrollo locomotor.

**Autor:** Ana Lucía Mora Mora.

ITEM (En función de cuánto se preguntan según sea el instrumento)	A) Correspondencia de las preguntas con los objetivos, variables e indicadores P= Pertinente NP = No pertinente		B) Calidad técnica y representativa O= Óptima B= Buena R= Regular D= Deficiente				C) Lenguaje A= Adecuado I = Inadecuado		OBSERVACIONES
	P	NP	O	B	R	D	A	I	
1	X		X				X		
2	X		X				X		
3	X		X				X		
4	X		X				X		
5	X		X				X		
6	X		X				X		
7	X		X				X		
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
<b>DATOS DEL EVALUADOR</b>			Nombres: Magister María Elizabeth Paz Perea. Profesión: Msc. En Educación Especial. Fecha: Esmeraldas 25 Febrero de 2014.				C.I. 0801900101 Cargo: Docente de niños /as y jóvenes con multidefict. Firma: <i>E. Paz Perea</i>		

Observaciones \_\_\_\_\_

**REGISTRO DE VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS PARA RECOLECCIÓN DE DATOS.**

Encuesta dirigida a Padres de Familia de los niños con parálisis cerebral de la Escuela Especial "Ayúdanos a Empezar" de Babahoyo.

**Tema de Tesis:** Realidad del ámbito fisioterapéutico en el Cantón Babahoyo y propuesta de Guía dirigida a padres de familia de los niños de 0-8 años de edad con parálisis cerebral asociada a la baja visión, orientada a fomentar el desarrollo locomotor.

**Autor:** Ana Lucía Mora Mora.

ITEM (En función de cuánto o preguntas tenga el instrumento)	A) Correspondencia de las preguntas con los objetivos, variables e indicadores P= Pertinente NP = No pertinente		B) Calidad técnica y representativa O= Óptima B= Buena R= Regular D= Deficiente				C) Lenguaje A= Adecuado I = Inadecuado		OBSERVACIONES
	P	NP	O	B	R	D	A	I	
1	X		X				X		
2	X		X				X		
3	X		X				X		
4	X		X				X		
5	X		X				X		
6	X		X				X		
7	X		X				X		
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
<b>DATOS DEL EVALUADOR</b>			<b>Nombres:</b> Francisca Mora Paz. <b>Profesión:</b> Máster en Educación y Currículo. <b>Fecha:</b> Babahoyo, 25 Febrero de 2014.				<b>C.I.</b> 1200745535 <b>Cargo:</b> Líder del área de docencia y neonato. <b>Firma:</b> 		

**Observaciones** \_\_\_\_\_

**REGISTRO DE VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS PARA RECOLECCIÓN DE DATOS.**  
Encuesta dirigida a Fisioterapeutas de las diferentes instituciones de atención fisioterapéutica a personas con discapacidad en la ciudad de Babahoyo.

**Tema de Tesis:** Realidad del ámbito fisioterapéutico en el Cantón Babahoyo y propuesta de Guía dirigida a padres de familia de los niños de 0-8 años de edad con parálisis cerebral asociada a la baja visión, orientada a fomentar el desarrollo locomotor.

**Autor:** Ana Lucia Mora Mora.

ITEM (En función de cuántas preguntas tenga el instrumento)	A) Correspondencia de las preguntas con los objetivos, variables e indicadores P= Pertinente NP = No pertinente		B) Calidad técnica y representativa O= Óptima B= Buena R= Regular D= Deficiente				C) Lenguaje A= Adecuado I = Inadecuado		OBSERVACIONES
	P	NP	O	B	R	D	A	I	
1	X		X				X		
2	X		X				X		
3	X		X				X		
4	X		X				X		
5	X		X				X		
6	X		X				X		
7	X		X				X		
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
<b>DATOS DEL EVALUADOR</b>			Nombres: Magister Bélgica Macías Torres. Profesión: Msc. En Educación Especial. Fecha: Guayaquil, 25 de Febrero de 2014.				C.I. 0904902897 Cargo: Fisioterapeuta Firma: <i>Bélgica B. Macías T.</i>		

