



**ESCUELA DE POSGRADO**

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**Programa educativo "Petite" en el conocimiento de las  
madres en el control postural del niño con parálisis  
cerebral en una clínica privada de Lima.**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:**

Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud

**AUTOR:**

Br. Acevedo Chinchá, Gabriel

**ASESOR:**

Dr. Joaquín Vértiz Osoreo

**SECCIÓN:**

Ciencias de la Salud

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

Gestión de los Servicios de Salud

**PERÚ - 2018**

## **Página del jurado**

Dra. Luzmila Garro Aburto  
Presidenta

Dra. Marlene Magallanes Corimanya  
Secretaria

Dr. Jacinto Joaquín Vértiz Osores  
Vocal

**Dedicatoria**

El presente trabajo es dedicado a mi madre, quien ha estado a mi lado todo este tiempo apoyándome y motivándome a seguir creciendo.

### **Agradecimiento**

Agradecer a mis hermanos que están apoyándome constantemente, a mi hermana porque ella es una mujer pujante luchadora de la igualdad en derechos para la mujer y al benjamín de la familia por ser mi mano derecha.

También agradecer a los docentes de la Universidad Cesar Vallejo, compañeros y amigos por brindarme su apoyo.

### **Declaratoria de autenticidad**

Yo, Gabriel Acevedo Chinchá, estudiante del Programa de Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud, de la Escuela de Postgrado de la Universidad César Vallejo, Sede Lima Norte; declaro el trabajo académico titulado “Programa educativo "Petite" en el conocimiento de las madres en el control postural del niño con parálisis cerebral”, presentada, en 209 folios para la obtención del grado académico de Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud, es de mi autoría.

Por tanto, declaro lo siguiente:

He mencionado todas las fuentes empleadas en el presente trabajo de investigación, identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes, de acuerdo con lo establecido por las normas de elaboración de trabajos académicos.

No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquellas expresamente señaladas en este trabajo.

Este trabajo de investigación no ha sido previamente presentado completa ni parcialmente para la obtención de otro grado académico o título profesional.

Soy consciente de que mi trabajo puede ser revisado electrónicamente en búsqueda de plagios.

De encontrar uso de material intelectual ajeno sin el debido reconocimiento de su fuente o autor, me someto a las sanciones que determinen el procedimiento disciplinario.

Lima, 18 agosto de 2018

---

Br. Gabriel Acevedo Chinchá

DNI: 41438136

## Presentación

Señores miembros del jurado:

En cumplimiento del reglamento de grado y títulos de la Universidad Cesar Vallejo, filial Los Olivos, se presentó la tesis *Programa educativo "Petite" en el conocimiento de las madres en el control postural del niño con parálisis cerebral*, que tuvo como objetivo establecer el efecto del programa educativo "Petite" en el nivel de conocimiento de las madres sobre el control postural de niños con parálisis cerebral.

La presente investigación está estructurada en seis capítulos. En el primer capítulo dedicado a la introducción donde se exponen la realidad problemática, trabajos previos, teorías relacionadas al tema, la justificación, las hipótesis y objetivos. En el segundo capítulo se presenta el método donde se muestran el diseño de investigación, variables, operacionalización, población, muestra y muestreo, técnicas e instrumentos de recolección de datos, métodos de análisis de datos y aspectos éticos. En el tercer capítulo se presenta el resultado con la estadística descriptiva. En el cuarto capítulo está dedicado a la discusión de resultados. El quinto capítulo contiene las conclusiones de la investigación. En el sexto capítulo se formulan las recomendaciones y finalmente se presentan las referencias bibliográficas y los anexos.

Los resultados obtenidos en el proceso de investigación constituyen las evidencias de que se existe un incremento en el conocimiento en el control postural del niño con parálisis cerebral por parte de las madres al aplicarles el programa educativo "Petite".

El autor

## Índice de contenidos

	<b>Pág.</b>
Página del jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Declaratoria de autenticidad	v
Presentación	vi
Índice de contenidos	vii
Lista de tablas	ix
Lista de figuras	x
Resumen	xi
Abstract	xii
I. Introducción	13
1.1 Realidad problemática	14
1.2 Trabajos previos	16
1.3 Teorías relacionadas al tema	22
1.4 Justificación	50
1.5 Formulación del Problema	50
1.6 Hipótesis	51
1.7 Objetivos	52
II. Método	54
2.1 Diseño de investigación	55
2.2 Variables, Operacionalización	56
2.3 Población, muestra y muestreo	59
2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	61
2.5 Métodos de análisis de datos	65
2.6 Aspectos éticos	65
III. Resultados	67
3.1 Estadística descriptiva	68
3.2 Contrastación de la hipótesis general	76
IV. Discusión	80
V. Conclusiones	86

VI. Recomendaciones	89
VII. Referencias	92
Anexos	98
Anexo 1. Matriz de consistencia	99
Anexo 2. Instrumento de evaluación	104
Anexo 3. Programa educativo Petite	118
Anexo 4. Base de datos	170
Anexo 5. Certificado de validez	175
Anexo 6. Pantallazo del ssps	186
Anexo 7. Artículo Científico	196



**Lista de tablas**

Tabla 1.	Matriz de operacionalización de la variable: Control postural	58
Tabla 2.	Baremo de la variable Niveles de conocimiento sobre control postural	64
Tabla 3.	Juicio de expertos	64
Tabla 4.	Nivel de conocimiento sobre control postural	68
Tabla 5.	Nivel de conocimiento sobre control postural para la higiene	70
Tabla 6.	Nivel de conocimiento sobre control postural para el vestido	72
Tabla 7.	Nivel de conocimiento sobre control postural para la alimentación	74
Tabla 8.	Pruebas de normalidad	76
Tabla 9.	Prueba de Wilcoxon para el nivel de conocimiento sobre control postural	76
Tabla 10.	Prueba de Wilcoxon para el nivel de conocimiento sobre control postural para la higiene.	77
Tabla 11.	Prueba de Wilcoxon para el nivel de conocimiento sobre control postural para el vestido	78
Tabla 12.	Prueba de Wilcoxon para el nivel de conocimiento sobre control postural para la alimentación	79

## Lista de figuras

	Pág.
Figura 1. Niveles de conocimientos y niveles educativos	24
Figura 2. Resultados hallados del nivel de conocimiento sobre control postural.	68
Figura 3. Diagrama de Caja y bigotes en el Pre test y Post test.	69
Figura 4. Resultados hallados del nivel de conocimiento sobre control postural para la higiene.	70
Figura 5. Diagrama de Caja y bigotes en el Pre test y Post test	71
Figura 6. Resultados hallados del nivel de conocimiento sobre control postural para el vestido.	72
Figura 7. Diagrama de Caja y bigotes en el Pre test y Post test	73
Figura 8. Resultados hallados del nivel de conocimiento sobre control postural para la alimentación.	74
Figura 9. Diagrama de Caja y bigotes en el Pre test y Post test	75

## Resumen

El presente trabajo de investigación titulado "Programa educativo "Petite" en el conocimiento de las madres en el control postural del niño con parálisis cerebral", tuvo como objetivo determinar el efecto del programa educativo "Petite" en el nivel de conocimiento de las madres sobre el control postural de niños con parálisis cerebral en una clínica privada de Lima.

Se utilizó el método hipotético-deductivo, el tipo de estudio según su finalidad fue aplicado y según su nivel fue explicativo. El enfoque utilizado fue cuantitativo, se utilizó el diseño pre-experimental, ya que se aplica una prueba previa al estímulo o tratamiento experimental, después se le administra el tratamiento y finalmente se le aplica una prueba posterior al estímulo. La población estuvo conformada por 101 madres, siendo la muestra de 80 madres de niños con parálisis cerebral. Las técnicas de recolección de datos utilizada fue una encuesta de 20 preguntas.

Las conclusiones fueron el 8,8% de las madres tienen conocimientos muy altos en el control postural del niño con parálisis cerebral. Se realizaron pre test para medir los conocimientos, resultando el 83,8% con conocimientos bajos y en el post test 52,5% con conocimientos altos en el control postural del niño con parálisis cerebral. El resultado de la investigación permitió concluir que el programa educativo "Petite" tiene un efecto positivo en el nivel de conocimiento de las madres sobre el control postural de niños con parálisis cerebral.

**Palabras clave:** Programa educativo "Petite", nivel de conocimiento sobre control postural, control postural para la higiene, control postural para el vestido, control postural para la alimentación

## Abstract

The present research work entitled "Educational Program" Petite "in the knowledge of mothers in the postural control of the child with cerebral palsy", aimed to determine the effect of the educational program "Petite" on the level of knowledge of mothers about the postural control of children with severe cerebral palsy.

The hypothetic-deductive method was used, the type of study according to its purpose was applied and according to its level it was explanatory. The approach used was quantitative, the pre-experimental design was used, since a previous test is applied to the stimulus or experimental treatment, after the treatment is administered and finally a post-stimulus test is applied. The objective was to determine the effect of the educational program "Petite" on the knowledge of postural control in mothers of children with cerebral palsy in a private clinic in Lima. The population consisted of 101 mothers, being the sample of 80 mothers of children with cerebral palsy. The data collection techniques used was a survey of 20 questions.

The conclusions were 8.8% of the mothers have very high knowledge in the postural control of the child with cerebral palsy. Pretesting was done to measure knowledge, resulting 83.8% with low knowledge and in the 52.5% posttest with high knowledge in the postural control of the child with cerebral palsy. The result of the investigation allowed to conclude that the educational program "Petite" has a positive effect on the level of knowledge of mothers on the postural control of children with cerebral palsy.

**Key words:** Educational program "Petite", level of knowledge on postural control, postural control for hygiene, postural control for clothing, postural control for food

## **I. Introducción**

## 1.1 Realidad problemática

Se tiene una prolija literatura que describe el daño selectivo, limitaciones funcionales, sociales y discapacidades en los niños con parálisis cerebral. Existe una revisión orientada a entender o tratar ciertos daños. Sin embargo, si se tratan los daños exitosamente, se puede obtener un cambio en la función. Otras revisiones no son tan acertadas en esta relación.

A pesar de la abundante literatura, se tiene muy poca referida al sentido de las descripciones básicas en niños con parálisis cerebral. Onley & Wright (1994) refiere que muchos clínicos con experiencia en el tratamiento de gente con PC tienen un buen sentido de los daños, las limitaciones y deficiencias motoras. Además, sienten que, vinculado a sus daños, los niños con parálisis cerebral obtienen desarrollos de maneras predecibles. Esta es la teoría que se enseñó en el curso de las técnicas de neurodesarrollo dadas a través de este país y alrededor del mundo. La señora Bertha Bobath escribió sobre sus impresiones de desarrollo en niños con parálisis cerebral (Bobath, 1985; Bobath & Bobath, 1975). Su trabajo ofrece una de las pocas descripciones de niños con varias clasificaciones de parálisis cerebral, misma que debe ser necesariamente revisada en la actualidad entendiendo el control motor. En la actualidad, el niño que sobrevive a un nacimiento prematuro o a un nacimiento traumático se desarrolla en el ambiente de la parálisis cerebral, lo cual es muy diferente al niño que pudo sobrevivir a estos nacimientos hace veinte años. Por lo tanto, las descripciones de los niños con el diagnóstico de parálisis cerebral deben ser revisadas constantemente.

El terapeuta que trabaja con niños que padecen de parálisis cerebral debe identificar y tratar los problemas del movimiento para ayudar a las funciones conseguidas. El terapeuta necesita tres habilidades básicas para asistir al niño con parálisis cerebral en el aprendizaje de nuevas y competitivas funciones. Primero, entender el daño, las limitaciones funcionales y las discapacidades que el niño desarrollará. Segundo, predecir el resultado de niños con y sin tratamiento. Tercero, desarrollar estrategias básicas para dirigir dichos problemas.

Muchos niños con parálisis cerebral tienen una formación compleja de daños y limitaciones funcionales. Sus problemas son tan severos que hasta los terapeutas con mucha experiencia a menudo cambian sus percepciones cambien constantemente a medida que miden a los niños en tratamiento.

La atención en la clínica privada es principalmente a niños con deficiencias motoras y cognitivas, siendo la población atendida los menores entre los 0 y dieciocho años de edad. Las atenciones que se brindan son terapia física, terapia ocupacional y terapia de lenguaje. Las actividades en el área de terapia física son en neurología pediátrica y ortopedia. Los menores que son atendidos en la clínica privada son programados por tres meses, a razón de tres sesiones de media hora cada una a la semana. Terminada la programación los menores deben de asistir a una cita con el médico en rehabilitación tratante y después ser reprogramados para las siguientes sesiones, que serán entre los dos o tres meses siguientes a la atención con el médico tratante. Durante este tiempo los menores están en sus domicilios, asisten a otras terapias en otros establecimientos de salud o son atendidos por otros profesionales en sus propios hogares.

Los niños que no puedan asistir a otras terapias generalmente es porque los padres no cuentan con los medios económicos para poder llevarlos a otros establecimientos. El problema que se suscita por no poder asistir a otros centros de rehabilitación por motivos económicos, familiares y sociales se quedan en casa y así disminuye el progreso que se obtuvo, asimismo las madres desconocen las estrategias del control postural de los menores con parálisis cerebral, de tal forma que cuando los pacientes dejan de asistir a las terapias, adquieren alteraciones de postura y movimiento. No existe una gestión para la educación de las madres en torno al cuidado del menor con parálisis cerebral en el hogar, tanto para actividades de control postural de la higiene, control postural del vestido como para el control postural en la alimentación.

## 1.2 Trabajos previos

### 1.2.1 Antecedentes internacionales

Farouk (2018) en la investigación *El efecto de una intervención educativa para mejorar la atención de las madres a sus hijos con parálisis cerebral* tuvo como objetivo evaluar el efecto. La metodología fue un diseño casi experimental, que incluyó a 65 madres. Las herramientas de recolección de datos fueron el cuestionario estructurado. Los resultados determinaron que la mayoría de las madres tenían conocimientos insatisfactorios sobre el cuidado de los problemas asociados en sus hijos con parálisis cerebral respecto a la masticación y deglución, antes del programa según los resultados 87,7% para luego obtener el 47,7% de conocimientos satisfactorios inmediatamente después del programa y el 50,8% de conocimientos satisfactorios después de 6 meses. El porcentaje total del conocimiento de las madres sobre la atención de problemas asociados en sus hijos antes, inmediatamente después y después de 6 meses de implementación del programa fue lo siguiente 95.4% de las madres estudiadas tenían conocimiento insatisfactorio antes del programa, este porcentaje disminuyó a 41.5% inmediatamente después de la aplicación del programa, para luego al final todas las madres (100%) tuvieron conocimiento satisfactorio después de 6 meses de implementación del programa que es 0% madres con conocimiento insatisfactorio. La distribución de las prácticas informadas insatisfactorias de las madres con respecto al cuidado diario de sus hijos antes del programa fue de 61.5% respecto a (ropa de niño, cuidado dental, entrenamiento de esfínteres e higiene y baño), para que luego el 93,8% y el 66,2% de madres tengan practicas informadas satisfactorias inmediatamente y después de 6 meses de implementación del programa, respectivamente. Las prácticas observadas de las madres con respecto a la atención de sus hijos indican que el 33,8% tenían prácticas observadas satisfactorias con respecto a la alimentación antes del programa, 64,6% inmediatamente al programa y el 78,5% después de 6 meses en las prácticas observadas satisfactorias.

Pozo (2016) en la tesis *Conocimiento de los padres de familia y docentes sobre los hábitos higiénico - dietéticos de niños y adolescentes con discapacidad*



*intelectual en el Instituto Fiscal de Educación Especial* cuyo objetivo fue establecer el nivel de conocimiento de los padres y los cuidadores sobre los hábitos higiénico-dietéticos en niños y adolescentes con discapacidad intelectual. El estudio fue de tipo descriptivo donde se evaluó a través de encuesta a 60 padres de familia y 40 docentes del instituto. La conclusión fue que los padres de familia tienen un conocimiento regular-bajo y los docentes un conocimiento medio. El nivel de conocimiento de hábitos de higiene que poseen los padres de niños y adolescentes con Discapacidad Intelectual es bajo con un 23,0%. El nivel de conocimiento de hábitos dietéticos que poseen los padres de niños y adolescentes con Discapacidad Intelectual es regular con un 27,55%. El nivel de conocimiento de hábitos de higiene que poseen los docentes de niños y adolescentes con Discapacidad Intelectual es medio con un 52,13%. El nivel de conocimiento de hábitos dietéticos que poseen los docentes de niños y adolescentes con Discapacidad Intelectual es medio con un 62,38%. El conocimiento de los hábitos de higiene y dieta que poseen los padres de acuerdo al tipo de Discapacidad intelectual es de 40% de los padres de niños y adolescentes con Retraso mental, el 36,8% Síndrome de Down, el 33,3% con Autismo y el 25,0% Parálisis cerebral.

Hayles (2015) en la investigación titulada *Las experiencias de los padres cuidado de la salud para sus niños con parálisis cerebral*. Esta investigación utilizó la metodología de la teoría fundamentada para explorar las experiencias de cuidado de la salud de los padres de niños con parálisis cerebral que viven en un área regional de Australia. El Método fue el diseño de estudio exploratorio cualitativo, utilizando un punto de vista constructivista social. Los aspectos importantes de la atención incluyen "aprender sobre la marcha", "navegar por los sistemas", "satisfacer necesidades a través de asociación, "empoderamiento o falta de poder" y "encontrar un equilibrio". Los participantes del estudio fueron 13 padres de niños menores de diecisiete años con parálisis cerebral. Llevó a cabo dos pequeños grupos focales y ocho entrevistas individuales en profundidad. En la discusión se llegó a identificar que los padres de niños con parálisis cerebral experimentaron los cuidados de salud para sus hijos en ciclos, en constante evolución de "aprovechar al máximo su cuerpo y su vida". También

experimentaron la atención médica como un proceso temporal, en el que el enfoque de la atención médica cambió con el tiempo en respuesta a las necesidades cambiantes del niño y la familia. Sin embargo, los padres de nuestro estudio informaron que carecían de información y orientación de profesionales y servicios de salud, lo cual es consistente con los hallazgos de investigaciones previas que identifican que la provisión de información es una necesidad importante, pero a menudo incumplida para los padres de niños con discapacidades o atención médica especial.

Montalván (2015) en su trabajo de investigación titulado *La familia en las actividades de la vida diaria de los niños con parálisis cerebral infantil, que asisten al centro de atención y desarrollo para los niños, niñas y adolescentes especiales "C.A.D.E", de la Ciudad de Loja. Período marzo – octubre 2013*, el objetivo de la investigación fue establecer de qué manera incide la familia en las actividades de la vida diaria de los niños con parálisis cerebral infantil. Se aplicó el método descriptivo y los instrumentos aplicados fueron encuesta estructurada para padres de familia y escala de valoración habilidades de la vida diaria (Índice de Barthel), aplicada a los niños con parálisis cerebral infantil. La población fue de 120 padres y 120 niños y trabajó con una muestra de 10 padres de familia y 10 niños. Se investigaron las causas que a la familia le impedía contribuir adecuadamente en la ejecución de las actividades de la vida diaria de los niños. El 60% expresó que las causas son la falta de tiempo por atender a otros hijos, por el trabajo o no asistir a las terapias en forma constante. El 60% señaló la poca participación y que las charlas son de escasa ayuda. El 80% mencionó que ayudan en la ejecución de las actividades de la vida diaria de sus hijos por sentimientos de culpabilidad y porque no pueden ser independientes. Además de que el 60% de los menores presentan dependencia, en el aseo personal, vestido, uso del inodoro y control de esfínteres.