Observaciones \_\_\_\_\_



UNIVERSIDAD POLITÉCNICA

**SALESIANA**

UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA  
UNIDAD DE POSGRADO SEDE GUAYAQUIL



INSTITUTO UNIVERSITARIO DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**MAESTRÍA EN EDUCACIÓN ESPECIAL CON MENCIÓN EN EDUCACIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD VISUAL.**

**REGISTRO DE VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS PARA RECOLECCIÓN DE DATOS.**

Encuesta dirigida a Fisioterapeutas de las diferentes Instituciones de atención fisioterapéutica a personas con discapacidad en la ciudad de Babahoyo.

**Tema de Tesis:** Realidad del ámbito fisioterapéutico en el Cantón Babahoyo y propuesta de Guía dirigida a padres de familia de los niños de 0-8 años de edad con parálisis cerebral asociada a la baja visión, orientada a fomentar el desarrollo locomotor.

**Autor:** Ana Lucia Mora Mora.

UNIDAD DE ESTUDIOS DE POSGRADOS

ITEM (En función de cuántas preguntas tenga el instrumento)	A) Correspondencia de las preguntas con los objetivos, variables e indicadores P= Pertinente NP = No pertinente		B) Calidad técnica y representativa O= Óptima B= Buena R= Regular D= Deficiente				C) Lenguaje A= Adecuado I = Inadecuado		OBSERVACIONES
	P	NP	O	B	R	D	A	I	
1	X			X			X		
2	X		X				X		
3	X			X			X		
4	X			X			X		
5	X		X				X		
6	X		X				X		
7	X		X				X		
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
<b>DATOS DEL EVALUADOR</b>			Nombres: Magister María Elizabeth Paz Perea. Profesión: Msc. En Educación Especial. Fecha: Esmeraldas 25 de Febrero de 2014.				C.I. 0801900101 Cargo: Docente de niños /as y jóvenes con multidefict. Firma: <i>Espinoza pz</i>		

Observaciones \_\_\_\_\_

**REGISTRO DE VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS PARA RECOLECCIÓN DE DATOS.**  
Encuesta dirigida a Fisioterapeutas de las diferentes instituciones de atención fisioterapéutica a personas con discapacidad en la ciudad de Babahoyo.

**Tema de Tesis:** Realidad del ámbito fisioterapéutico en el Cantón Babahoyo y propuesta de Guía dirigida a padres de familia de los niños de 0-8 años de edad con parálisis cerebral asociada a la baja visión, orientada a fomentar el desarrollo locomotor.

**Autor:** Ana Lucia Mora Mora.

ITEM (En función de cuántas preguntas tenga el instrumento)	A) Correspondencia de las preguntas con los objetivos, variables e indicadores P= Pertinente NP = No pertinente		B) Calidad técnica y representativa O= Óptima B= Buena R= Regular D= Deficiente				C) Lenguaje A= Adecuado I = Inadecuado		OBSERVACIONES
	P	NP	O	B	R	D	A	I	
1	X		X				X		
2	X		X				X		
3	X		X				X		
4	X		X				X		
5	X		X				X		
6	X		X				X		
7	X		X				X		
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
<b>DATOS DEL EVALUADOR</b>			Nombres: Francisca Mora Paz. Profesión: Máster en Educación y Currículo. Fecha: Babahoyo, 25 de Febrero de 2014.				C.I. 1200745535 Cargo: Líder del área de docencia y neonato. Firma: 		

Observaciones \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**MAESTRÍA EN EDUCACIÓN ESPECIAL CON MENCIÓN EN EDUCACIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD VISUAL.**

**REGISTRO DE VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS PARA RECOLECCIÓN DE DATOS.**

Guía de observación (test locomotor) dirigida a niños con parálisis cerebral de 0-8 años de edad de la Escuela Especial "Ayúdanos a Empezar" de Babahoyo.

**Tema de Tesis:** Realidad del ámbito fisioterapéutico en el Cantón Babahoyo y propuesta de Guía dirigida a padres de familia de los niños de 0-8 años de edad con parálisis cerebral asociada a la baja visión, orientada a fomentar el desarrollo locomotor.

**Autor:** Ana Lucia Mora Mora.

ITEM (En función de cantidad de preguntas respecto al instrumento)	A) Correspondencia de las preguntas con los objetivos, variables e indicadores P= Pertinente NP = No pertinente		B) Calidad técnica y representativa O= Óptima B= Buena R= Regular D= Deficiente				C) Lenguaje A= Adecuado I = Inadecuado		OBSERVACIONES
	P	NP	O	B	R	D	A	I	
1	X		X					X	
2	X		X					X	
3	X		X					X	
4	X		X					X	
5	X		X					X	
6	X		X					X	
7	X		X					X	
8	X		X					X	
9	X		X					X	
10	X		X					X	
11	X		X					X	
12	X		X					X	
13	X		X					X	
14	X		X					X	
15	X		X					X	
16	X		X					X	
17	X		X					X	
18	X		X					X	
19	X		X					X	
20	X		X					X	
<b>DATOS DEL EVALUADOR</b>			Nombres: Magister Bélgica Macías Torres. Profesión: Msc. En Educación Especial. Fecha: Guayaquil, 25 de Febrero de 2014.				C.I. 0904902897 Cargo: Fisioterapeuta Firma: <i>Bélgica Macías Torres</i>		

Observaciones \_\_\_\_\_

**MAESTRÍA EN EDUCACIÓN ESPECIAL CON MENCIÓN EN EDUCACIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD VISUAL.**

**REGISTRO DE VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS PARA RECOLECCIÓN DE DATOS.**

Guía de observación (test locomotor) dirigida a niños con parálisis cerebral de 0-8 años de edad de la Escuela Especial "Ayúdanos a Empezar" de Babahoyo.

**Tema de Tesis:** Realidad del ámbito fisioterapéutico en el Cantón Babahoyo y propuesta de Guía dirigida a padres de familia de los niños de 0-8 años de edad con parálisis cerebral asociada a la baja visión, orientada a fomentar el desarrollo locomotor.

**Autor:** Ana Lucia Mora Mora.

ITEM (En función de cuánto se preguntan tener el instrumento)	A) Correspondencia de las preguntas con los objetivos, variables e indicadores P= Pertinente NP = No pertinente		B) Calidad técnica y representativa O= Óptima B= Buena R= Regular D= Deficiente				C) Lenguaje A= Adecuado I = Inadecuado		OBSERVACIONES
	P	NP	O	B	R	D	A	I	
1	X		X				X		
2	X		X				X		
3	X		X				X		
4	X		X				X		
5	X		X				X		
6	X		X				X		
7	X		X				X		
8	X		X				X		
9	X		X				X		
10	X		X				X		
11	X		X				X		
12	X		X				X		
13	X		X				X		
14	X		X				X		
15	X		X				X		
16	X		X				X		
17	X		X				X		
18	X		X				X		
19	X		X				X		
20	X		X				X		
<b>DATOS DEL EVALUADOR</b>			Nombres: Magister María Elizabeth Paz Perea. Profesión: Msc. En Educación Especial. Fecha: Esmeraldas 25 de Febrero de 2014.				C.I. 0801900101 Cargo: Docente de niños /as y jóvenes con multidefícit. Firma: 		

Observaciones \_\_\_\_\_

**MAESTRÍA EN EDUCACIÓN ESPECIAL CON MENCIÓN EN EDUCACIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD VISUAL.**

**REGISTRO DE VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS PARA RECOLECCIÓN DE DATOS.**

Guía de observación (test locomotor) dirigida a niños con parálisis cerebral de 0-8 años de edad de la Escuela Especial "Ayúdanos a Empezar" de Babahoyo.