Rea Amaya (2014) en la investigación *Caracterización de los conocimientos de las madres sobre la discapacidad de sus hijos y su vínculo con la dinámica familiar* el objetivo fue establecer los conocimientos sobre discapacidad, la dinámica familiar y comunitaria de madres de hijos con discapacidad. El diseño fue exploratorio y descriptivo, el tipo de estudio fue

transversal y de campo; se recolectaron los datos en un solo momento con el propósito de observar y describir los fenómenos tal como se presentan en la realidad para luego analizarlos.

Se utilizó una guía de entrevista semiestructurada. Participaron 42 madres, de las que se obtuvo que, en la Dimensión Conocimiento sobre Discapacidad, las madres tenían conocimiento de las causas de la discapacidad de sus hijos, 24% causas prenatales y 23,9% causas perinatales. En relación a la edad en que las madres saben de la discapacidad de sus hijos es la siguiente, al nacer 21.4%, los diez meses 21.4%, al año y medio 14.3%, de 2 a 3 años 19%, entre cuatro y seis años 16.7%, entre siete y ocho años 4.8% y a los 13 años 2.4%. La persona que informa acerca del diagnóstico. El 4.8% informa el Centro de Rehabilitación Infantil; el 76.2% lo realiza el especialista. A la pregunta la manera en cómo le informaron del diagnóstico de discapacidad, ellas respondieron de la siguiente manera, una explicación breve el 14.4%; realizándole más estudios el 16.8% y únicamente le informaron el diagnóstico 57.6%. Se observa que en más de la mitad de los casos solo se ha brindado el diagnóstico dejando demasiadas dudas a las madres.

### **1.2.2 Antecedentes nacionales**

Chávez (2015) en su tesis sobre *Efectos del programa Educativo 'Cuidando con Amor' en el familiar acompañante sobre conocimientos de cuidado en el hogar al paciente postrado en el hospital Nacional Arzobispo Loayza 2015*. Se realizó un estudio cuantitativo con diseño cuasi experimental, la muestra fueron 20 familiares, se empleó un cuestionario. Las conclusiones fueron el 80% del familiar tiene conocimientos altos en el cuidado en el hogar del paciente postrado. Se realizaron pre test para medir los conocimientos, resultando el 55% con conocimientos bajos y en el post test 80% con conocimientos altos en el cuidado en el hogar del paciente postrado. En la dimensión alimentación, se obtuvo que el 65% tuvo conocimientos bajos mientras que el 50% tuvo conocimientos altos después del programa educativo; en la dimensión úlceras por presión, el 60% tuvo conocimientos bajos para luego tener el 70% conocimientos medios y el 15% conocimientos altos; el 55% adquirió conocimientos bajos en la dimensión

administración de fármacos mientras que luego obtuvieron el 20% conocimientos altos y el 30% conocimientos medios; en la dimensión estado emocional inicialmente fue del 95% conocimientos bajos, luego se alcanzó que el 80% tuvo conocimientos altos. Se acreditó un incremento específico de los conocimientos previos y posteriores a la aplicación del programa educativo “cuidando con amor”.

Quispe (2015) en la tesis de *Gestión de prácticas de autocuidado que realizan los pacientes adultos y adultos mayores intervenidos de cirugía de catarata en la estrategia nacional de salud ocular del instituto nacional de oftalmología 2014*. Se realizó un estudio cuantitativo y de corte transversal, cuya muestra fueron 75 pacientes post operados de catarata. La recolección de datos fue a través de encuesta con un cuestionario. Se concluyó, a través de los resultados, lo siguiente: en la dimensión higiene y autocuidado el 90,7% se lavan las manos antes de la higiene ocular, el 73,3% esterilizaron el protector ocular, el 28% usaron lentes de sol después de la cirugía. En la dimensión actividad física el 94,7% guardo reposo mayor a 4 horas, el 42,7% vio televisión o leyó un documento al día siguiente. En la dimensión administración de fármacos, el 92% corrobora el nombre de las gotas oftálmicas, mientras que el 80% cumple con el horario de la prescripción médica y el 94,7% se aplica correctamente las gotas oftálmicas. El 9,3% afirma no haber recibido ninguna capacitación de las técnicas de autocuidado de la Estrategia Nacional de Salud Ocular, en cambio el 90,7% manifestó haber recibido dichas capacitaciones. Esto puede estar en relación a la zona de origen y condición médica del paciente.

Horna (2015) *Programa materno para el parto institucional en madres gestantes en el centro materno infantil en el Rímac entre los años 2012-2013*, el diseño de la investigación fue no experimental de corte longitudinal de nivel comparativo. Como muestra se trabajó con los reportes de madres gestantes que acudieron a su control prenatal en el Centro Materno Infantil Rímac entre los años 2012-2013, el instrumento de medición fue el registro de datos. Los hallazgos indicaron que existen diferencias significativas en el control prenatal luego de aplicar el programa materno en madres gestantes en el Centro Materno Infantil Rímac entre los años 2012-2013 ( $p < ,000$ ); asimismo en parto con acompañante

( $p < ,002$ ) a excepción de las visitas domiciliarias en donde no hay diferencia significativa. ( $p > ,092$ )

Siguas (2015) *El programa gerontológico en el estilo de vida saludable de los adultos mayores de la sede central del Centro Integral de Atención al Adulto mayor en San Juan de Miraflores del año 2014*. Este estudio de investigación se centró en los talleres gerontológicos y tuvo como objetivo determinar el efecto del programa gerontológico en el estilo de vida saludable de los adultos mayores de la sede central del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor del año 2014. En base a la atención al adulto mayor en la ocupación de su tiempo libre dirigido al esparcimiento, conservación de su salud, desarrollo personal y su participación activa en la sociedad. Esta investigación de enfoque cuantitativo, donde el diseño es de investigación *expo facto*, el método utilizado fue hipotético deductiva. La población y la muestra, ambas de 26 personas adultos mayores por lo cual es no probabilística. En el que la acción gerontológica, el programa y el estilo de vida saludable del adulto mayor ratificaron la dimensión del autocuidado, actividad física y psicosocial, afectaron positivamente el estilo de vida saludable de los adultos mayores. Los resultados de la investigación comprueban que se puede afirmar que existe evidencia para concluir que existe diferencia del estilo de vida saludable de las personas adultas mayores de la evaluación antes y después del programa gerontológico como lo demuestra los resultados estadísticos de la prueba de Wilcoxon con un valor de "W" calculada de -4,460 y una significatividad estadística de  $P=0,000000$ , aceptándose la hipótesis alternativa y rechazando la hipótesis nula.

Donayre (2014) en la tesis *Efectividad del programa educativo sobre autocuidados post trasplante cardiaco en la consulta de enfermería*, fue una investigación cuantitativa, de tipo descriptivo, transversal y prospectivo. El objetivo fue evaluar la efectividad de un programa educativo a los pacientes de trasplante cardiaco sobre autocuidados pos trasplante cardiaco, siendo la población de 34 pacientes y una muestra de 27 pacientes, la recolección de datos se realizó a través de la encuesta. Para evaluar el autocuidado se tuvo en cuenta la higiene corporal, prácticas de ejercicio físico, prevención de enfermedades, adaptación a cambios después del trasplante y uso regular de la medicación. Los resultados

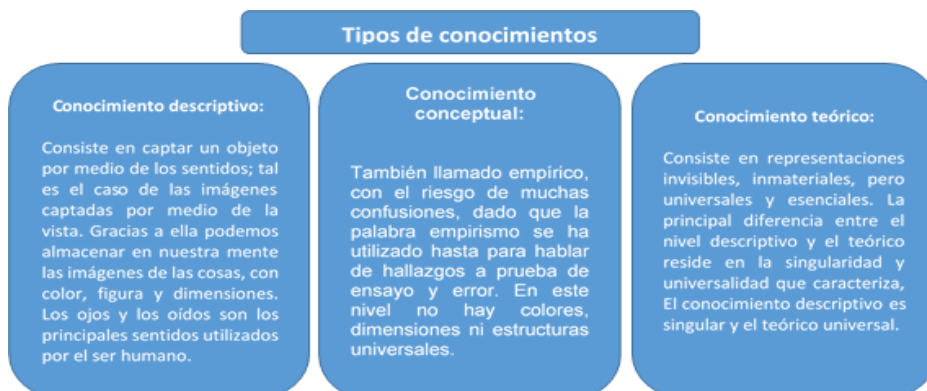
fueron los siguientes, 92,5% realizan la higiene corporal adecuadamente; 66,6% practican el ejercicio físico recomendado en la consulta de enfermería; solo 70,3% (19 pacientes) realizan siempre la prevención de enfermedades asistiendo frecuentemente al médico, nutricionista y odontólogo. El 77,7% (21 pacientes) realiza frecuentemente el autocuidado para adaptarse a los cambios después de trasplante de corazón y por último el 85,1% muestra interés constante en el uso de la farmacología indicada por el médico tratante.

### 1.3 Teorías relacionadas al tema

A continuación, se presentan las diferentes concepciones y teorías relacionadas con el programa educativo Petite y el nivel de conocimiento de las madres sobre el control postural de niños con parálisis cerebral; se describen las dimensiones que permitieron la medición de las variables de estudio y las diferentes teorías bajo las cuales se desarrolló la presente investigación.

#### 1.3.1 Bases teóricas del nivel de conocimiento

A partir de la perspectiva filosófica, se detalla cómo el acto y contenido. Indica que el “conocimiento como acto es la aprehensión de una cosa, una propiedad, un hecho; entendiéndose como aprehensión al proceso mental y no físico. (Barrios, 2012, p. 98). Del conocimiento como contenido, acepta que se obtiene gracias a los actos de conocer al producto de la operación mental de conocer; este conocimiento se puede obtener, almacenar, comunicar y derivar de unos a otros como conocimiento filosófico, conocimiento vulgar y conocimiento científico”.



Fuente: Barrios (2012)

Los niveles de conocimiento conllevan a la obtención del saber y devienen en el aumento de la complejidad de la comprensión de la vida. Así mismo existen niveles en los conocimientos. El primero inicia en la exploración de la información sobre un objeto de estudio o investigación. (González, 2014, p.136)

Este nivel se le llama instrumental, y es porque utiliza instrumentos racionales para poder llegar a la información; los mecanismos para usar los instrumentos forman el nivel técnico. El uso correcto del método para comprender la realidad constituye el nivel de la metodología; el corpus informativo con el que se cimienta y reforma el objeto de estudio representa al nivel teórico. El resultado de ello es el nivel epistemológico; por otro lado, las categorías usadas están en el nivel gnoseológico. Por último, la cosmovisión del ser humano tiene asidero en el nivel filosófico del conocimiento.

Los niveles de conocimiento se originan en el intercambio de información del ser humano sobre su entorno. Cada pequeño descubrimiento forma parte de la gran cadena de conocimientos que desarrolla el hombre. Todo esto se produce cuando se trata de prender y entender el entorno del modo científico y, además, cuando está diseñado de manera rigurosa, discursiva y sistemática. (González, 2014, p. 136)

Además el autor establece una separación clara de los niveles:

Los tres niveles iniciales sobre el conocimiento (instrumental, técnico y metodológico) se pueden aplicar al inicio del proceso educativo, el cuarto y el quinto (teórico y epistemológico) a la educación media o técnica, y los dos últimos (gnoseológico y filosófico) a la educación superior o también llamada universitaria. (González, 2014, p.136)

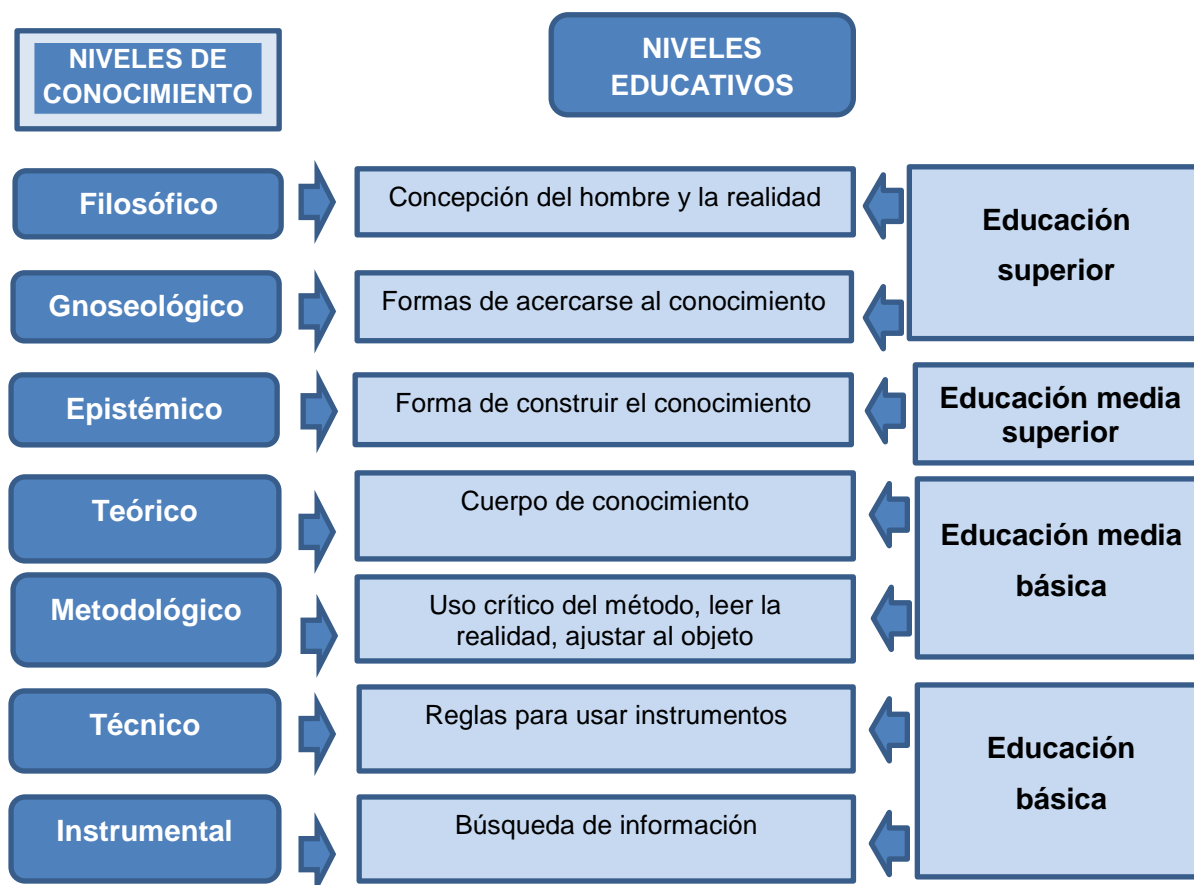


Figura 1. Niveles de conocimientos y niveles educativos

Fuente: González (1997).

González (2014) el conocimiento se divide en: conocimiento común que es ordinario, conocimiento científico y conocimiento filosófico. El conocimiento ordinario: es el conocimiento que nos ayuda a conocer los casos, no se aplica ningún método, ni se necesita ningún método científico para ser demostrado. Es el conocimiento de la vida ordinaria pero no merece ser subestimado. (p. 136)

Bunge (2014) a través del conocimiento ordinario o común formamos las naciones superficiales, triviales, emitimos juicios y pensamientos guiados por naciones. El conocimiento científico: surge del método científico, de la investigación y las conclusiones que son sometidas a la crítica racional o experimental. Para Aristóteles indagamos las causas próximas de las cosas y realizamos una descripción de todo ello.



El conocimiento científico es objetivo, va en búsqueda de la verdad táctica, en seguida de la verdad fáctica, verifica en adaptación de las ideas a través de la observación y experimento.

Este conocimiento es fáctico, es decir estudia los hechos, los describe tal como se presentan sin valor emocional y / o comercial.

También trasciende los hechos descarta los hechos no para permitir la producción de nuevos hechos que los explica.

Asimismo, es comunicable, es público, del lenguaje científico comunica información a quienes han sido educados para entenderlo.

Es comunicable gracias a la precisión o exactitud, condición necesaria para poder verificar datos empíricos e hipótesis.

También en general permite que los hechos singulares se conviertan en Pautas generales, los enunciados particulares en esquemas amplios.

El conocimiento científico no solo describe y hacen un inventario de las experiencias, también los explica a través de la hipótesis.

Este conocimiento es diverso pero evidente y exacto sus resultados son evidentes. Promueven la precisión evitando la vaguedad y superficialidad.

Por otro lado, es constatable, debe aprobar el examen de la experiencia, todas las conjeturas deben su prueba a prueba y así determinar la validez o inactividad de conocimiento.

Además, es sistemático, todas las ideas se conectan de forma lógica entre sí, no es la acumulación de informaciones sin conexión.

Dicho conocimiento es predictivo, trasciende los hechos de experiencia, podemos imaginar cómo fue el pasado y como sería el futuro. La predicción es la forma eficaz de poner a prueba la hipótesis y también la clave del control y modificación de los hechos.

Según Aristóteles, el conocimiento filosófico, es distinto a los otros dos tipos de conocimientos, “Busca las causas últimas de las cosas”, en otras palabras, es todo aquello que incide en el orden y presencia de un ser. Todo esto siguiendo lo que apuntaba Mario Bunge en su estudio sobre el conocimiento. (p.35)

El pensamiento filosófico de Aristóteles afirma que el objeto del conocimiento filosófico es, en tres puntos: el problema del ser, el problema del conocer y el problema del obrar. Para Tomás de Aquino el pensamiento filosófico en tres puntos: el problema de ser, el problema del conocer y el problema del obrar. Para Tomás Aquino el pensamiento filosófico es un perfeccionamiento del pensamiento aristotélico; el orden del ser, el problema del orden de conocer y el problema de obrar humano.

### **Teoría de la organización creadora de conocimiento**

Las ideas propuestas por Nonaka y Takeuchi (1995) porque bajo ese marco teórico.

La creación del conocimiento presenta dos dimensiones, la dimensión ontológica y la epistemológica. Además de estudiar la forma que el conocimiento se constituye a partir de la evolución del conocimiento explícito y tácito.

### **La dimensión epistemológica**

Distinguimos entre conocimiento tácito y explícito, son dos estados del conocimiento.

Byosiere (1999) “El conocimiento tácito es un conjunto de percepciones subjetivas intuiciones, rituales, entendimientos difíciles de expresarlos en forma semántica, auditiva y visual. Este interiorizado en la acción individual, experiencia personal, los mapas mentales, las ciencias están arraigadas en las personas”. (p. 55), por tanto se asume la relación hombre y naturaleza.

El conocimiento tácito requiere del hombre para la creación y difusión, se produce como consecuencia de la experiencia.

El conocimiento explícito es fruto del proceso de aprendizaje, se expresa en lenguaje formal y sistemático, escrito, auditivo visual. En oposición al conocimiento tácito permite ser transmisible, favoreciendo la colaboración y participación de los individuos.

La dimensión ontológica, clasifica el conocimiento como individual y social. El conocimiento individual está en la mente de las personas, es particular del entorno, el conocimiento social tiene rutinas, reglas, propias de los grupos, organizaciones e interorganizaciones.

El conocimiento individual es el sustento del conocimiento colectivo. Este conocimiento colectivo es el resultado del conocimiento individual, repartido entre los miembros del grupo.

### **Proceso de conversión del conocimiento.**

Según Nonaka y Takeuchi (1999) el conocimiento se concibe con la transformación del conocimiento tácito individual en conocimiento explícito grupal u organizacional, los miembros de la organización la interiorización transformándolo en tácito, este proceso tiene cuatro fases, estas son la socialización, externalización, combinación e internalización.