**Tema de Tesis:** Realidad del ámbito fisioterapéutico en el Cantón Babahoyo y propuesta de Guía dirigida a padres de familia de los niños de 0-8 años de edad con parálisis cerebral asociada a la baja visión, orientada a fomentar el desarrollo locomotor.

**Autor:** Ana Lucia Mora Mora.

ITEM (En función de cuántas preguntas tenga el instrumento)	A) Correspondencia de las preguntas con los objetivos, variables e indicadores P= Pertinente NP = No pertinente		B) Calidad técnica y representativa O= Óptima B= Buena R= Regular D= Deficiente				C) Lenguaje A= Adecuado I = Inadecuado		OBSERVACIONES
	P	NP	O	B	R	D	A	I	
1	X		X				X		
2	X		X				X		
3	X		X				X		
4	X		X				X		
5	X		X				X		
6	X		X				X		
7	X		X				X		
8	X		X				X		
9	X		X				X		
10	X		X				X		
11	X		X				X		
12	X		X				X		
13	X		X				X		
14	X		X				X		
15	X		X				X		
16	X		X				X		
17	X		X				X		
18	X		X				X		
19	X		X				X		
20	X		X				X		
<b>DATOS DEL EVALUADOR</b>			<b>Nombres:</b> Francisca Mora Paz. <b>Profesión:</b> Máster en Educación y Currículo. <b>Fecha:</b> Babahoyo, 25 de Febrero de 2014.				<b>C.I.</b> 1200745535 <b>Cargo:</b> Líder del área de docencia y neonato. <b>Firma:</b> 		

Observaciones \_\_\_\_\_



**Anexo 8:** Registro de Validación de la Propuesta.



UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA  
UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA  
UNIDAD DE POSGRADO SEDE GUAYAQUIL  
MAESTRÍA EN EDUCACIÓN ESPECIAL CON MENCIÓN EN EDUCACIÓN DE LAS  
PERSONAS CON DISCAPACIDAD VISUAL

**VALIDACIÓN DE LA PROPUESTA FINAL DE LA TESIS**

**TEMA DE TESIS:** Realidad del ámbito fisioterapéutico en el Cantón Babahoyo y propuesta de Guía dirigida a padres de familia de los niños de 0-8 años de edad con parálisis cerebral asociada a la baja visión, orientada a fomentar el desarrollo locomotor.


**AUTOR:** Ana Lucia Mora Mora.

FICHA TÉCNICA DEL VALIDADOR	
<b>Nombre:</b>	Bélgica Macías Torres.
<b>Profesión:</b>	Msc. en Educación Especial.
<b>Ocupación:</b>	Fisioterapeuta.
<b>Experiencia en el tema propuesto:</b>	30 años.
<b>Dirección domiciliaria:</b>	Guayaquil, Colombia # 2628.
<b>Teléfonos:</b>	042364380 – 0994034717

Valoración	Muy adecuada	Adecuada	Medianamente adecuada	Poco adecuada	Nada adecuada
Aspectos	5	4	3	2	1
Introducción	X				
Objetivos	X				
Pertinencia	X				
Secuencia	X				
Modelo de Intervención	X				
Profundidad	X				
Lenguaje	X				
Comprensión	X				
Creatividad	X				
Impacto	X				

Comentarios: \_\_\_\_\_

Fecha: Guayaquil, 20 de marzo de 2014.

  
Bélgica Macías Torres.  
C.I. 0904902897



UNIVERSIDAD POLITÉCNICA  
**SALESIANA**



UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA  
UNIDAD DE POSGRADO SEDE GUAYAQUIL  
**MAESTRÍA EN EDUCACIÓN ESPECIAL CON MENCIÓN EN EDUCACIÓN DE LAS  
PERSONAS CON DISCAPACIDAD VISUAL.**

**VALIDACIÓN DE LA PROPUESTA FINAL DE LA TESIS**

**TEMA DE TESIS:** Realidad del ámbito fisioterapéutico en el Cantón Babahoyo y propuesta de Guía dirigida a padres de familia de los niños de 0-8 años de edad con parálisis cerebral asociada a la baja visión, orientada a fomentar el desarrollo locomotor.

**AUTOR:** Ana Lucía Mora Mora.

**FICHA TÉCNICA DEL VALIDADOR**

**Nombre:** María Elizabeth Paz Perea.  
**Profesión:** Msc. en Educación Especial.  
**Ocupación:** Docente de niños/as y jóvenes con multidéficit.  
**Experiencia en el tema propuesto:** 10 años  
**Dirección domiciliaria:** Esmeraldas, Valle San Rafael- sector Voluntad de Dios  
**Teléfonos :** 062765882 - 0992071034

Valoración	Muy adecuada	Adecuada	Medianamente adecuada	Poco adecuada	Nada adecuada
Aspectos	5	4	3	2	1
Introducción	X				
Objetivos	X				
Pertinencia		X			
Secuencia		X			
Modelo de Intervención	X				
Profundidad		X			
Lenguaje	X				
Comprensión		X			
Creatividad		X			
Impacto	X				

Comentarios: \_\_\_\_\_

**Fecha:** 20 de marzo de 2014.

  
\_\_\_\_\_  
**María Elizabeth Paz Perea**  
C.I. 0801900101

UNIDAD DE ESTUDIOS DE POSGRADOS



UNIVERSIDAD POLITÉCNICA  
**SALESIANA**

UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA  
UNIDAD DE POSGRADO SEDE GUAYAQUIL  
**MAESTRÍA EN EDUCACIÓN ESPECIAL CON MENCIÓN EN EDUCACIÓN DE LAS  
PERSONAS CON DISCAPACIDAD VISUAL.**



**IUS**  
INSTITUCIÓN VALLERIANO DE EDUCACIÓN SUPERIOR

UNIDAD DE ESTUDIOS DE POSGRADOS

**VALIDACIÓN DE LA PROPUESTA FINAL DE LA TESIS**

**TEMA DE TESIS:** Realidad del ámbito fisioterapéutico en el Cantón Babahoyo y propuesta de Guía dirigida a padres de familia de los niños de 0-8 años de edad con parálisis cerebral asociada a la baja visión, orientada a fomentar el desarrollo locomotor.

**AUTOR:** Ana Lucia Mora Mora.

**FICHA TÉCNICA DEL VALIDADOR**

**Nombre:** Francisca Mora Paz.  
**Profesión:** Lic. en Enfermería.  
**Ocupación:** Líder del área de docencia y neonato.  
**Experiencia en el tema propuesto:** 24 años.  
**Dirección domiciliaria:** Babahoyo, Cdla. Del Chofer.  
**Teléfonos:** 052733948 – 0999533141.

Valoración	Muy adecuada	Adecuada	Medianamente adecuada	Poco adecuada	Nada adecuada
Aspectos	5	4	3	2	1
Introducción	x				
Objetivos	x				
Pertinencia	x				
Secuencia		x			
Modelo de Intervención	x				
Profundidad	x				
Lenguaje	x				
Comprensión	x				
Creatividad	x				
Impacto	x				

Comentarios: \_\_\_\_\_

**Fecha:** Babahoyo, 20 de marzo de 2014.

  
Francisca Mora Paz.  
C.I. 1200745535

Anexo 9: Ficha Senescyt para repositorio digital.