Socialización (la tácita a tácito), se adquiere el conocimiento de otro a través de las experiencias y pensamientos que comparten de manera que quien recibe la información incrementa su saber y se coloca al nivel del emisor. Realizan lo siguiente; captan el conocimiento a través de la interrelación con agentes externos e internos; diseminan el conocimiento y lo transfiere a otro individuo.

Externalización (de tácito a explícito), en esta etapa transforma el conocimiento tácito en conjunto explícitos, que se comprendan en la organización o en cualquier individuo. La expresión de ideas imágenes, conceptos son los instrumentos básicos que dan soporte a esta fase.

Combinación (de explícita a explícito), con esta etapa del proceso Se resumen los conceptos explícitos y se trasladan a una base de conocimientos; los procedimientos son captación e integración, luego diseminación, que se da a

través de presentaciones y reuniones, al final tenemos el procesado en documentos, planes, datos.

Internalización (de explícito a tácito), en esta etapa se amplifica el conocimiento tácito individual que parten del conocimiento explícito grupal, se actualizarán los conceptos y luego les incluirá del conocimiento explícito de la organización para ser conocimiento propio de cada persona.

### **1.3.2 Bases teóricas del programa educativo**

#### **Conceptualización**

Según Shefer (2003) mencionó que la educación es un “proceso que resume dos acciones: el aprendizaje y la enseñanza. La enseñanza es delimitada como la acción de un agente, el educador sobre el educando, que puede ser programada o no, pretende transformar al alumno a partir de la capacitación”. (p. 40)

Del concepto descrito se puede añadir que la educación es, según Shefer (2003):

Es la destreza en la que los expertos o educadores ejecutan un trabajo con los alumnos con las herramientas adecuadas, con el fin de que los sujetos de la educación, principalmente los niños y los adolescentes, se adecúen a una determinada sociedad. La educación ocasiona dos efectos en el alumnado: la capacitación y la formación. Entendemos por capacitación, a la adquisición por parte del estudiante de procedimientos, conceptos e información que facilitan un ejercicio eficiente en una determinada actividad. (p.41)

Para Shefer (2003) la formación conlleva la adquisición de valores, normas, actitudes, código de ética y códigos morales. Al adquirir una actitud vemos la realidad desde la óptica de lo socialmente aceptado, ello posibilita al educando a habituarse a las reglas y preceptos de la sociedad. La educación es el generador de la transformación, educar es un arte, un arte que crea y afianza, conductas deseadas. La educación ha cumplido sus objetivos y metas, cuando se produce el cambio en las actitudes y hábitos del educando, también cuando la información y el conocimiento se trasladan en los hábitos y rutinas. (p.43)

### 1.3.3 Estrategias de enseñanza

Mazariegos (2015, p. 56) refiere que “la estrategia de enseñanza son las ayudas que el docente facilita a los estudiantes para un profundo procesamiento de la información”.

Para Mazariegos (2015, p. 57) “Las estrategias de la enseñanza alcanzan desde el proyecto, el ordenamiento, la elaboración y por último la ejecución de los contenidos a aprender”.

Las estrategias de enseñanza han de ser proyectadas de tal forma que estimule a los estudiantes a prestar atención, examinar, juzgar, exponer las hipótesis, alcanzar las soluciones y exponer el conocimiento. También es importante que los educandos aprendan a aprender, es una tarea propia del educador, conseguir que los educandos sean responsables de su propio aprendizaje y no solo estar limitados a escuchar y repetir lo que el docente ha impartido.

Para Mazariegos (2015, p. 59) los objetivos son enunciados que cimientan las características, tipos de actividades, formas para evaluar el aprendizaje. Es por medio de los objetivos que se muestran a los estudiantes las expectativas que tenemos de ellos, asimismo se traza el camino que han de continuar. ¿Cuál es la importancia de establecer los objetivos? Son una guía para el educador y el alumno, este último sabe con anticipación que ha de hacer en cada sesión y así se logra que el alumno se responsabilice del proceso de aprendizaje, librándolo de la expectativa diaria ¿Qué haremos hoy? Porque ya tiene conocimiento de ello. De igual manera el educador no improvisa, sino que tiene establecido que hacer.

Según Mazariegos (2015, p. 58) el organizador previo es la:

La información de tipo introductorio y contextual, cuyo fin es estimular los conocimientos anteriores, construye puentes cognitivos entre la nueva información y la anterior. La importancia del organizador previo reside en conceder al educando un panorama general de lo que se abordará en clases, asimismo lo hace un participante activo del aprendizaje. El objetivo de las estrategias didácticas es promover el pensamiento crítico y creativo.

Las estrategias con instrucciones respondan los contenidos curriculares durante el proceso de enseñanza o de la lectura del texto de enseñanza. Abarca funciones, como la detección de la información principal, conceptualización de contenidos, delimitación de la organización, estructura e interrelación de contenido y sostén de la atención y motivación. (p.58)

El mismo Mazariegos (2015, p. 60) sostiene que las ilustraciones son:

Representaciones visuales de las ideas, de las teorías o temas particulares. El uso de las fotografías, esquemas, videos, dibujos, dramatización, entre otros contribuye a la adherencia de la información, también condensa la información evitando que el alumno se extravíe en una multitud de palabras que en muchos casos no son relevantes. La imitación es en forma práctica de que aprendamos, por ello los docentes deben ser el mejor ejemplo.

Por ultimo Mazariegos (2015, p. 61) manifestó que las redes semánticas y mapas conceptuales son:

Representaciones gráficas de esquemas de conocimiento (conceptos, propuestas y explicaciones) al igual que las ilustraciones, simplificamos la información y hacemos partícipe al alumno solicitándole el significado de conceptos, o la aplicación de dichas ideas. De esta forma se permite el razonamiento y se evita la repetición de manera simplista, así nos aseguramos que impulsamos el pensamiento crítico y la capacidad sintética de la información.

### **1.3.4 Estrategias de Aprendizaje**

Escobar y Morales (2016, p.156) exponen que las estrategias de aprendizaje son acciones que desarrolla el educando para captar el conocimiento, incorpora la información y hacerla relevante. El educando, al igual que el docente, se deben establecer objetivos claros y concisos, con metas y retos para una autoevaluación que mida el avance. Preguntas como: ¿Qué busco? ¿Qué quiero estudiar? ¿Para qué? ¿Por qué? ¿Qué modos de pensar, actuar y sentir se va obtener como

resultado de las experiencias? ¿Qué objetivos tengo? ¿Cómo lograré cumplir mis objetivos? ¿Cuándo y en qué momento lo voy a lograr?, Hacernos estas preguntas ayudaran a precisar los objetivos puesto que responderlas si marcan la ruta que se seguirá.

El procedimiento que da sentido a lo que se estudia es individual e interno, cada estudiante usa sus estrategias que las adopta de acuerdo a sus necesidades. Las estrategias que el educando ha de utilizar son la lectura, comprensión análisis y síntesis de los recursos gráficos.

Lectura y comprensión, según Escobar y Morales (2016) es:

Una estrategia primordial del aprendizaje es que a través de la lectura que se asimilen las ideas y, por ende, alcanzar los conocimientos; comprender lo que leemos nos invita a tener una actitud, reflexiva, ser críticos y desarrollar la capacidad de análisis y síntesis. (p.157)

Análisis y síntesis, según Escobar y Morales (2016) es el:

Examen de la configuración del texto, realizamos la lectura global, identificamos las ideas principales y secundarias, luego desarrollamos esquemas que son mapas conceptuales, redes semánticas, cuadros sinópticos, cuadros comparativos y al final procedemos a realizar un resumen con nuestras propias palabras a lo cual llamaremos síntesis. Asimismo, podemos realizar la reacción adoptando las palabras propias del autor, esto es el resumen. La diferencia entre síntesis y resumen es que la síntesis es la interpretación del texto desde una visión productivo constructivo mientras que el resumen es solo reproductivo y poder obtener un aprendizaje significativo lo más importante es la producción. (p.159)

Recursos gráficos, según Escobar y Morales (2016, p. 161) son:

Mapas conceptuales: Son técnicas donde a través de asociaciones se obtiene un panorama general del tema, incluye las palabras claves, cuya función es hacernos recordar los conceptos, las ideas, todas ellas dentro de rectángulos o círculos.

Mapas mentales: Es un recurso que provee el análisis estructural del conocimiento, en forma tal, que son representados en la mente. Recurso de carácter estratégico que proporciona un análisis estructural del conocimiento en la manera como cada quien los represente en la mente, se utilizan imágenes alusivas al tema.

Cuadro sinóptico: Esquemas que agrupan los datos más importantes de una lectura, se utilizan llaves para clasificación los temas y subtemas.

### **Charlas educativas**

Según Castilla (2016) la charla educativa es “el instrumento más empleado por los profesionales de la salud para enfocarse hacia los grupos”

El autor manifiesta que estas charlas son muy ventajosas porque es, primero económica, y segundo, llega a muchas personas en un mismo tiempo. Asimismo, en un tiempo limitado se puede exponer un tema completo; la única desventaja es la actitud del paciente que generalmente toma una postura pasiva, solo escucha la charla. (p.196)

Para Salleras (1985, p. 148) la charla educativa es el “procedimiento directo de educación sanitaria más utilizado en nuestro medio para dirigirse a grupo”, como dice el autor la charla “está dirigida a profanos, y es menos protocolaria que la conferencia, por lo que permite un mayor acercamiento del que habla con el auditorio”.

Según Silva (2006, p.45) la charla educativa tiene que seguir los siguientes puntos:

La promoción de la charla educativa está dada por el mismo grupo.

El expositor es experto en el tema.

El área de exposición está en excelentes condiciones.

La duración de la charla es mínima de 30 minutos, máximo 45.

Usar un lenguaje idóneo para los asistentes. Utilizar un vocabulario apropiado para los oyentes.



La charla está estructurada de la siguiente forma:

Breve introducción para animar a los oyentes.

Descripción de ideas concretas presentadas en forma clara.

Resumen final que favorezca la discusión

### **1.3.5 Control postural**

El control postural se pone en funcionamiento bajo la coordinación de una serie de elementos como la información sensorial, la actividad muscular, el movimiento de las articulaciones, la ejecución de las reacciones posturales y el sistema nervioso central experiencias personales (memoria cinestésica). La experiencia personal acumulada es muy importante, debido a que favorece una determinada reacción ante una situación anteriormente vivida. La mejora de los mecanismos posturales se desarrolla con el tiempo, a partir de la experiencia y la práctica.

Por otro lado, la fuerza de los músculos y el rango de movimiento articular son los que en última instancia hacen posible que las reacciones de enderezamiento y equilibrio se realicen adecuadamente, esto porque un cambio en una de ellos conduciría a un desequilibrio.

El control postural en el niño es fundamental en la formación del esquema corporal, según Córdova (2013, s.p.) “es el conjunto de acciones que tiene un funcionamiento para el sostén de la postura ideal”. Un concepto relacionado entre el control postural y la postura es el equilibrio que es según el mismo autor “el ajuste necesario entre el control postural y el control tónico para garantizar la estabilidad corporal”.

Según Lamiña (2008, p.22) el control postural es “la postura que optan los cuerpos para la ejecución de variadas actividades, teniendo por resultados una posición inicial a partir de la cual se generan los movimientos, en tanto el equilibrio garantiza los oportunos ajustes de la postura”.

Para Davies (2003) el control postural:

No es únicamente el control de la posición del cuerpo en el espacio para el equilibrio; en otras palabras, el control del centro de gravedad dentro de la base de soporte, sirve también para mantener una adecuada relación entre los segmentos corporales y el cuerpo, y este con el entorno. (p.47)

Según Faraldo (2010, p. 45) el control postural es: “La competencia que tenemos para realizar las actividades. El objetivo es mantener los cuerpos en equilibrio, ya sea un reposo (equilibrio estático) o en movimiento o bajo estímulos variados (equilibrio dinámico)”.

Según Palau (2004, p. 17) el control postural es importante porque “se trata del primer posicionamiento del niño frente al mundo, a su conocimiento, a su comprensión y a su representación”.

Llamamos control postural a la destreza del cuerpo de sostener la correcta alineación del control de masa o gravedad circunscrita a la base de soporte, de forma tal que los segmentos y articulaciones, segmentos trabajen de manera adecuada y global.

El control postural permite la alineación correcta del eje y la coordinación de los diferentes segmentos corporales, en consecuencia, permite el trabajo óptimo y posible, compensaciones como consecuencia de la mala postura.

### **1.3.6 Parálisis Cerebral**

Se denomina parálisis cerebral a un grupo de trastornos motores no progresivos (es decir, el daño cerebral no empeora), que provocan anomalías en el control postural de los movimientos y la coordinación muscular. Está causada por lesiones en el Sistema Nervioso Central (SNC), que generalmente ocurren durante el desarrollo intrauterino, antes, durante o inmediatamente después del nacimiento, o en los primeros años de la infancia. Si bien no es curable, el tratamiento y la terapia pueden mejorar la calidad de vida.

La parálisis cerebral se clasifica en tres tipos:

Espasticidad: Es la forma más común de presentarse, debido a una lesión del Sistema Piramidal, se afecta la motoneurona superior. Es la exagerada hiperactividad del arco reflejo mitótico, como consecuencia de la lesión de la vía piramidal (ya sea en la corteza motora, capsula interna, tronco del encéfalo). Presenta una pérdida de la selectividad del movimiento, la característica más evidente es la resistencia de los tejidos al ser estirados en forma pasiva, que no se debe estrictamente a la hiperactividad de los reflejos mitóticos, sino también a los cambios en las estructuras anatómicas musculo-tendón (componentes no reflejos). La elasticidad genera efectos secundarios en los tejidos musculares, articulares y en la piel; la retracción muscular ocasiona disminución de los sarcómeros que determinarán posturas que serán fijas en el tiempo difícilmente reducibles. A nivel articular producirá deformidades ortopédicas de tipo torsionales o angulares como anteversión femoral, torsión tibial interna, coxa valga, genu valgo, pie plano valgo. A nivel cutáneo existirá una afectación de la piel por presión sobre los relieves óseos.

Discinesia: Se manifiesta con patrones de movimiento, posturas anormales o movimientos involuntarios, con escaso control y estereotipados que generan cambios bruscos en el tono postural. Es una afectación del sistema extrapiramidal, especialmente los ganglios de la base o ganglios basales, se presenta de las formas atetósica, distónica, coreo-atetósica. Generalmente presentan poco control en movimiento de brazos y piernas (inicio y término del movimiento); dificultad para controlar su lengua, la respiración y las cuerdas vocales. La forma distónica presenta hipertonia e hipocinesia, la primera consiste en un tono usualmente elevado y la segunda presenta una actividad disminuida o reducida de forma tal que el paciente manifiesta cambios rápidos y anormales del tono, principalmente de la musculatura extensora del tronco. La forma atetósica y coreo-atetósica es la más frecuente, las características son hipotonía e hipercinesia. La primera es una disminución del tono postural mientras que la segunda es una sobre actividad de los movimientos, principalmente en la cara, extremidades. Los movimientos atetósicos son lentos, en abanico, movimientos reptantes en los dedos y las manos sumados al componente de torsión del eje de

la extremidad, la forma coreo-atetósica presenta movimientos irregulares, bruscos y rápidos.

Ataxia: Es la forma menos común o más rara, presenta patrones anormales de postura y movimiento, pérdida de coordinación muscular de tal forma que los movimientos carecen de precisión fuerza y ritmo. Es producto de una lesión del cerebelo o alguna de sus conexiones cortico-cerebelosas. Como características están la hipotonía postural, hiperlaxitud articular, dificultad para controlar el equilibrio y la estabilidad; propensión a tener movimientos en las manos, vaivén de cabeza y tronco producto de la inestabilidad y un hablar tembloroso. Si aprenden a caminar, lo hacen de una manera muy inestable.

Los niños con Parálisis Cerebral tienen una complicada formación de habilidades, limitaciones en las funciones y daños, a pesar de que existen diferentes tipos de Parálisis Cerebral bien delimitados, la realidad es que no podemos ubicar a los niños con Parálisis Cerebral en clasificaciones categóricas, pues en la mayoría de los casos presentan características mixtas.

El producto desarrollado tendrá como usuario a niños con las siguientes características:

Falta de habilidad para usar y graduar la contracción muscular entre grupos musculares.

Falta de capacidad para sostener uno o varios grupos musculares por varios segundos a un mayor tiempo.

La cabeza a menudo tiene un pobre control, la mantiene levada haciendo uso de las compensaciones o la deja caer hacia atrás. No puede usar la rotación cervical para explorar visualmente el medio.

La visión no es lo suficientemente hábil para trabajar en conjunto y brindar un feedback o retroalimentación visual correcto sobre la posición de la cabeza en el espacio.

En muchos casos presenta patrones posturales atípicos como flexión del tronco, flexión de miembros superiores siendo mayor en la articulación del codo, la flexión y aducción de miembros inferiores o en su defecto patrones de hiperextensión de miembros inferiores.

La parálisis cerebral es una alteración del mecanismo normal de control postural y del movimiento originando: tono postural anormal, actividad refleja primitiva, patrones de movimiento atípico y alteraciones sensoriales.

### **Actividades de la vida diaria**

Según Romero (2007, p. 268) las actividades de la vida diaria son un tema de importancia principalmente para los expertos relacionados al terreno de la rehabilitación. Las publicaciones relacionadas a este tema, son pocas e insuficientes a pesar de tener importancia a nivel social y académica. A lo largo del siglo pasado, los expertos relacionados al campo del trabajo social y de las ciencias de la salud, empezaron a reflexionar acerca de la relevancia que tiene para los humanos las variadas actividades que realizan diariamente y que, por algún evento imprevisto, ya sea desde el embarazo o a través del desarrollo, suponen un desafío dificultosamente superable sin la ayuda de los expertos y del ambiente social más próximo. Los diferentes progresos en el área de la salud, de la bio-medicina, el estado del bienestar y el incremento de la esperanza de vida también han aportado a que en Occidente uno de los valores más preciados sea la autonomía personal. Los conceptos de autonomía personal e independencia inexorablemente están ligados al de Actividades de la vida diaria.

Romero (2007) existen múltiples y variadas posibilidades de desempeño y dentro de ellas un grupo de actividades que son símiles y habituales a diferentes culturas y tiempo, estas actividades son importantes pues tienen relación con la supervivencia y el mantenimiento personal. También podemos encontrar otros comportamientos que son rutinarios y que responden a las responsabilidades personales en función de los diferentes roles. Estas actividades son conocidas como Actividades de la vida diaria (AVD). (pp. 264-271).

También encontraremos un grupo de actividades llamadas Actividades básicas de la vida diaria (ABVD), cuyas características son ser universales, estrechamente relacionadas a la conservación de la especie humana (supervivencia), a la condición humana, la satisfacción de las necesidades básicas y supone el mínimo esfuerzo cognitivo, se automatizan alrededor de los 6 años. Se incluyen a la higiene, vestido, alimentación, sueño, descanso y movilidad personal.

Mercado (2010) los profesionales de la rehabilitación usan el termino de ocupación para comprender el significado y la esencia de la actividad diaria. Las ciencias de rehabilitación basan el conocimiento de que las ocupaciones organizan la vida diaria y que ello contribuye a mejorar el bienestar y la salud. Para ellos las ocupaciones son multidimensionales y sumamente complejas. Las Actividades de la vida diaria (AVD), Actividades instrumentales de vida diaria (AIVD), sueño y descanso, educación, trabajo, juego, ocio y tiempo libre y la participación social son Áreas de Ocupación. (pp.5-6)

Las Actividades de la vida diaria esta orientadas al cuidado del propio cuerpo. “estas actividades son fundamentales para vivir en un mundo social que permitan la supervivencia y el bienestar” (Christiansen y Hammecker, 2001, p. 156.)