FICHA SENESCYT PARA REPOSITORIO DIGITAL DE TESIS NACIONAL

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA		
FICHA DE REGISTRO DE TESIS		
<b>TÍTULO Y SUBTÍTULO:</b> REALIDAD DEL ÁMBITO FISIOTERAPÉUTICO DE LOS CENTROS E INSTITUCIONES EN EL CANTÓN BABAHoyo Y PROPUESTA DE GUÍA DIRIGIDA A PADRES DE FAMILIA DE LOS NIÑOS DE 0-8 AÑOS DE EDAD CON PARÁLISIS CEREBRAL ASOCIADA A LA BAJA VISIÓN, ORIENTADA A FOMENTAR EL DESARROLLO LOCOMOTOR.		
<b>AUTORES:</b> ANA LUCÍA MORA MORA.		<b>REVISORES:</b> BÉLGICA MACÍAS. PRISCILLA PAREDES. MARLENE RAMÍREZ.
<b>INSTITUCIÓN:</b> UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA.		<b>FACULTAD:</b>
<b>CARRERA:</b> MAESTRÍA EN EDUCACIÓN ESPECIAL CON MENCIÓN EN EDUCACIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD VISUAL.		
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>		<b>N° DE PÁGS:</b> 167
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>		
<b>PALABRAS CLAVE:</b> BAJA VISIÓN, PARÁLISIS CEREBRAL, FISIOTERAPIA, LOCOMOTOR.		
<b>RESUMEN:</b> <p>ESTE TRABAJO DE TESIS SE LO EFECTUO EN LA CIUDAD DE BABAHoyo EN LA ESCUELA DE EDUCACIÓN ESPECIAL A 'AYÚDANOS A EMPEZAR' ABORDANDO EL TEMA DE LA PARÁLISIS CEREBRAL Y LA BAJA VISIÓN DESDE LA INTERVENCIÓN FISIOTERAPÉUTICA DANDO RESPUESTA A LA PROBLEMÁTICA QUE LOS PADRES NO APOYAN EN EL HOGAR CON LOS EJERCICIOS PARA EL DESARROLLO MOTOR DE LOS NIÑOS.</p> <p>CON LOS RESULTADOS OBTENIDOS DE LAS ENCUESTAS APLICADAS A DOCENTE, PADRES DE FAMILIA, FISIOTERAPEUTAS Y UN TEST LOCOMOTOR PARA LOS NIÑOS, SE CONFIRMA LA IMPORTANCIA DE REALIZAR UNA GUÍA FISIOTERAPÉUTICA EN UN 100% DIRIGIDA A PADRES DE FAMILIA DE LOS NIÑOS CON PARÁLISIS CEREBRAL ASOCIADO A LA BAJA VISIÓN YA QUE EL 67% LOS PADRES NO REALIZAN EL REFUERZO DE LOS EJERCICIOS EN EL HOGAR PORQUE NO SABEN HACERLO.</p> <p>LA APLICACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA GUÍA SE LA REALIZÓ DURANTE 6 MESES EN EL AÑO LECTIVO 2013-2014 CON 18 NIÑOS DE 0-8 AÑOS DE EDAD CON PARÁLISIS CEREBRAL Y BAJA VISIÓN LOGRANDO EN LOS PADRES UNA MEJOR PARTICIPACIÓN E INTEGRACIÓN FAMILIAR, ADEMÁS PARA COMPLEMENTAR LA GUÍA SE ADICIONA INFORMACIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LA PARÁLISIS CEREBRAL Y BAJA VISIÓN.</p> <p>COMO CONCLUSIÓN ADICIONAL TENEMOS LA ESTIMULACIÓN VISUAL DE LOS NIÑOS YA QUE MIENTRAS MÁS SE VEA DE CERCA, MÁS SE ESTIMULA EL CEREBRO.</p>		
<b>N° DE REGISTRO (en base de datos):</b>		<b>N° DE CLASIFICACIÓN:</b>
<b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>		
<b>ADJUNTO PDF:</b>		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>CONTACTO CON AUTORES:</b>		<b>Teléfono:</b> 0994256859 <b>E-mail:</b> anita_mora77@hotmail.com
<b>CONTACTO EN LA INSTITUCIÓN:</b>		<b>Nombre:</b> Priscilla Paredes. <b>Teléfono:</b> (593) 4 2590630 <b>E-mail:</b> pparedes@ups.edu.ec

UNIDAD DE ESTUDIOS DE POSGRADOS