Estas actividades son la movilidad funcional; la alimentación; el acto de comer; la higiene como el baño y la ducha; el control de los esfínteres; el aseo e higiene en el inodoro; la higiene y el arreglo personal; el cuidado de los dispositivos de atención personal; el vestido; la actividad sexual.

### **Programa Educativo “Petite”**

El Programa Educativo “Petite” es un programa dirigido a las madres de los niños con parálisis cerebral que asisten a la clínica privada para la rehabilitación de sus hijos. Este programa nació como una necesidad de inculcar a las madres en el manejo en el hogar de sus hijos cuando estos no asistían a las terapias por diversos motivos como no encontrar cupos para la programación de terapias, la

falta de recursos económicos o por dificultad en asistir por la procedencia del interior del país.

El presente programa educativo pretende orientar a las madres de familia en las técnicas y estrategias para ayudar a sus hijos con parálisis cerebral, en las actividades de la vida diaria. Promueve la participación activa de la madre a su vez la difusión en el hogar, para que de esta forma los niños con parálisis cerebral sean atendidos y cuidados de la manera más adecuada.

El programa está dividido en cinco talleres siendo el primer taller de sensibilización y la aplicación del pre test, el segundo taller acerca de la intervención educativa “Enseñando el baño, aseo personal, control de esfínteres y uso de inodoro de mi hijo”, el tercer taller “Practicando el vestido de mi hijo”, el cuarto taller “Ayudando en la alimentación de mi hijo” y por el ultimo el quinto taller donde se brindan las conclusiones del programa y el reforzamiento de las estrategias que resultaron débiles, además de realizar el post test para medir el conocimiento que tienen las madres acerca de las actividades de higiene, vestido y alimentación.

Por todo esto, podemos concluir, que la inclusión y el desarrollo del programa educativo “Petite” dirigido a madres que tienen hijos menores con parálisis cerebral no solamente es positivo, sino que, además, es necesario para dos motivos: El primero es el desarrollo de una mejor atención en los cuidados del menor durante el tiempo que pasa en el hogar (el cuál es gran parte del día). El segundo es proporcionarle al menor con parálisis cerebral una mejor calidad de vida a la larga; de este modo el paciente no entenderá el tratamiento como un acto separado de lo cotidiana, sino como un estilo de vida. De esta forma se consigue que los menores tengan un mejor desarrollo y además que se le permita tener una atención de calidad en el hogar. Una vez invertidos los recursos en la educación de las madres ya no será necesario volver a llevar el programa sino solo algunas actualizaciones esporádicas, lo cual también es un elemento a favor. Por último, los resultados que son generalmente positivos reafirman que el programa educativo “Petite” dirigido a madres de familia con hijos que padecen de parálisis cerebral no solamente es positivo sino incluso necesario y viable.

## **Dimensión Conocimiento del control Postural para la higiene en el niño con parálisis cerebral**

La rehabilitación infantil persigue que el niño con parálisis cerebral alcance el máximo nivel de independencia en las actividades de la vida diaria. Para un niño ser independiente representa el primer escalón para construir su vida en el área social, ser independiente implica que el niño tenga la opción de elegir qué actividades realizar de acuerdo a su edad y capacidad motora.

La manera en que realiza las actividades rutinarias de la vida diaria afectará la recuperación del niño con parálisis cerebral, mantener un determinado estilo de vida las 24 horas del día por los 7 días de la semana será una victoria si el tratamiento realizado en el centro de terapias es completado con el adecuado control postural que se le brinda en casa o una derrota completa si es que utiliza en casa estrategias que desencadenan en reacciones asociadas.

### **Baño en el niño con parálisis cerebral**

El baño del niño con Parálisis Cerebral es una tarea trabajosa y por nunca ha sido sencilla. En la primera etapa del desarrollo del niño con parálisis cerebral las dificultades son menores, pero a medida que el niño va creciendo se irán acentuando.

El niño con parálisis cerebral no podrá ser autónomo en el baño sea en la ducha o en la tina, mientras no pueda mantener la sedestación estable y sin el uso de las manos para estabilizarse. La posición de sedente con apoyo en la pelvis se puede llevar a cabo con tiras diagonales que cruzan la cadera, también con la sujeción firme con la mano de la madre sobre la pelvis del niño. De esta manera el niño puede desarrollar la actividad del aseo del cuerpo.

### **El aseo facial en el niño con parálisis cerebral**

La parálisis cerebral afecta no solo al sistema motor también afecta al sistema sensorial, entre ellos los receptores táctiles y el rostro ostenta una de las regiones



corporales con la mayor cantidad de receptores táctiles. de muchos receptores. El aseo del rostro se convierte en una tarea titánica, muchos niños con parálisis cerebral no pueden organizar las sensaciones que proceden del sistema tegumentario y las respuestas son la irritabilidad o la dispersión de la atención. La hiperactividad a los estímulos táctiles dificulta el proceso de lavado y su regulación es lenta.

Los niños con parálisis cerebral, que presentan alteración en el desarrollo del sistema táctil rechazan el contacto con algunos objetos y/o personas eso incluye a las más cercanas. En otras ocasiones tienen respuestas bruscas cuando se les toca la cara ya sea por sorpresa o anticipándole, siendo mayor en la cabeza, la cara y la boca.

Para evitar esos impedimentos la madre debe de saber que la mejor forma es anticipar lo que se va a realizar, seguido de ello la limpieza debe de ser con un paño liso, sin realizar fricción en la piel del rostro, y solo hacer toques rápidos y profundos.

### **El lavado de dientes en el niño con parálisis cerebral**

Los niños con parálisis cerebral suelen tener problemas dentales. Las dificultades que experimentan para comer, especialmente para masticar, hacen que sus dientes sean extremadamente susceptibles a la caries y que sus encías tengan tendencia a inflamarse e infectarse. Por lo tanto, el cuidado dental es muy importante. La limpieza de sus dientes también presenta problemas, debido a la hipersensibilidad de la boca y las encías.

### **Consejos para el cuidado de los dientes**

Antes de que salgan los dientes de leche, o en el caso de un niño con boca hipersensible, una buena manera de limpiar las encías es usando un algodón mojado en una solución salina, de bicarbonato de sodio o simplemente en agua. Cuando empiecen a salir los primeros dientes, úsese un cepillo de dientes tamaño infantil y poco a poco introdúzcase el empleo de una pasta dentífrica. Recuérdese que es la frotación mecánica la que conserva limpia y sana la boca del niño más que el dentífrico.

Al lavar los dientes del niño, manténgalo en posición de sentado que le permite tener un buen control de la cabeza.

Recuérdese que el cepillar las encías es tan importante como cepillar los dientes, haga siempre el masaje de las encías hasta las raíces de los dientes. Al cepillar las encías y los dientes empléese un movimiento circular, manteniendo cerradas las mandíbulas del niño y su cabeza ligeramente flexionada.

### **El aseo e higiene en el bacín e inodoro en el niño con parálisis cerebral**

El proceso de adiestramiento de las funciones eliminatorias es gradual y fácilmente puede alterarse por alguna tensión emocional, excitación, cambio de ambiente. Este proceso demanda mucha paciencia y es preciso estimar el momento conveniente para aspirar a retirar el pañal, pero no hay que acostumbrarle al uso del pañal si no es necesario.

La mayor dificultad que suele presentarse es la incapacidad del niño de permanecer sentado en forma relajada o de adoptar una postura que le permita hacer la presión abdominal necesaria para vaciar sus intestinos. Por esta razón, es muy importante contar con un tipo de bacinica correcta y vigilar la postura que el niño asuma al sentarse. Si, por ejemplo, coloca usted el bacín entre sus piernas y sienta usted al niño sobre sus rodillas, el pequeño se sentirá más seguro y usted podrá sostenerlo, lo que es esencial cuando el niño tiene poco control de su cabeza, o carece de equilibrio en el tronco, o le es difícil mantener separadas las piernas.

Siempre existe el peligro de que el niño con parálisis cerebral se distraiga si usted le proporciona juguetes; por lo tanto, cuando esté en su bacín no le dé nada que le impida concentrarse en lo que está haciendo.

Algunos niños llegan a adquirir un control total de esfínteres, otros no lo adquieren y algunos tienen un control aceptable con pérdidas ocasionales. Es necesario educar al niño con parálisis cerebral a utilizar el aseo después de defecar y/u orinar.

## **Dimensión Conocimiento del control postural para el vestido**

El desarrollo motor del niño con parálisis cerebral varia y por ende también el control postural. Vestir no es una actividad sencilla, involucra mucho entrenamiento por parte de las madres, así como planificación motora, percepción, equilibrio, estabilidad dinámica, coordinación viso-manual para ejecutar por parte de los niños con parálisis cerebral. La actividad del vestir puede ser iniciada por la madre, pero al final permita que el niño lo concluya, sin apresurarlo en realizarlo. Utilice esta actividad no como un mero ejercicio sin sentido, sino con propósitos claros como vestirse y desvestirse para la terapia, para actividades deportivas, para el baño. Los niños podrán tal vez desvestirse antes de los 2 años, pero no podrán colocársela correctamente sino hasta los 5 ó 6 años. Es muy usual que el niño de 6 años de edad se coloque la camisa al revés o la sandalia derecha en el pie izquierdo. Los niños con parálisis cerebral tardaran en aprender a vestirse y quizás sea más rápido y práctico para la madre asistirle en el vestido o desvestido, pero por falta de conocimientos en el control postural, la ayuda no sea productiva y el niño con parálisis retrase el desarrollo psicomotor o adopte posturas compensatorias que agraven más la patología infantil.

## **El vestido superior en el niño con parálisis cerebral**

Para el vestido superior del niño con parálisis cerebral se brindan una serie de recomendaciones.

Vestir y desvestir en posturas que no estimulen el aumento del tono postural ni los movimientos incontrolados.

Según las características motoras del niño con parálisis cerebral, las posturas para el cambio de ropa podrán ser decúbito supino, decúbito prono o sentado en un banco.

Entre las estrategias primordiales estará la de simetría corporal del niño.

Es más sencillo y practico empezar el vestido y terminar desnudando del lado más comprometido.

La madre debe de guardar las posturas ergonómicas mientras realiza el cambio de ropa del menor.

Debemos procurar continuamente la oportunidad de ayuda en el vestido y estimular la independencia y autonomía del niño.

### **El vestido inferior en el niño con parálisis cerebral**

El desarrollo de la independencia del vestido en el niño típico es alrededor del primer año de vida, en el caso de los niños con parálisis cerebral este desarrollo se ve interferido por las deficiencias en control postural, alteración del tono, presencia de reflejos primitivos, falta de coordinación. Para un niño con desarrollo motor atípico que no puede asistir en el vestido inferior, se recurrirán a estrategias que a la madre le sea fácil la colocación de la prenda, ello estará determinado por la edad y tamaño del niño.

Se aconseja una posición cómoda para la madre como el decúbito supino (echado boca arriba) con almohadas en la nuca del niño para que ayuden a la alineación de la cabeza y reducción del tono extensor, también es un momento propicio para que la madre aproveche en enseñarle las partes del cuerpo al niño que serán necesarias para la estructuración del esquema corporal, nociones espaciales como arriba, abajo. Si es un niño con un mejor desarrollo motor y que asiste en el vestido inferior podemos pensar en la sedestación o en algunos casos determinados la bipedestación. Es conveniente animar al niño con parálisis cerebral a asistir en el vestido, en pro de la independencia, además de ejercitar la coordinación, equilibrio, estabilidad y las praxis del movimiento.

### **El uso de zapatos y calcetines en el niño con parálisis cerebral**

Debemos de prestar atención a la selección del calzado infantil para el niño con parálisis cerebral. Es un error común de la familia pensar que los zapatos se requieren solo para el exterior o para la bipedestación al niño, pero no hay nada más alejado de la realidad, pues el uso del zapato previene la deformidad de la articulación del tobillo y pie y fomenta el desarrollo del arco plantar.

Al elegir el calzado del niño las madres deben de tener en cuenta no solo la protección de las piernas y el pie, sino también la comodidad y el confort para su desarrollo. Por lo tanto, el calzado infantil debe de guardar algunas consideraciones especiales.

Firmeza y estabilidad con la suela flexible, que no dificulte la movilidad de la planta del pie.

Almohadilla en el talón que permite el aumento del arco plantar.

Material debe de ser naturales como el cuero que proporciona ventilación, no sobrecalienta el pie. Los zapatos hechos de plástico y goma provocan en el niño malo olor.

La estructura interna del zapato debe de tener el mínimo de costuras para evitar la presencia de callosidad.

Los zapatos para el niño con parálisis cerebral no deben de quedar muy ajustados así mismo tampoco deben de quedar demasiado sueltos.

### **Las características de la ropa para el niño con parálisis cerebral**

Las ropas para los niños con parálisis cerebral cumplen con características que las hacen fácil y cómodas para su uso, mangas amplias, agujeros para el cuello y brazos amplios, botones grandes, velcro.

Pantalones: El uso de pantalones con cierre y botones pueden generar dificultades para el vestido o desvestido. Una alternativa es usar los pantalones tipo buzo para el uso diario, facilitaría el vestido y desvestido rápido. Otra es usar cierres de presión pero que son escasos en el mercado local.

Camisetas y polos: Para una mejor independencia o asistencia en el vestido y desvestido se han de evitar preferentemente los cuellos y mangas estrechas, así como las prendas muy ajustadas.

**Mangas:** Es provechoso que sean anchas para el brazo. Los puños deben permitir al cuidador meter la mano para coger la mano del niño con parálisis cerebral y ayudarle si fuera necesario.

**Medias:** Sacarse las medias resulta más fácil que ponérselas, por lo que se puede recurrir a las medias sin talón y con el elástico flexible para facilitar esta tarea.

**Zapatos:** Es el elemento primordial para lograr una bipedestación eficaz. Deben ser flexibles y a la vez proveer una correcta estabilización del pie. Algunos niños necesitan un zapato especial con soporte adicional para proporcionar estabilidad o corregir la posición. Hay alternativas a los pasadores convencionales cuando la niña o el niño no es capaz de realizar esta tarea de forma autónoma. Por ejemplo, los cierres de velcro (pega-pega) o los cordones elásticos.

**Cierres:** Es uno de los aspectos más complejos del vestido. Resulta más sencillo y práctico manejarlos cuando la ropa no está colocada. En muchos casos las niñas y los niños con parálisis cerebral no son capaces de mirar lo que están haciendo. Es conveniente el entrenamiento con diferentes tipos de botones, cremalleras o cierres, hebillas, tiras de velcro (pega-pega) para mejorar de manera progresiva el desempeño y favorecer el aprendizaje.

**Capas:** Aunque no es muy habitual su uso en nuestra ciudad, si lo pueden usar en regiones donde las lluvias son constantes, son una buena opción para las lluvias o fuertes lloviznas, así como para cubrir a la niña o al niño que está en una silla de ruedas.

**Manoplas:** Cuando el uso de los guantes es difícil para ponérselos, resulta más cómodo y fácil el uso de las manoplas.

### **Dimensión Conocimiento del control postural para la alimentación**

Los niños con parálisis cerebral presentan serias complicaciones debido a la deficiencia del tono postural, que a su vez producirá alteraciones en el desarrollo de diferentes sistemas como son el control postural del tronco y la cabeza, la falta de coordinación de movimientos, alteración en la succión, masticación y

deglución. Todo ello tendrá como consecuencia el deterioro de las capacidades de alimentación y nutrición.

El 83% de los niños con parálisis cerebral tiene problemas crónicos de alimentación y nutrición.

El 87 % necesita de algún dispositivo de ayuda para la alimentación.

El 65% exterioriza serios problemas para tragar alimentos sólidos y/o líquidos (disfagia).

El 50% requiere de una dieta modificada.

El 76% exhibe reflujo gastro-esofágico.

El 75% presenta estreñimiento crónico.

Los niños con parálisis cerebral presentan dificultades en la alimentación y esto varía de un caso a otro exponiendo la disparidad de esta patología infantil. Las dificultades del tono muscular, de la motricidad y de la postura originan alteraciones del aparato digestivo, aparato excretor, sistema nervioso y sistema respiratorio, con efectos en la nutrición y la alimentación tales:

Dificultad para masticar los alimentos, como consecuencia de los trastornos de la motricidad orofacial.

Disfagia.

Atragantamientos.

Mala hidratación.

Desnutrición.

Estreñimiento.

Presencia de reflujo gastro-esofágico.

## **La alimentación sólida para niños con parálisis cerebral**

En nuestra riqueza gastronómica tenemos variedad de insumos que con la asesoría de un nutricionista podríamos incluirla en la dieta de un niño con parálisis cerebral. Debemos de observar que los alimentos que le demos a los niños con parálisis cerebral deben de, además de cubrir las expectativas nutricionales también ser agradables y placenteros. Desde una dieta tradicional hasta una dieta totalmente triturada deben de cumplir esas cualidades.

**Dietas de fácil masticación:** Son aquellas en las que los alimentos sólidos se presentan jugosos, suaves y blandos ya sea por su naturaleza o porque fueron modificados mediante alguna técnica como la presión. Se pueden complementar con alimentos triturados.

**Dietas trituradas:** Estas dietas modifican la textura, la consistencia de los alimentos, se presentan como batidos o purés.

## **La alimentación líquida para niños con parálisis cerebral**

Los niños con parálisis cerebral presentan más problemas de tragar los alimentos líquidos que los sólidos; aumentando el peligro de aspiraciones a través de las vías aéreas. Es preferente utilizar líquidos que sean espesos (yogur líquido) y espesar los líquidos claros (agua, caldo, infusiones).

La ingesta de líquidos debe de ser igual a la cantidad que se excreta, de esa forma se mantiene el equilibrio hídrico de los tejidos. En el caso de los niños con parálisis cerebral no ocurre pues ellos presentan riesgos elevados de padecer de deshidratación, debido a alteraciones en los reguladores de la sed y también por la falta de independencia.

## **La alimentación como acto motor**

La alimentación autónoma implica que la persona cumpla con los siguientes requisitos.

En la medida de lo posible que el niño pueda sentarse sin apoyo.

Tener la capacidad de llevarse una o dos manos a la boca.



Que tenga la capacidad de morder, masticar y deglutir la comida sólida o semisólida.

Estimular a que intente alimentarse de manera autónoma.

Aprovechar cuando el niño tenga apetito y estimular el acto motor de alimentación con la comida de su preferencia.

Debemos de reforzar los intentos de alimentación autónoma e independiente.

### **El uso de cucharas o utensilios adaptados para la alimentación de niños con parálisis cerebral**

Para la alimentación en el niño con parálisis cerebral se emplean utensilios con determinadas características como la cuchara de polietileno, cubiertos con mangos engrosados y/o angulados, también podemos emplear productos como recipientes y mesas antideslizantes, manteles antideslizantes, bases de succión que mantiene firme y estable la taza, tazas especiales para comer sin riesgo a que se caiga el contenido, emplear tazas con pico antes de que pueda beber desde el borde de la taza, tazas con doble asa para que el niño pueda sujetar con total libertad y sin riesgo de derrames, rebordes de plato, alternativas al vaso y cuchillo convencional (cuchillo similares al que se usa para cortar la pizza).

Para cada niño con parálisis cerebral se han de seleccionar los utensilios que usará como las cucharas de hueso, las cucharas de plástico irrompible, cucharas con el mango doblado e inclinado para facilitar la independencia en la alimentación, cucharas con mangos largos o mangos gruesos, además de que la concavidad de la cuchara sea poco profunda. El niño usualmente demora en desarrollar las capacidades motoras para utilizar estos utensilios.

El desarrollo de la habilidad para comer y beber implica paciencia, determinación y tiempo. Es inevitable la suciedad y el desorden porque como toda actividad que está en proceso de aprendizaje presentarán errores.

## **1.4 Justificación**

### **Teórica**

Es la primera vez que se realizara este tipo de investigación en la privada, como ya se indicó en la realidad problemática, la Institución no puede darse abasto en las atenciones constantes permanentes de los niños con parálisis cerebral y los niños que no llegan a recibir la terapia y que se queden en casa deben de ser atendidos por las madres brindándole una capacitación que permita a las madres el empoderamiento a través del conocimiento.

### **Practica**

En estudios e Investigaciones semejantes que fueron ejecutadas a nivel internacional y a nivel nacional se encontraron niveles de insatisfacción significantes, que si este fuera el caso que se encuentre en nuestra investigación, beneficiará para que la Clínica privada pueda identificar los puntos críticos, reexaminar los procesos, mejorar e indagar nuevas estrategias y poder encontrar soluciones a los problemas en busca de mejores conocimientos de las madres en el cuidado de los menores con parálisis cerebral.

### **Metodológica**

Es la primera vez que se realiza una investigación cuantitativa de tipo pre experimental para la realización de este estudio en la clínica privada.

## **1.5 Formulación del Problema**

### **1.5.1 Problema General**

¿Cuál es el efecto del programa educativo Petite en el nivel de conocimiento sobre el control postural, en madres de niños con parálisis cerebral, en una clínica privada de Lima, 2018?.

## **1.5.2 Problemas Específicos**

### **Problema Específico 1**

¿Cuál es el efecto del programa educativo Petite en el nivel de conocimiento del control postural para la higiene, en madres de niños con parálisis cerebral, en una clínica privada de Lima, 2018?

### **Problema Específico 2**

¿Cuál es el efecto del programa educativo Petite en el nivel de conocimiento del control postural para el vestido, en madres de niños con parálisis cerebral, en una clínica privada de Lima, 2018?

### **Problema Específico 3**

¿Cuál es el efecto del programa educativo Petite en el nivel de conocimiento del control postural para la alimentación, en madres de niños con parálisis cerebral, en una clínica privada de Lima, 2018?

## **1.6 Hipótesis**

### **1.6.1 Hipótesis general**

El programa educativo Petite incrementa el nivel de conocimiento sobre el control postural, en madres de niños con parálisis cerebral, en una clínica privada de Lima, 2018

### **1.6.2 Hipótesis específicos**

#### ***Hipótesis específica 1***

El programa educativo Petite incrementa el nivel de conocimiento sobre el control postural para la higiene, en madres de niños con parálisis cerebral, en una clínica privada de Lima, 2018.

### **Hipótesis específica 2**

El programa educativo Petite incrementa el nivel de conocimiento sobre el control postural para el vestido, en madres de niños con parálisis cerebral, en una clínica privada de Lima, 2018.

### **Hipótesis específica 3**

El programa educativo Petite incrementa el nivel de conocimiento sobre el control postural para la alimentación, en madres de niños con parálisis cerebral, en una clínica privada de Lima, 2018

### **Hipótesis Nula**

El programa educativo “Petite” no incrementa el nivel de conocimiento sobre el control postural, en madres de niños con parálisis cerebral, en una clínica privada de Lima, 2018.

## **1.7 Objetivos**

### **1.7.1 Objetivo General**

Determinar el efecto del programa educativo Petite en el nivel de conocimiento del control postural, en madres de niños con parálisis cerebral, en una clínica privada de Lima, 2018.

### **1.7.2 Objetivos Específicos**

#### **Objetivo Específico 1**

Determinar el efecto del programa educativo Petite en el nivel de conocimiento del control postural para la higiene, en madres de niños con parálisis cerebral, en una clínica privada de Lima, 2018.

**Objetivo Específico 2**

Determinar el efecto del programa educativo Petite en el nivel de conocimiento del control postural para el vestido, en madres de niños con parálisis cerebral, en una clínica privada de Lima, 2018.

**Objetivo Específico 3**

Determinar el efecto del programa educativo Petite en el nivel de conocimiento del control postural para la alimentación, en madres de niños con parálisis cerebral, en una clínica privada de Lima, 2018.

## **II. Método**

## 2.1 Diseño de investigación

La investigación aplicó un método hipotético - deductivo que consistió en realizar procedimientos que parten de las afirmaciones en propiedad de hipótesis y buscó falsear o rebatir tales hipótesis, coligiendo de ellas conclusiones que fueron confrontadas con la realidad.

El enfoque fue cuantitativo porque la investigación se cimentó en la medida de las particularidades de los fenómenos sociales, lo cual conjeturó provenir de un marco conceptual oportuno al problema estudiado, una sucesión de postulados que expresaron relaciones entre las variables de forma deductiva.

Para Salkind (1998) citado por Bernal (2010, p. 114) el propósito de la investigación es la síntesis, “se describen las particularidades o características de la situación o del fenómeno u objeto de estudio”; pero el mismo autor manifiesta que la principal característica de este tipo de investigación es la capacidad para elegir los rasgos esenciales de la entidad de estudio y su descripción escrupulosa de las partes.

El diseño de investigación según Hernández, Fernández y Baptista. (2014, p. 128) se refiere al “estrategia o plan que se desenvuelve para conseguir la pesquisa que se solicita en una investigación y expresar al planteamiento”. La investigación manejó un enfoque cuantitativo, consintió que el investigador maneje el diseño para examinar la autenticidad de las hipótesis planteadas en una realidad en particular.

Según Hernández, Fernández y Baptista (2014, p. 130) en una investigación cuantitativa el diseño pre-experimental es la situación de control en la cual se manejan, intencionalmente, una o más variables independientes (causas) para estudiar los resultados de tal manipulación sobre una o más variables dependientes (efectos), en el estudio la variable que se manipuló fue el programa educativo "Petite" en el conocimiento de las madres en el control postural del niño con el fin de conocer cuál es el impacto, favorable o desfavorable, en la parálisis cerebral.

Para Hernández, Fernández y Baptista. (2014, p. 130) entre los diseños pre-experimentales se tiene el diseño de pre prueba / post prueba con un solo grupo y son llamados así porque “es mínimo el grado de control”. Se grafica de la siguiente manera:

$$G \text{ =====> } O_1 \text{ =====> } X \text{ =====> } O_2$$

Su procedimiento se inicia con la aplicación de un pre test al estímulo, luego se le administra el tratamiento y al final se aplica un post test. este diseño tiene una ventaja, existe un punto inicial y de referencia donde medimos el nivel que tenían las variables dependientes antes de la aplicación del estímulo.

Asimismo, la investigación fue longitudinal porque se obtuvieron los datos de la población en diferentes períodos durante una etapa determinada, con el propósito de inspeccionar las variaciones en el tiempo.

## 2.2 Variables, Operacionalización

Definición conceptual de las variables

### Variable 1. Variable independiente:

**Programa Educativo:** Herramienta de aprendizaje con estrategias didácticas que instruye a una comunidad determinada, proponiendo contenidos para estimular cambios en la conducta de la comunidad frente a situaciones que afectan la salud.

### Variable 2. Variable dependiente:

**Conocimiento:** Es el acto de aprehensión de una cosa, una propiedad, un hecho; entendiéndose como aprehensión al proceso mental y no físico

Definición operacional de las variables

**Programa Educativo “Petite”:** Plan educativo acerca del control postural del niño con parálisis cerebral, dividido en tres dimensiones como control postural para la higiene, control postural para el vestido, control postural para la alimentación.



Conocimiento de las madres en el control postural del niño con parálisis cerebral: El nivel de conocimiento sobre control postural se medirá a través de un cuestionario compuesto por 20 preguntas formuladas en base a los conocimientos en el control postural para la higiene, control postural para el vestido y control postural para la alimentación, que permitirá describir al nivel de conocimiento sobre control postural a través del baño en ducha/tina, aseo de cara, lavado de dientes, uso del bacín e inodoro; vestido superior, vestido inferior, zapatos, características de la ropa, alimentos sólidos, alimentos líquidos, alimentación como acto motor, uso de utensilios

Operacionalización de variables

**Variable 1: Programa Educativo “Petite”** Herramienta de enseñanza y aprendizaje con tres dimensiones acerca del control postural como control postural para la higiene, control postural para el vestido, control postural para la alimentación.

**Variable 2:** Conocimientos en el control postural del niño con parálisis cerebral Las madres evaluadas a través de los conocimientos del control postural en las tres dimensiones que son conocimientos en el control postural para la higiene control postural para el vestido, control postural para la alimentación.

Tabla 1.

*Matriz de operacionalización de la variable: Control postural*

<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Ítems</b>	<b>Escala</b>	<b>Niveles y rangos</b>		
Control postural para la higiene	Baño en ducha	1,2	Dicotómica: (0) No válido (1) Válido	(20 - 18) Muy Alto (17 - 14) Alto (13 - 11) Medio (10 - 00) Bajo		
	Aseo de cara	3,4				
	Lavado de dientes	5,				
	Uso de bacín e inodoro	6,7				
Control postural para el vestido	Vestido superior	8,9				
	Vestido inferior	10,11				
	Zapatos y medias	12,13				
	Características de la ropa	14				
Control postural para la alimentación	Alimentos sólidos	15,16,17				
	Alimentos líquidos	18				
	Alimentación como acto motor	19				
	Utensilios-uso de la cuchara	20				

Fuente: MINEDU (2012)

Fuente: Elaboración propia

## **2.3 Población, muestra y muestreo**

### **2.3.1 Población**

Para Fracica (1998) y citado por Bernal (2010, p. 160) la población es el conjunto de individuos que comparten características afines o similares, que son sometidos a la investigación y en los cuales se hace una inferencia.

En relación a los conceptos de Fracica y Bernal se determinó que la población de este estudio fue de 101 madres con niños con parálisis cerebral, que visitaron o se atendieron en los consultorios de una clínica privada de Lima-Perú, en el año 2018, para tratamiento en general.

### **2.3.2 Muestra**

Bernal (2010, p. 161) afirma que la muestra es fracción de la población seleccionada de la cual se aprehende la información para la ejecución del estudio, se efectúa la medición y la observación de las variables.

Mientras que para Hernández, Fernández y Baptista. (2014, p. 175) la muestra en esencia es una parte de la población que guarda características similares con ella.

Se utilizó el muestreo probabilístico dentro de esta específicamente la muestra aleatoria estratificada cuyo objetivo es conseguir una muestra lo más semejante a la población en lo que a la o las variables estratificadoras se refiere. (Carrasco,2009, p. 241)

La muestra de estudio fue el 79,2% de la población por ser la población una cantidad mayor de estudio, siendo la muestra de un total de 80 madres de niños con parálisis cerebral en el año 2018.

Se utilizó el muestreo probabilístico, para Carrasco, (2009) esto significa:

Este tipo de muestras dependen de la probabilidad donde cualquier miembro de la población puede integrar la muestra, dentro del muestreo probabilístico tenemos la muestra aleatoria estratificada, según este mismo autor

este tipo de muestras nos permite obtener la muestra según determinadas características como edad, sexo, profesión entre otros. (p.241)

Fórmula para la muestra, extraído de Carrasco (2009, p. 242):

$$n = \frac{Z^2 P \cdot Q \cdot N}{\varepsilon^2 (N - 1) + Z^2 \cdot P \cdot Q}$$

Dónde:

Z (1,96): Valor de la distribución normal, para un nivel de confianza de  $(1 - \alpha)$

P (0,5): Proporción de éxito.

Q (0,5): Proporción de fracaso ( $Q = 1 - P$ )

$\varepsilon$  (0,05): Tolerancia al error

N (101): Tamaño de la población.

n : Tamaño de la muestra.

$$n = \frac{Z^2 P \cdot Q \cdot N}{\varepsilon^2 (N - 1) + Z^2 \cdot P \cdot Q}$$

$$n = \frac{97.0004}{1.2104}$$

$$n = 80.1391 = 80$$

### 2.3.3 Criterios de selección

**Criterios de inclusión:**

Madres de niños con parálisis cerebral que asistan a la clínica privada para el tratamiento fisioterapéutico y rehabilitador.

Madres de niños con parálisis cerebral que sepan leer y escribir.

Madres de niños con parálisis cerebral que desean participar de manera voluntaria del estudio.

Madres de niños con parálisis cerebral que no tengan limitaciones en la comunicación.

Madres de niños con parálisis cerebral que hablen y/o entiendan el castellano y/o español.

**Criterios de exclusión:**

Madres de niños con discapacidad motora diferente a la parálisis cerebral.

Padres, abuelas, hermanos de los niños con parálisis cerebral que concurren a la clínica privada para el tratamiento fisioterapéutico.

Otros cuidadores que no son familiares directos de los niños con parálisis cerebral que frecuentan a la clínica privada para el tratamiento fisioterapéutico.

Madres de niños con parálisis cerebral que no hablen y no entiendan el castellano y/o español.

Madres de niños con parálisis cerebral que tengan limitaciones en la comunicación.

Madres de niños con parálisis cerebral que no desean participar de manera voluntaria del estudio.

**2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

Para la recolección de datos se utilizó dos instrumentos que se aplicaron al inicio y al final del programa educativo.

### 2.4.1 Técnicas de recolección

En el estudio se aplica la técnica de la encuesta de la que señala Pérez (2007) que se fundamenta en el cuestionario que es un conjunto de preguntas que se le realiza al participante. (p. 72).

Por consiguiente, la técnica que se aplicó para la obtención de datos en la presente investigación fue la encuesta aplicada a las madres con niños con parálisis cerebral, que visitaron o se atendieron en los consultorios de una clínica particular en Lima-Perú durante el 2018, para consulta o tratamiento en general.

### 2.4.2 Instrumentos de recolección

El instrumento que se aplicó a la presente investigación fue el cuestionario, que para Malhotra (2004, p. 280), es una serie de preguntas para conseguir información de los encuestados.

Variable 1: Se aplicó el cuestionario de “Niveles de conocimiento sobre control postural” considerando la ficha técnica con las siguientes características:

#### Ficha técnica

Instrumento : Cuestionario de “Niveles de conocimiento sobre control postural”

Autor : Gabriel Acevedo Chinchá

Año : 2018

Significación : El cuestionario de “Niveles de conocimiento sobre control postural” tiene 3 dimensiones que son las siguientes: Control postural para la higiene, Control postural para el vestido y Control postural para la alimentación

Extensión : El instrumento consta de 20 preguntas.

Administración : Individual

Ámbito de Aplicación : Clínica privada.

Duración : El tiempo de duración para desarrollar el cuestionario es de aproximadamente 20 minutos.

Puntuación : El Instrumento de “Niveles de conocimiento sobre control postural” utiliza la escala dicotómica:

(1) Válido

(2) No Valido

**Pre Test:** Prueba elaborada para determinar los conocimientos de las madres en el control postural del niño con parálisis cerebral antes del Programa educativo "Petite".

El cuestionario consta de

Instrucciones generales

02 ítems sobre los datos generales y 01 ítem acerca de Percepción

20 preguntas básicas acerca de los conocimientos de la madre en el control postural del niño con parálisis cerebral.

Cada pregunta obtuvo el siguiente puntaje

Respuesta correcta: valor de 01 punto

Respuesta incorrecta: valor 00 puntos

El puntaje total del cuestionario es de 20 puntos que evalúan los conocimientos acerca del control postural del niño con parálisis cerebral. Teniendo un puntaje mínimo de 00 puntos y un puntaje máximo de 20 puntos, estos rangos se establecieron según la escala del MINEDU y se dividió en 4 categorías: conocimiento bajo, medio, alto y muy alto.

Conocimiento muy alto: 18 a 20 puntos

Conocimiento alto: 14 a 17 puntos

Conocimiento medio: 11 a 13 puntos

Conocimiento bajo: 00 a 10 puntos

Post Test: Este cuestionario se elaboró para identificar si las madres de los niños con parálisis cerebral lograron conseguir los objetivos del programa educativo “Petite”. Dicho cuestionario comprendió los siguientes aspectos:

## Instrucciones generales

02 ítems sobre los datos generales y 01 ítem acerca de Percepción

20 preguntas básicas acerca de los conocimientos de la madre en el control postural del niño con parálisis cerebral.

Cada pregunta obtuvo el siguiente puntaje

Respuesta correcta: valor de 01 punto

Respuesta incorrecta: valor 00 puntos

Tabla 2.

*Baremo de la variable Niveles de conocimiento sobre control postural*

	<b>Bajo</b>	<b>Medio</b>	<b>Alto</b>	<b>Muy alto</b>
Control postural para la higiene	4	5	6	7
Control postural para el vestido	4	5	6	7
Control postural para la alimentación	3	4	5	6
Control postural	00 – 10	11 – 13	14 – 17	18 – 20

Fuente: MINEDU (2012)

### 2.4.3 Validación del instrumento

A propósito de la validación del instrumento para Bernal (2010, p. 302) la validez del cuestionario está relacionado con lo que va a medir y la eficacia de ello. Habiendo señalado esto, para este estudio se ha utilizado el juicio de tres expertos para dar validez al instrumento de recolección de datos; mediante el formato “Informe de opinión de expertos del instrumento de investigación”, que considera tres aspectos de validación: Claridad, Pertinencia, y Relevancia, gracias a este proceso los expertos discurrieron que el instrumento es aplicable para medir el nivel de conocimiento sobre parálisis cerebral.

Tabla 3.

Juicio de expertos



<b>Experto</b>	<b>Especialidad</b>	<b>Opinión</b>
Gutarra Yauri Cris Yelina	Metodólogo	Aplicable
Ávila Villanueva Edith	Temático	Aplicable
Soto Manrique Jesús Alberto	Temático	Aplicable

#### **2.4.4 Confiabilidad del instrumento**

Para medir el nivel de confiabilidad del instrumento de medición, se llevará a cabo mediante la prueba de Kuder – Richardson con el propósito de establecer el nivel de homogeneidad que tienen los ítems de nuestro instrumento de medición y por poseer la escala. Este coeficiente determina la consistencia interna de una escala analizando la correlación media de una variable con todas las demás que integran dicha escala; para ello los ítems son con opciones en escala binomial.

<b>Kuder - Richardson</b>	<b>N de elementos</b>
0,726	20

En el presente trabajo de investigación se efectuará el cálculo del índice Kuder - Richardson a través del software estadístico SPSS en su versión 23.0, para lo cual previamente se realizó la prueba piloto del instrumento de 20 preguntas a 20 madres seleccionadas aleatoriamente, donde se demostró que el instrumento es confiable, con resultado de 0,726 en el coeficiente Kuder - Richardson.

#### **2.5 Métodos de análisis de datos**

Para el análisis de datos se manejó y elaboró el programa estadístico SPSS Versión 23.0, se investigó los datos para analizarlos y visualizarlos por la variable nivel de conocimiento sobre control postural, se evaluó la confiabilidad del instrumento a través del Coeficiente Kuder - Richardson, se realizó el análisis estadístico descriptivo de las variables y dimensiones a través de la distribución de frecuencias, la medida comparativa de las variables a través de la tabla cruzada, finalmente se utilizó la estadística inferencial para contrastar las hipótesis a través de la prueba Wilcoxon para dos muestras relacionadas, y se concluyó con la preparación de los resultados a través de tablas y gráficos cada uno con sus respectivos comentarios.

#### **2.6 Aspectos éticos**

En la presente investigación se manejaron citas bibliográficas de teóricos, se tuvieron en cuenta los respetos a la ética, y sin perjuicio de la propiedad intelectual, la calidad de los datos y los derechos de autor derivados en esta investigación.

Asimismo, la investigación no es sólo un acto técnico, es ante todo el ejercicio intelectual responsable, por este motivo en la investigación no se le oculta a las madres de los niños con parálisis cerebral, la naturaleza de la investigación; exponer a las madres a actos que podrían perjudicarles, además que los datos guardan el debido anonimato y confidencialidad de las madres de niños con parálisis cerebral incluidas en el estudio, por tanto jamás se invade la intimidad, los datos consignados son reales y fieles a su naturaleza, sin manipulación por parte del investigador.

### **III. Resultados**

### 3.1 Estadística descriptiva

Tabla 4.

*Nivel de conocimiento sobre control postural*

Nivel		Prueba			
		Pre test		Post test	
		f	%	f	%
Muy alto	[18 - 20]	0	0,0%	7	8,8%
Alto	[14 - 17]	7	8,8%	42	52,5%
Medio	[11 - 13]	6	7,5%	31	38,8%
Bajo	[0 - 10]	67	83,8%	0	0,0%
		x = 8,09 s <sup>2</sup> = 2,994 m <sub>o</sub> = 8		x = 14,25 s <sup>2</sup> = 1,990 m <sub>o</sub> = 15	

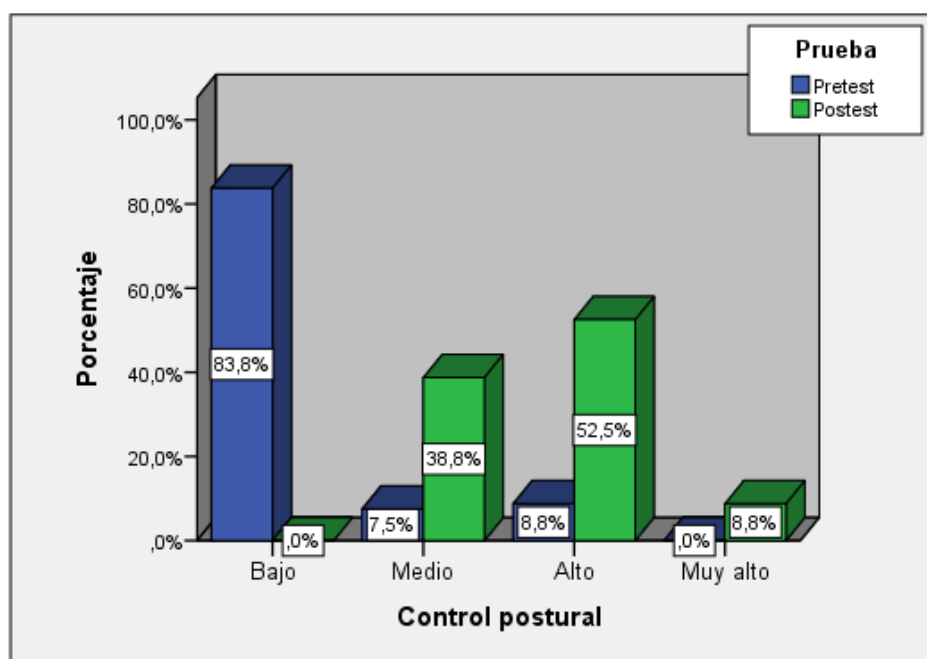


Figura 2. Resultados hallados del nivel de conocimiento sobre control postural.

La tabla anterior indica que: en el pre test el 83,8% (67) de las madres de niños con parálisis cerebral tienen un nivel de conocimiento bajo del control postural, seguido por un 8,8% (7) que tienen un nivel de conocimiento alto y por último un 7,5% (6) tienen un nivel de conocimiento medio. En el pos test el 52,5% (42) de las madres de niños con parálisis cerebral tienen un nivel de conocimiento alto del control postural, seguido por un 38,8% (31) que tienen un nivel de

conocimiento medio y por último un 8,8% (7) tienen un nivel de conocimiento muy alto.

Con respecto a los estadísticos, existe una diferencia en la media de 6.16 puntos a favor del pos test ( $x = 14,25$ ), asimismo se aprecia que la moda en el pre test (8) menor que el pos test donde presenta mayor predominio la puntuación (15), en cuanto a la desviación estándar en el pre test es 2,994, siendo menor en el pos test 1,990 lo cual indica mayor concentración de los datos con respecto a la media.

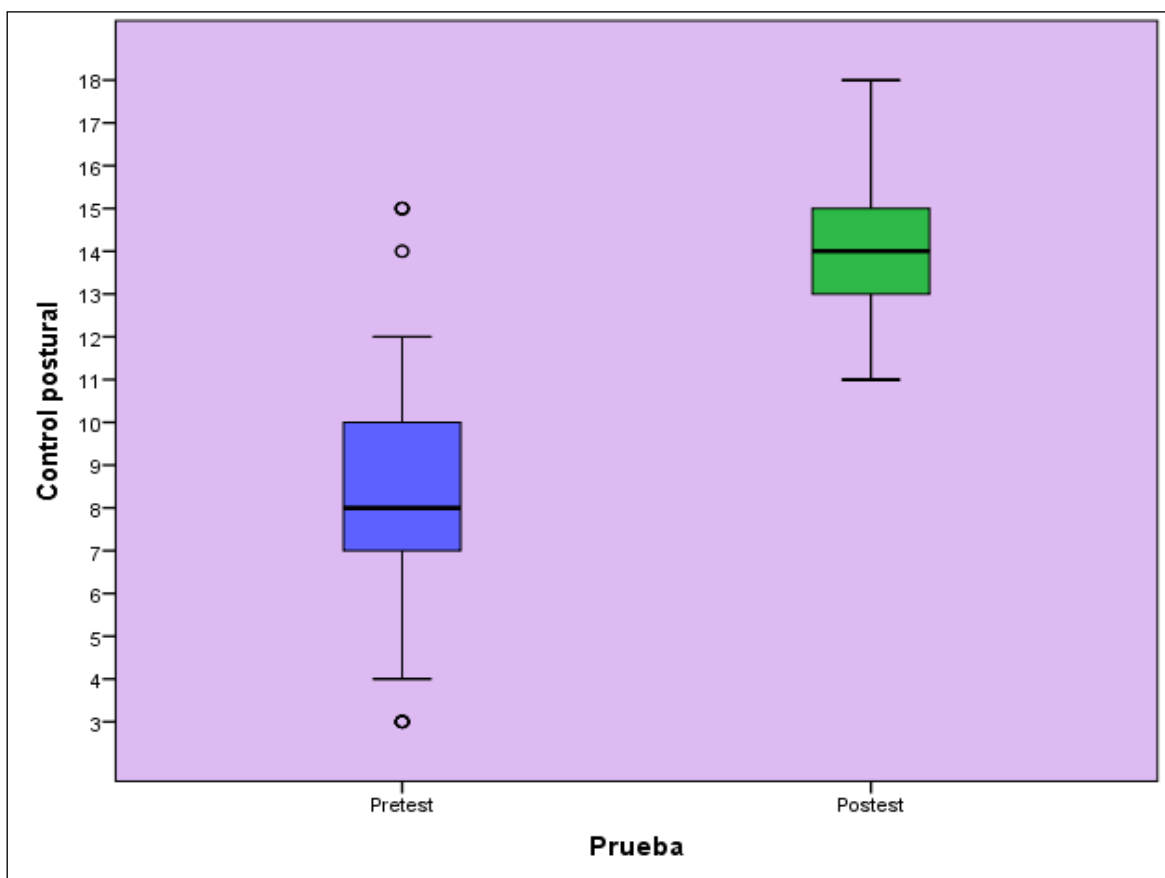


Figura 3. Diagrama de Caja y bigotes en el Pre test y Post test.

Tabla 5.

*Nivel de conocimiento sobre control postural para la higiene*

Nivel		Prueba			
		Pre test		Post test	
		f	%	f	%
Muy alto	[ 7 ]	0	0,0%	16	20,0%
Alto	[ 6 ]	2	2,5%	29	36,3%
Medio	[ 5 ]	8	10,0%	16	20,0%
Bajo	[ 4 ]	70	87,5%	19	23,8%
		x = 3,05 s <sup>2</sup> = 1,282 m <sub>o</sub> = 2		x = 5,50 s <sup>2</sup> = 1,114 m <sub>o</sub> = 6	

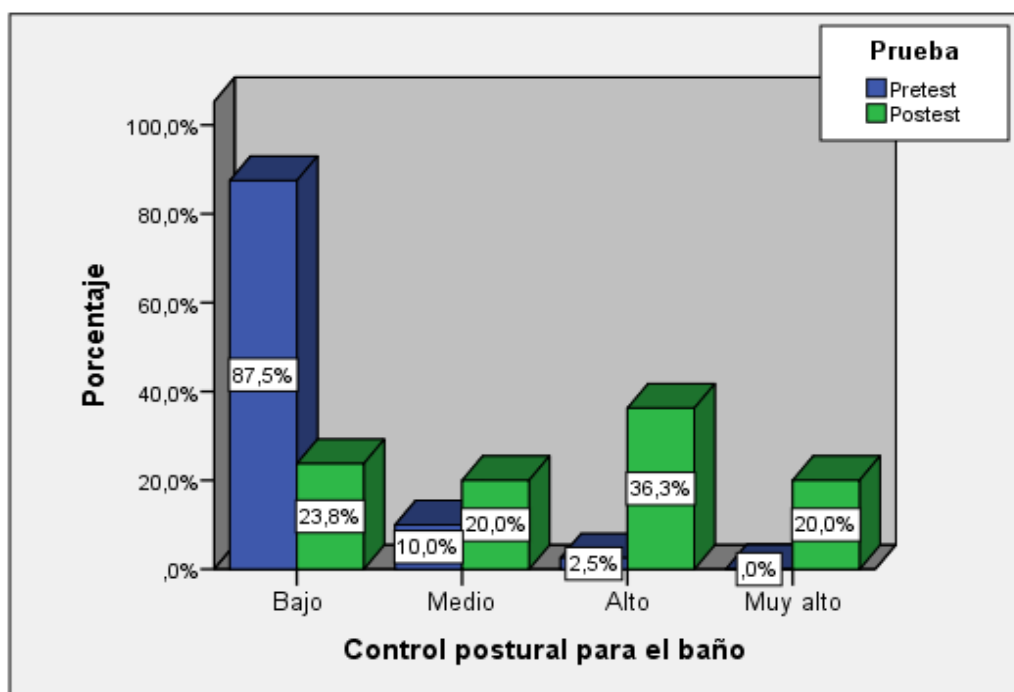


Figura 4. Resultados hallados del nivel de conocimiento sobre control postural para la higiene.

La tabla anterior indica que: en el pre test el 87,5% (70) de las madres de niños con parálisis cerebral tienen un nivel de conocimiento bajo del control postural para la higiene, seguido por un 10% (8) que tienen un nivel de conocimiento medio y por último un 2,5% (2) tienen un nivel de conocimiento alto. En el pos test el 36,3% (29) de las madres de niños con parálisis cerebral tienen un nivel de conocimiento alto del control postural para la higiene, seguido por un 23,8% (19) que tienen un nivel de conocimiento bajo, un 20% (16) que tienen un nivel medio y por último un 20% (16) tienen un nivel de conocimiento muy alto.

Con respecto a los estadísticos, existe una diferencia en la media de 2,45 puntos a favor del pos test ( $x = 5,50$ ), asimismo se aprecia que la moda en el pre test (2) menor que el pos test donde presenta mayor predominio la puntuación (6), en cuanto a la desviación estándar en el pre test es 1,282, siendo menor en el pos test 1,114 lo cual indica mayor concentración de los datos con respecto a la media.

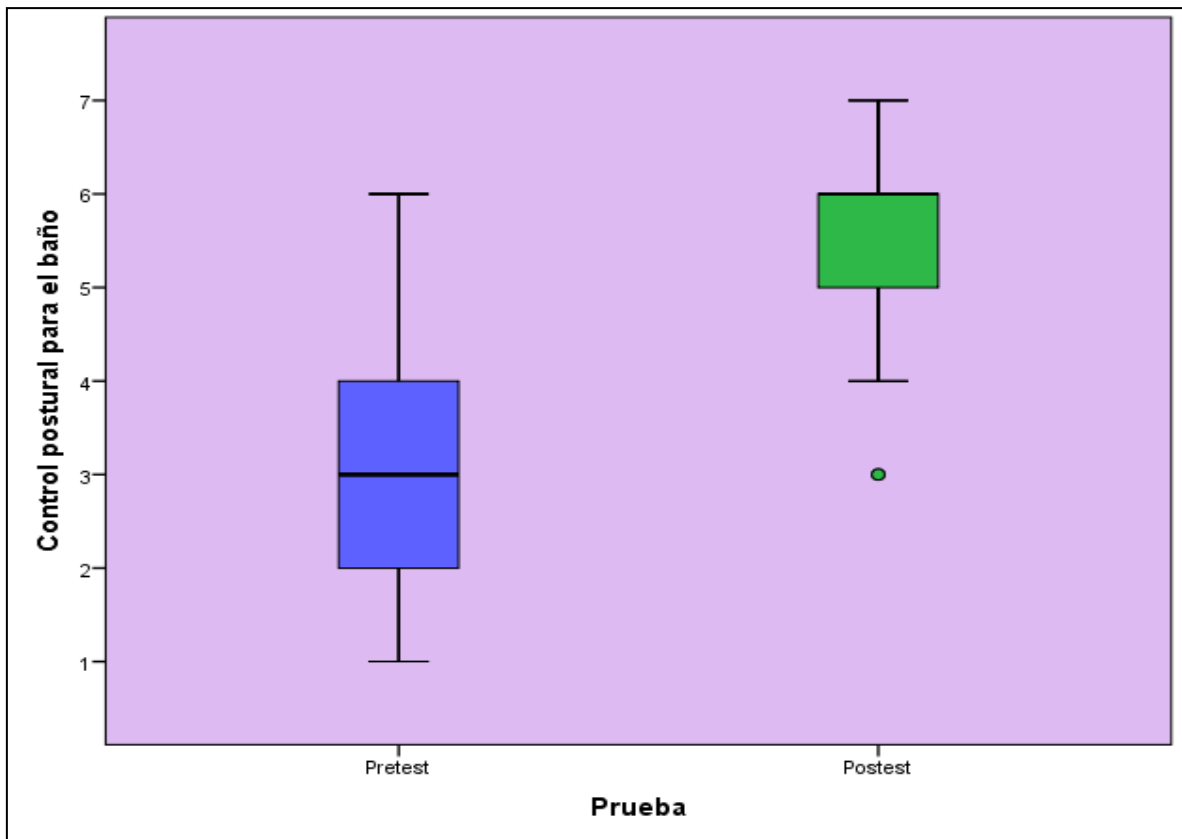


Figura 5. Diagrama de Caja y bigotes en el Pre test y Post test

Tabla 6.

*Nivel de conocimiento sobre control postural para el vestido*

Nivel		Prueba			
		Pre test		Post test	
		f	%	f	%
Muy alto	[ 7 ]	0	0,0%	4	5,0%
Alto	[ 6 ]	7	8,8%	21	26,3%
Medio	[ 5 ]	15	18,8%	26	32,5%
Bajo	[ 4 ]	58	72,5%	29	36,3%
		x = 3,15 s <sup>2</sup> = 1,654 m <sub>o</sub> = 3 m <sub>o</sub> = 5		x = 4,85 s <sup>2</sup> = 1,170	

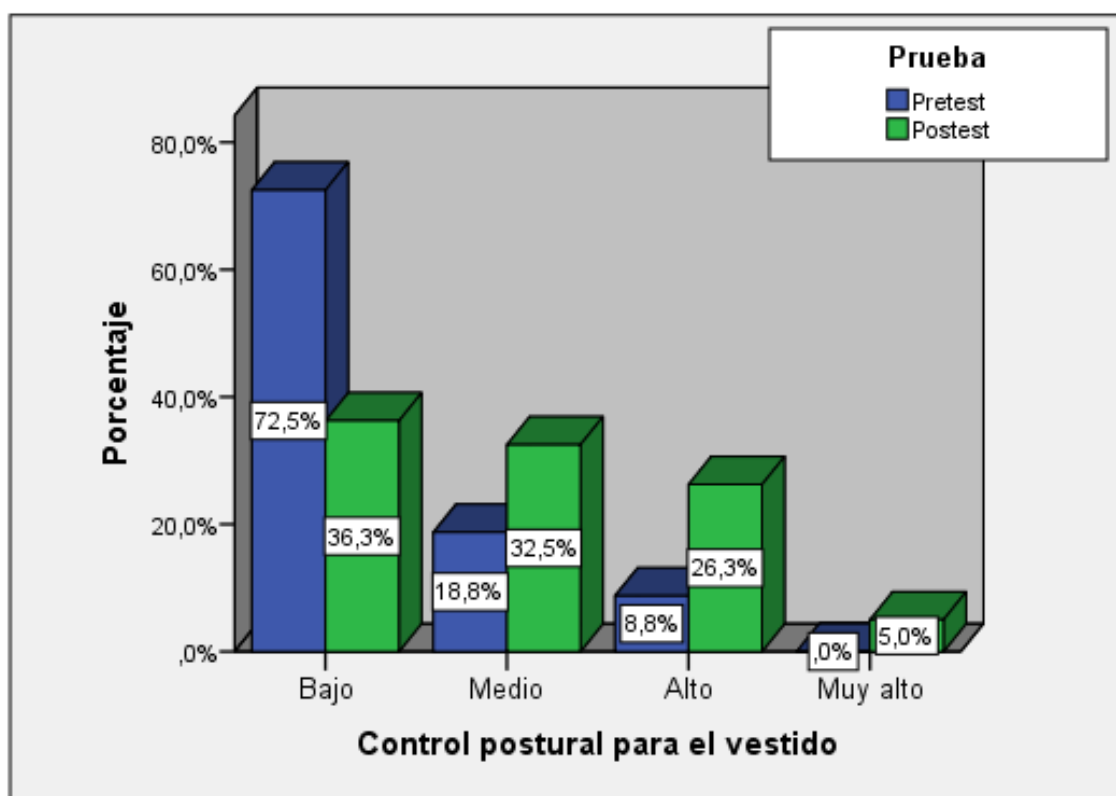


Figura 6. Resultados hallados del nivel de conocimiento sobre control postural para el vestido.

La tabla anterior indica que: en el pre test el 72,5% (58) de las madres de niños con parálisis cerebral tienen un nivel de conocimiento bajo del control postural para el vestido, seguido por un 18,8% (15) que tienen un nivel de conocimiento medio y por último un 8,8% (7) tienen un nivel de conocimiento alto.



En el post test el 36,3% (29) de las madres de niños con parálisis cerebral tienen un nivel de conocimiento bajo del control postural para el vestido, seguido por un 32,5% (26) que tienen un nivel de conocimiento medio, un 26,3% (21) que tienen un nivel alto y por último un 5% (4) tienen un nivel de conocimiento muy alto.

Con respecto a los estadísticos, existe una diferencia en la media de 1.7 puntos a favor del pos test ( $x = 4.85$ ), asimismo se aprecia que la moda en el pre test (3) menor que el pos test donde presenta mayor predominio la puntuación (5), en cuanto a la desviación estándar en el pre test es 1,654, siendo menor en el pos test 1,170 lo cual indica mayor concentración de los datos con respecto a la media.

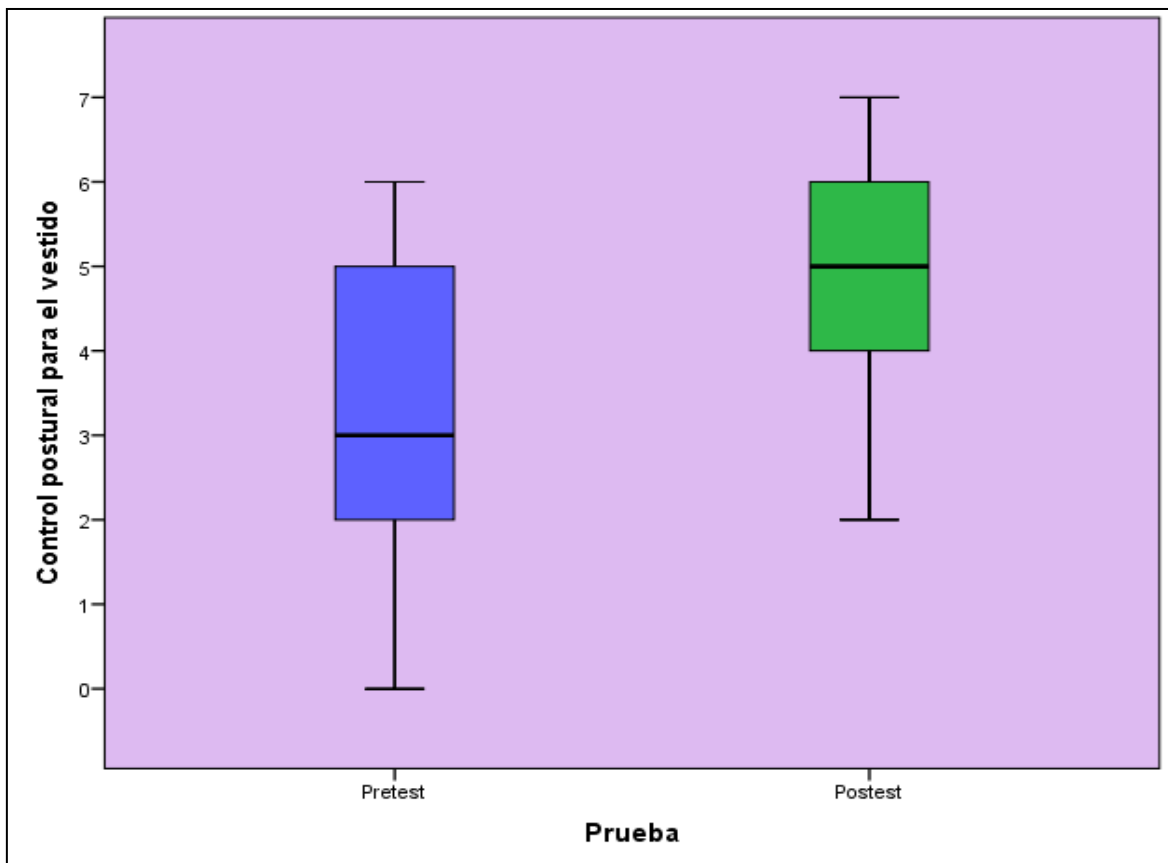


Figura 7. Diagrama de Caja y bigotes en el Pre test y Post test

Tabla 7.

*Nivel de conocimiento sobre control postural para la alimentación*

Nivel		Prueba			
		Pre test		Post test	
		F	%	f	%
Muy alto	[ 6 ]	0	0,0%	13	16,3%
Alto	[ 5 ]	3	3,8%	15	18,8%
Medio	[ 4 ]	10	12,5%	24	30,0%
Bajo	[ 3 ]	67	83,8%	28	35,0%

$x = 1,89 \quad s^2 = 1,341 \quad m_o = 1 \quad x = 3,90 \quad s^2 = 1,455 \quad m_o = 4$

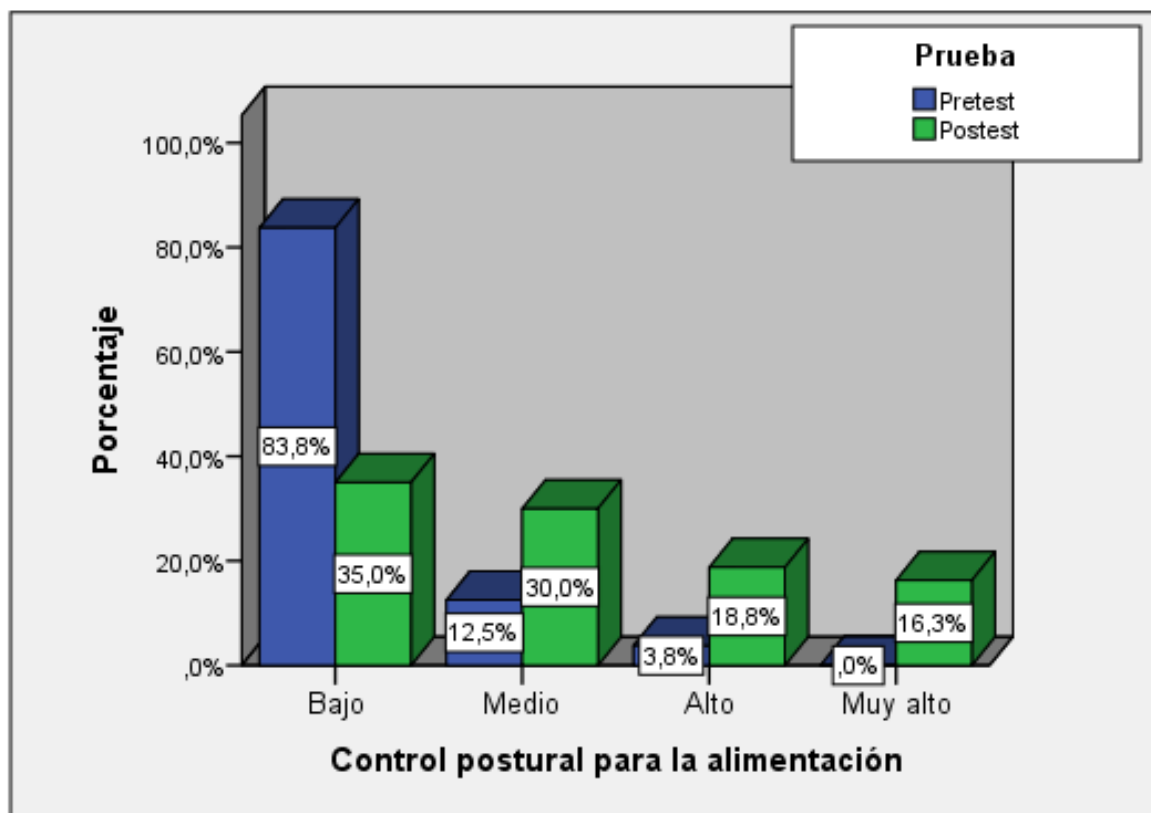


Figura 8. Resultados hallados del nivel de conocimiento sobre control postural para la alimentación.

La tabla anterior indica que: en el pre test el 83,8% (67) de las madres de niños con parálisis cerebral tienen un nivel de conocimiento bajo del control postural para la alimentación, seguido por un 12,5% (10) que tienen un nivel de conocimiento medio y por último un 3,8% (3) tienen un nivel de conocimiento alto. En el post test el 35% (28) de las madres de niños con parálisis cerebral tienen un

nivel de conocimiento bajo del control postural para la alimentación, seguido por un 30% (24) que tienen un nivel de conocimiento medio, un 18,8% (15) que tienen un nivel alto y por último un 16,3% (13) tienen un nivel de conocimiento muy alto.

Con respecto a los estadísticos, existe una diferencia en la media de 2,01 puntos a favor del pos test ( $x = 3,90$ ), asimismo se aprecia que la moda en el pre test (1) menor que el pos test donde presenta mayor predominio la puntuación (4), en cuanto a la desviación estándar en el pre test es 1,341, siendo menor en el pos test 1,456 lo cual indica mayor concentración de los datos con respecto a la media.

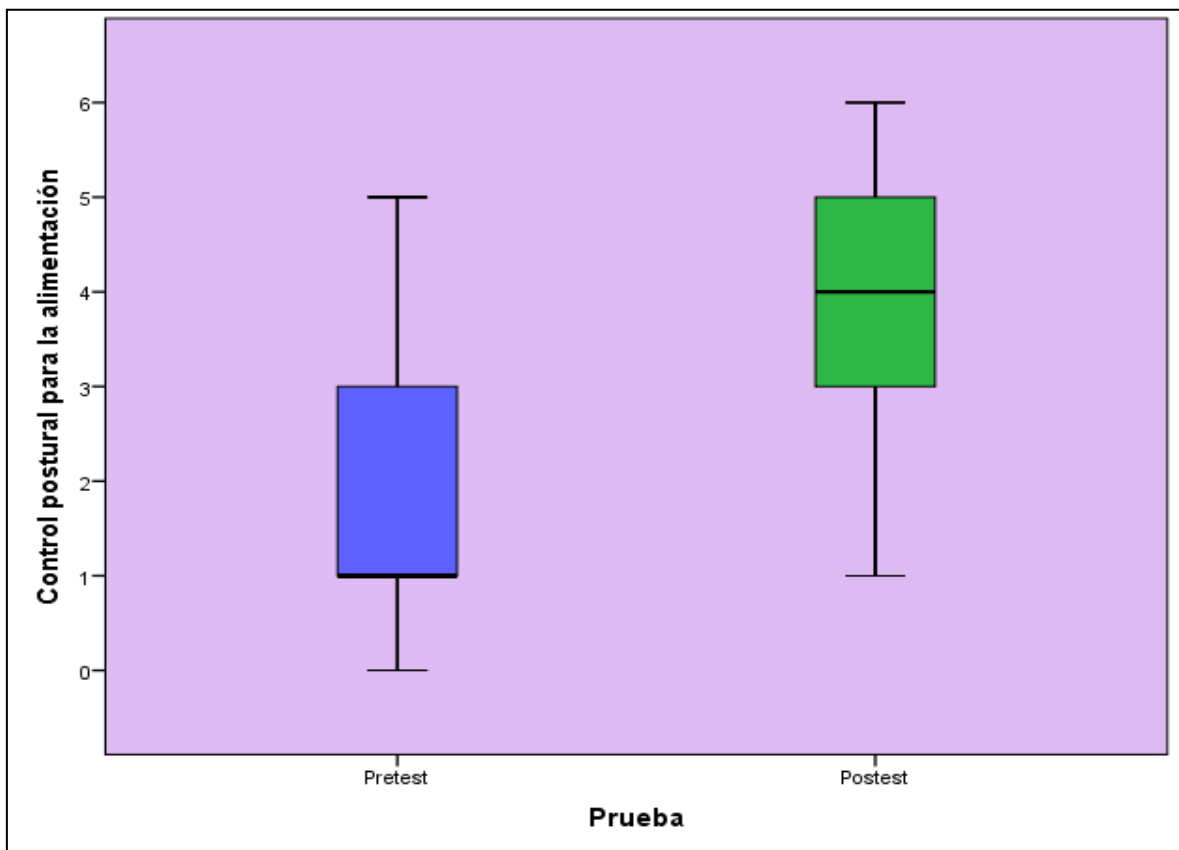


Figura 9. Diagrama de Caja y bigotes en el Pre test y Post test

Estadística inferencial

Prueba de normalidad

H0: Los datos de la muestra provienen de una distribución normal

H1: Los datos de la muestra no provienen de una distribución normal

Nivel de significancia: 0.05

Estadístico de Prueba: sig < 0.05, rechazar H0

Sig > 0.05, aceptar H0

Tabla 8.

*Pruebas de normalidad*

	Kolmogorov – Smirnov		
	Estadístico	gl	Sig.
Control postural	0,120	80	,000

En la tabla se muestra que los valores de sig < 0.05, por lo tanto, se rechaza H0, se acepta que los datos de la muestra no provienen de una distribución normal, por lo tanto, para probar las hipótesis planteadas se usará la *Prueba de Wilcoxon*.

### 3.2 Contrastación de la hipótesis general

Ho: El programa educativo “Petite” no incrementa el nivel de conocimiento sobre el control postural, en madres de niños con parálisis cerebral, en una clínica privada de Lima, 2018.

Ha: El programa educativo “Petite” incrementa el nivel de conocimiento sobre el control postural, en madres de niños con parálisis cerebral, en una clínica privada de Lima, 2018.

Nivel de significancia = 0,05

Regla de decisión: Si p valor < 0,05 en este caso se rechaza el Ho

Si p valor > 0,05 en este caso se acepta el Ho.

Tabla 9.

*Prueba de Wilcoxon para el nivel de conocimiento sobre control postural*

	Post test – Pre test
Z	-8,028 <sup>b</sup>
Sig. asintótica (bilateral)	,000

a. Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo

b. Se basa en rangos negativos.

En la tabla 9, los resultados de la prueba Wilcoxon, demostraron que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, ya que el sig. asintótica (bilateral) es 0.000 menor a 0.05. Por lo tanto, El programa educativo Petite incrementa el nivel de conocimiento sobre el control postural, en madres de niños con parálisis cerebral, en una clínica privada de Lima, 2018.

### Contrastación de la hipótesis específica 1

Ho: El programa educativo “Petite” no incrementa el nivel de conocimiento sobre el control postural para la higiene, en madres de niños con parálisis cerebral, en una clínica privada de Lima, 2018.

Ha: El programa educativo “Petite” incrementa el nivel de conocimiento sobre el control postural para la higiene, en madres de niños con parálisis cerebral, en una clínica privada de Lima, 2018.

Nivel de significancia = 0,05

Regla de decisión: Si p valor < 0,05 en este caso se rechaza el Ho

Si p valor > 0,05 en este caso se acepta el Ho

Tabla 10.

*Prueba de Wilcoxon para el nivel de conocimiento sobre control postural para la higiene.*

	Postest - Pretest
Z	-6,636 <sup>b</sup>
Sig. asintótica (bilateral)	,000

a. Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo

b. Se basa en rangos negativos.

En la tabla 10, los resultados de la prueba Wilcoxon, demostraron que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, ya que el sig. asintótica (bilateral) es 0.000 menor a 0.05. Por lo tanto, El programa educativo “Petite” incrementa el nivel de conocimiento sobre el control postural para la higiene, en madres de niños con parálisis cerebral, en una clínica privada de Lima, 2018.

### **Contrastación de la hipótesis específica 2**

Ho: El programa educativo “Petite” no incrementa el nivel de conocimiento sobre el control postural para el vestido, en madres de niños con parálisis cerebral, en una clínica privada de Lima, 2018.

Ha: El programa educativo “Petite” incrementa el nivel de conocimiento sobre el control postural para el vestido, en madres de niños con parálisis cerebral, en una clínica privada de Lima, 2018.

Nivel de significancia = 0,05

Regla de decisión: Si p valor < 0,05 en este caso se rechaza el Ho

Si p valor > 0,05 en este caso se acepta el Ho

Tabla 11.

*Prueba de Wilcoxon para el nivel de conocimiento sobre control postural para el vestido*

	Postest - Pretest
Z	-4,913 <sup>b</sup>
Sig. asintótica (bilateral)	,000

a. Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo

b. Se basa en rangos negativos.

En la tabla 11, los resultados de la prueba Wilcoxon, demostraron que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, ya que el sig. asintótica (bilateral) es 0.000 menor a 0.05. Por lo tanto, El programa educativo Petite

incrementa el nivel de conocimiento sobre el control postural para el vestido, en madres de niños con parálisis cerebral, en una clínica privada de Lima, 2018.

### Contrastación de la hipótesis específica 3

Ho: El programa educativo “Petite” no incrementa el nivel de conocimiento sobre el control postural para la alimentación, en madres de niños con parálisis cerebral, en una clínica privada de Lima, 2018.

Ha: El programa educativo “Petite” incrementa el nivel de conocimiento sobre el control postural para la alimentación, en madres de niños con parálisis cerebral, en una clínica privada de Lima, 2018.

Nivel de significancia = 0,05

Regla de decisión: Si p valor < 0,05 en este caso se rechaza el Ho

Si p valor > 0,05 en este caso se acepta el Ho.

Tabla 12.

*Prueba de Wilcoxon para el nivel de conocimiento sobre control postural para la alimentación*

	Postest - Pretest
Z	-6,037 <sup>b</sup>
Sig. asintótica (bilateral)	,000

a. Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo

b. Se basa en rangos negativos.

En la tabla 12, los resultados de la prueba Wilcoxon, demostraron que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, ya que el sig. asintótica (bilateral) es 0.000 menor a 0.05. Por lo tanto, El programa educativo Petite incrementa el nivel de conocimiento sobre el control postural para la alimentación, en madres de niños con parálisis cerebral, en una clínica privada de Lima, 2018.

## **IV. Discusión**



El punto clave al cuál llegamos para la discusión es el siguiente: En el desarrollo de nuestra hipótesis se propuso la posibilidad que la inclusión y desarrollo del programa educativo “Petite” podría ser favorable porque mejoraría drásticamente el cuidado en tres dimensiones (higiene, alimentación y vestido) del menor con parálisis cerebral. Las hipótesis específicas eran, precisamente, sobre dichas dimensiones. Ahora, a partir de los resultados obtenidos en las encuestas a una población de madres de familia, que tienen hijos que padecen de parálisis cerebral, podemos asumir que todas las cifras, antes del programa y después del programa, marcan una dirección ascendente. Esto quiere decir que la mejoría del desarrollo de los cuidados madre-hijo van siempre en progreso y nunca en retroceso. En ninguno de los casos particulares de las dimensiones de control postural (higiene, vestido, alimentación) hay un resultado vacuo o negativo; por tanto, vamos a discutir y contrastar dichos resultados antes de llegar a las conclusiones generales.

Un programa educativo es un conjunto de saberes que con integración profesional-madre, otorga conocimientos prácticos y específicos sobre el control postural y la manipulación en la higiene, vestido y alimentación para que el menor pueda ser atendido directamente por su progenitora. La propuesta de enseñanza debe ser didáctica para disminuir la cantidad de tiempo a tomarse para la enseñanza y aprovechar la disponibilidad de las madres. Los resultados obtenidos por la encuesta a las madres sobre el control postural de niños con parálisis cerebral, en cuanto a la hipótesis general, el efecto del programa educativo “Petite” con el nivel de conocimiento sobre control postural de niños con parálisis cerebral es positivo; esto significa que existe un efecto positivo, de incremento de los conocimientos del control postural en el niño con parálisis cerebral, entre la variable independiente frente a la variable dependiente, lo que fue corroborado con los resultados antes del programa educativo “Petite” el nivel de conocimiento de los madres era bajo con un 83,8%, posteriormente con luego de aplicarles el programa sobre control postural de los niños con parálisis cerebral, las madres encuestadas tuvieron un conocimiento alto con un 52,5% y conocimiento muy alto con el 8,8%.

A la luz de los resultados obtenidos en el presente estudio que han sido positivos, se encontró que el cumplimiento del objetivo general fue determinar el efecto del programa educativo “Petite” en el conocimiento del control postural en madres de niños con parálisis cerebral en una clínica privada de Lima, 2018. Asimismo, defendiendo la hipótesis general de que el Programa educativo “Petite” incrementa el nivel de conocimientos sobre el control postural en madres de niños con parálisis cerebral en una clínica privada de Lima, 2018, se ha resuelto de que este incremento es significativo y progresivo. Atribuyendo esto a la alta participación de las madres participantes del estudio y a los talleres (charlas demostrativas), que han sido de gran ayuda, contrastando esto con el estudio de Montalván Soto cuya investigación titulada La familia en las actividades de la vida diaria de los niños con parálisis cerebral infantil que asisten al centro de atención y desarrollo para los niños, las niñas y adolescentes especiales CADE de la ciudad de Loja, marzo-octubre 2013. El objetivo de su estudio fue establecer de qué manera incide la familia en las actividades de vida diaria de los niños con parálisis cerebral infantil, entre sus resultados se obtuvo que el 60% de las madres tuvieron baja participación, esto debido a que las charlas fueron de escasa ayuda. En el supuesto de que el programa educativo “Petite” no hubiera incrementado el conocimiento en las madres participantes del estudio, pudo haber sido entre una de sus posibles causas la poca o escasa eficiencia de los talleres (charlas demostrativas) La confrontación con nuestra investigación es que a las madres de los niños con parálisis cerebral se les ha brindado las herramientas para que ellas mismas puedan, en el hogar, enseñar a sus hijos, contribuir con el control postural y aprender estrategias para un mejor desempeño. Las charlas fueron claras, precisas, puntuales y organizadas en un programa de educación en la salud no mayor a 45 minutos, donde hay interacción entre las madres y el educador, siendo esto último la fortaleza del programa.

La dimensión conocimientos del control postural para la higiene dio como resultados conocimientos bajos. Del 87,5% antes de la aplicación del programa educativo, solo el 12,5% obtuvo conocimientos desde los rangos medios hasta los rangos muy altos frente a los resultados del estudio de Pozo, que realizó la investigación Conocimientos de los padres de familia y docentes sobre los hábitos

higiénico dietéticos de niños y adolescente con discapacidad intelectual en el año 2016, donde los padres tuvieron el 23% de conocimientos de hábitos higiénicos. Sin embargo, aquí solo se ha medido si los padres tienen el conocimiento mas no el nivel o rango, siendo esta una de las limitaciones del estudio de Pozo. Tras la aplicación del programa educativo “Petite” se ve incrementada el nivel de conocimientos de las madres en el control postural para la higiene hasta el 76,3% (tomando los rangos desde medio hasta muy alto), cabe hacer presente al lector que los rangos están basados en la escala vigesimal donde el nivel bajo es desde 0 hasta 10. Siendo está una debilidad de la tesis de Pozo, pues al no tener una medición de los conocimientos en ninguna escala no se puede inferir si el porcentaje de padres que saben es alto o medio.

La confrontación con el estudio de Farouk Hashem, titulado Efecto de una intervención educativa para mejorar la atención de las madres a sus hijos con parálisis cerebral tuvo como objetivo evaluar el efecto de una intervención educativa para mejorar la atención de las madres a sus hijos con parálisis cerebral frente al presente estudio cuyo objetivo general es determinar el efecto del programa educativo “Petite” en el conocimiento del control postural en madres de niños con parálisis cerebral. Ambos estudios han presentado similitudes y también diferencias propias de la temporalidad y el lugar geográfico, puntos claves que han influenciado en ambos estudios. Farouk hizo una medición antes de la aplicación del programa, otra medición inmediatamente después de la implementación del programa y a su vez una tercera medición después de un periodo de 6 meses. Entre los conocimientos insatisfactorios sobre el cuidado de los problemas asociados en sus hijos con parálisis cerebral respecto a la masticación y deglución se obtuvo 87,7% de insatisfacción en la medición antes de la implementación del programa para luego obtener un resultado inmediato de 52,3% de insatisfacción y 06 meses después obtuvo 50,8% de conocimientos insatisfactorios sobre el cuidado de los problemas asociados; en la dimensión conocimientos del control postural para la alimentación se alcanzó el valor del 83,8% de madres que tienen conocimientos bajos en el pre test, para luego descender hasta el 35% de conocimientos bajos. La dimensión conocimientos del control postural para la alimentación tiene entre sus indicadores a la alimentación

como acto motor (masticación y deglución) así que no se puede atribuir todo el descenso en los conocimientos bajos a esta dimensión.

Además, Farouk en las prácticas observadas en las madres con respecto a la atención de sus hijos indica que el 33,8% tenían prácticas observadas satisfactorias con respecto a la alimentación antes del programa, 64,6% inmediatamente al programa y el 78,5% después de 6 meses en las prácticas observadas satisfactorias.

La distribución de las prácticas informadas insatisfactorias de las madres con respecto al cuidado diario de sus hijos antes del programa fue un total de 61.5% respecto a ropa de niño (53,8%), cuidado dental (64,6%), entrenamiento de esfínteres (60%) e higiene y baño (33,8%) antes del programa. Este punto es importante señalar como una de las fortalezas del trabajo de investigación de Farouk, ya que tiene detallado cada uno de los indicadores de su estudio, confrontándolo con el presente trabajo de investigación que solo ha medido las dimensiones en total. Esto da pie a que se siga profundizando más en la investigación de los conocimientos de las madres acerca del cuidado de sus hijos con parálisis cerebral.

Los resultados fueron en ascenso constante, siendo esta la fortaleza del trabajo de Farouk Hashem frente a la presente investigación que solo se limitó a medir antes de la aplicación del programa educativo "Petite" y luego inmediatamente después. Se omitió la medición después de los 3 o 6 meses tras la ejecución del programa. Esta omisión fue debida a que no se disponía de los recursos económicos, las madres entraron en la fase de descanso que es obligatoria en la clínica privada y el ajustado tiempo de ejecución de la presente investigación.

A pesar de la abundante literatura, se tiene muy poca referida a la atención en el hogar del niño con parálisis cerebral, incluso entre los estudios nacionales no se han reportado estudios similares a la presente investigación, siendo esto una problemática para futuros estudios. Esta investigación pretende acrecentar el bagaje literario en la rehabilitación en el hogar. De igual manera, busca fomentar el conocimiento en las madres acerca del cuidado en el hogar de los menores que

padezcan de parálisis cerebral ya sea porque los padres no cuenten con los medios económicos para poder llevarlos, o porque las madres no conocen las estrategias del control postural de sus hijos con parálisis cerebral para las diferentes actividades de la vida diaria. No se ha presentado una gestión para la educación de las madres en torno al cuidado del menor con parálisis cerebral en el hogar. Frente a ello algunos trabajos presentados en el ámbito nacional tienen estructuras muy similares a la presente investigación, uno de ellos es el trabajo de Chávez titulado Efectos del programa educativo “Cuidando con amor” en el familiar acompañante sobre conocimientos del cuidado en el hogar del paciente postrado en el Hospital Loayza, los resultados de Chávez fueron que en el pre test obtuvo el 55% de las cuidadoras presentaban conocimientos bajos, luego de la aplicación del estímulo que es el programa educativo se obtuvo que el 0% tiene conocimientos bajos; la comparación al presente estudio es que la aplicación del programa educativo “Petite” también descendió el nivel de madres con bajo conocimiento desde 83,8% en el pre test hasta 0% en el post test. En ambos grupos se obtuvo el cero absoluto en los conocimientos bajos después de la aplicación del estímulo, esto debido a la practicidad, sencillez de los contenidos y motivación de las cuidadoras/madres en ambos grupos de estudios.

## **V. Conclusiones**

- Primera** En el pre test el 83,8% de las madres de los niños con parálisis cerebral tiene conocimientos bajos sobre el control postural, a diferencia del post test donde el 52,5% de las madres de los niños con parálisis cerebral tiene conocimientos altos sobre el control postural de sus hijos con parálisis cerebral. Demostrando un incremento de los conocimientos después de la aplicación del programa educativo. Es decir, en la medida que se ofrezca programa educativo “Petite” relacionado control postural, mejorará el nivel de conocimiento de las madres sobre el control postural de los niños con parálisis cerebral.
- Segunda** El 87,5% de las madres encuestadas adquirió conocimientos bajos en la dimensión Control postural para la higiene antes de la ejecución del programa educativo y después de que las madres de los niños con parálisis cerebral fueron incluidas al programa educativo se obtuvo que el 36,3% tiene conocimientos altos en la dimensión Control postural para la higiene, el 20% tiene conocimientos muy altos y solo el 23,8% consiguió conocimientos bajos. Es decir, en la medida que se ofrezca programa educativo “Petite” relacionado control postural para la higiene, mejorará el nivel de conocimiento de las madres sobre el control postural para la higiene de los niños con parálisis cerebral
- Tercera** Se logró determinar que el 72,5% de las madres de los niños con parálisis cerebral adquirió conocimientos bajos en la dimensión Control postural para el Vestido antes de la ejecución del programa educativo y después que las madres fueron incluidas en dicho programa se alcanzó que el 26,3% tuvo conocimientos altos en la dimensión Control postural para el vestido, el 5% tuvo conocimientos muy altos en la dimensión Control postural para el vestido y que 36,3% obtuvo conocimientos bajos. Es decir, en la medida que se ofrezca programa educativo “Petite” relacionado control postural,

mejorará el nivel de conocimiento de las madres sobre el control postural para el vestido de los niños con parálisis cerebral

**Cuarta** El 83,8% de las madres de niños con parálisis cerebral adquirió conocimientos bajos en la dimensión Control postural para la alimentación antes de la inclusión en el programa educativo, luego de la participación de ellas en el mencionado programa se logró conseguir que el 18,8% de las madres tuvieron conocimientos altos, el 16,3% de las madres tuvieron conocimientos muy altos y el 35% obtuvo conocimientos bajos en la dimensión control postural para la alimentación. Es decir, en la medida que se ofrezca programa educativo “Petite” relacionado control postural, mejorará el nivel de conocimiento de las madres sobre el control postural para la alimentación de los niños con parálisis cerebral

**Quinta** Existe un incremento significativo de conocimientos antes y después de ser incluidas las madres de los niños con parálisis cerebral en el programa educativo “Petite”, señalando que las madres en el post test han incrementado los conocimientos con respecto al pre test que se realizó antes de ser incluidas en el programa educativo. Donde existe una diferencia entre el post test y el pre test sig =0,000. Siendo este resultado, se rechaza la H0 y se acepta la Ha, el programa educativo “Petite” incrementa el nivel de conocimiento sobre el control postural, en madres de niños con parálisis cerebral, en una clínica privada de Lima, 2018.



## **VI. Recomendaciones**

- Primera** Se recomienda que la clínica privada implemente este programa educativo de manera continua a las madres de niños con parálisis cerebral, cuyo fin último sea el beneficio y la mejora en la calidad de vida e independencia del niño con parálisis cerebral. Debemos de tener en cuenta que este programa es efectivo si se realiza en grupos pequeños para que todo lo enseñado sea de forma personalizado.
- Segunda** Se recomienda a las madres de niños con parálisis cerebral, acudir al programa educativo para que conozcan y cuiden del control postural de sus niños con parálisis cerebral. Para ello es necesario que aprendan sobre el control postural de los niños para la higiene, el vestido y la alimentación. El primero con el propósito que el niño se sienta preparado para poder colaborar con la madre en la higiene diaria para que este aseado por ello este deba realizarse como baño de ducha, aseo de cara, el cepillado de los dientes y el uso del bacín e inodoro. Segundo con el propósito que el niño se sienta seguro y colabore con la madre al vestirse en cuanto al vestido de la parte superior e inferior, la colocación de los zapatos, zapatillas o cualquier otro modelo de calzado también la colocación de los calcetines, además de que las madres tengan conocimiento acerca de las características de la ropa para el niño con parálisis cerebral. El tercero con el propósito que el niño ayude a la madre en su alimentación a través de que coma alimentos sólidos, líquidos, acto motor de la alimentación y el uso de utensilios.
- Tercera** Se recomienda que las madres de los niños con parálisis cerebral permitan llevar todo lo aprendido al hogar, pues es ahí donde permanecen más tiempo los niños con parálisis cerebral.
- Cuarta** Se recomienda a las madres que tengan niños con parálisis cerebral, para que a través del programa educativo “Petite” aprendan las técnicas para alimentar a su niño, tanto para alimentos sólidos,

líquido y que la fase de alimentación sea tomada como un acto motor para incentivar al niño.

- Quinta** Se recomienda a las madres que tienen niños que padecen parálisis cerebral, conozcan los mecanismos y técnicas para el control postural de los niños al momento de la higiene. Existen técnicas de baño en la ducha o tina y que toda madre debe conocer porque existen diferentes formas de duchas y diseños arquitectónicos en los hogares. Enseñar a los niños como averse la cara, así como el cepillado de los dientes y el uso del bacín o el inodoro.
- Sexta** Se recomienda que las madres de niños con parálisis cerebral severa, para que a través del programa educativo “Petite” aprenda las técnicas para vestir a su niño con parálisis cerebral; tanto en el vestido de la parte superior e inferior, como la colocación de zapatos, zapatillas o cualquier otro tipo de calzado y la colocación de los accesorios.
- Séptima** Se recomienda la tarea de atención interdisciplinaria entre las disciplinas de terapia ocupacional, terapia de lenguaje y terapia física para que cada una de ellas comparta sus conocimientos y estrategias de abordaje en las madres y ellas puedan aplicarlo en el hogar como complemento al programa educativo.
- Octava** Se recomienda promover y mantener el programa educativo en las madres de los niños con parálisis cerebral, capacitándolas continuamente y formando una red de apoyo intrahospitalaria en la clínica privada.
- Novena** Se recomienda construir lazos entre los terapeutas físicos y las madres de los niños con parálisis cerebral para disminuir las complicaciones y retrasos en el proceso de rehabilitación.

## **VII. Referencias**

- Abad, L. (2014). *La hipoterapia y su relación en el control postural de los niños y niñas con parálisis cerebral que asisten a la Fundación Amor y Energía "AM-EN" de la parroquia de Tumbaco de la ciudad de Quito, provincia de Pichincha en el periodo 2013-2014. Lineamiento*. Loja: Tesis de la Universidad Nacional de Loja.
- Barrios, M. (2012). *Sobre la determinación de la idea de la filosofía en las lecciones tempranas de Martin Heidegger*. Santiago de Chile : Universidad de Chile Facultad de Filosofía y Humanidades Departamento de filosofía.
- Bernal, C. (2010). *Metodología de la investigación: para administración, economía, humanidades y ciencias sociales*. Mexico D.F.: Pearson Educacion.
- Bunge, M. (2014). *La ciencia, su método y su filosofía*. Barcelona: Random House Mondadori.
- Byosiére, P. (1999). *Fusión y difusión de las esferas de conocimiento en el ambiente regional en las sociedades del conocimiento*. Zamudio: Editado por Cluster del conocimiento.
- Carranza, A. y Fuentes, M. (2015). *El cuidado de niños con parálisis cerebral: Experiencias de las enfermeras de una clínica privada del distrito de Chiclayo, 2015*. Chiclayo: tesis de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo.
- Carrasco , S. (2009). *Metodología de la investigación científica*. Lima , Perú: Editorial San Marcos.
- Carrasco, S. (2014). *Metodología de la investigación científica*. Lima, Perú: San Marcos.
- Castilla , S., & Ruíz, J. (2005). *Lectura, Metacognición y Evaluación*. Bogotá.

- Cerdan, E. y Cruz, C. (2016). *Vivencias de madres frente al cuidado de su hijo con parálisis cerebral infantil*. Trujillo: Tesis de la Universidad Nacional de Trujillo.
- Cerdan, E., & Cruz, C. (2016). *Vivencias de madres frente al cuidado de su hijo con parálisis cerebral infantil*. Trujillo: Tesis de la Universidad Nacional de Trujillo.
- Córdoba, D. (2013). *Desarrollo cognitivo, sensorial, motor y psicomotor en la infancia*. SSC322\_3. Barcelona: IC Editorial.
- Davies, P. (2003). *Pasos a seguir: tratamiento integrado de pacientes con hemiplejía*. Madrid: Salud y campo.
- Escobar , & Morales, A. (2016). *El entorno familiar y el rendimiento escolar*. Andalucía, España : Consejería de Educación y Ciencia.
- Farouk , H. (2018). *The Effect of an Educational Intervention for Improving Mothers' Care for their Children with Cerebral Palsy* (Vol. Vol 8). Obtenido de <http://www.innovativejournal.in/index.php/ijnd/article/view/2126>
- Finnie, N. (1974). *Atención en el hogar del niño con parálisis cerebral* (2º ed.). México: La Prensa Medica Mexicana.
- Fracica. (1988). *Metodología de la investigación. Administración, economía, humanidades y ciencias sociales* . Bogotá: Prentice Hall, Pearson Educación.
- Gómez, M. (2014). *Efectos de la hipoterapia en niños con parálisis cerebral: una revisión sistemática*. Jaén: Tesis de la Universidad de Jaén.
- González, S. (2014). *Los niveles de conocimiento El Aleph en la innovación curricular*. A dos tintas.
- González, S. J. (1997). *La comunidad del conocimiento: elementos para la construcción de un modelo de gestión académica en el nivel medio superior y nivel superior*. México, D. F: Plaza y Valdez.

- Guevara, K. y Flores, D. (2014). *Eficacia de la aplicación del concepto hidroterapéutico Halliwick en niños con parálisis cerebral infantil en las instalaciones del complejo acuático de la "Universidad Técnica del Norte" periodo 2013*. Ibarra: tesis de la Universidad Técnica del Norte.
- Hayles , E., Harvey , D., Plummer , D., & Jones , A. (2015). *Parents' Experiences of Health Care for Their Children With Cerebral Palsy*. Qual Health Res.
- Hernandez, R. Fernandez, C. y Baptista, P. (2014). *Fundamentos de metodología de la investigación*. Mexico D.F.: McGraw Hill.
- Ichijo, K., & Nonaka, I. (1999). *Teoría de creación del conocimiento*. Nueva York: Universidad de Oxford.
- Lamiña, E. (2008). *Bendita pelota*. Bogotá: Grupo futbol inicial.
- Levitt , S. (2012). *Tratamiento de la parálisis cerebral y del retraso motor* (5ta ed.). Buenos Aires, Argentina: Medica Panamericana.
- Malhotra, N. (2004). *Investigación de mercados: un enfoque aplicado*. Mexico D.F.: Pearson educación.
- Martínez, B. (2016). *Sistemas de posicionamiento para el control postural en parálisis cerebral infantil*. Elche: Tesis de la Universidad Miguel Hernández.
- Mazariegos, A. (2015). *Familias con niños deficientes y el tipo de educación que reciben*. Lima: Revista cuerpo y salud mental.
- Montalván. (2013). *La familia en las actividades de la vida diaria de los niños con parálisis cerebral infantil, que asisten al centro de atención y desarrollo para los niños, niñas y adolescentes especiales "C.A.D.E", de la ciudad de Loja*. Loja, Ecuador: universidad nacional de Loja área de la educación, el arte y la comunicación.
- Otzen, T., & Manterola, C. (2017). *Técnicas de muestreo sobre una población a estudio*. Chile: Int. J. Morphol. Obtenido de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v35n1/art37.pdf>

- Palau. (2004). *Guía de Orientación de Corrección postural, prevención de la inmovilidad y fomento de la actividad física En personas mayores con demencia* (1º ed.). Madrid.
- Palomino, M. (2017). *Deserción de pacientes pediátricos con parálisis cerebral de 1 año a 8 años en el área de rehabilitación física en Clínica San Juan de Dios Lima – 2016*. Lima: Tesis de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.
- Pérez, L. (2007). *Apuntes sobre la investigación cuantitativa y cualitativa. Cuadernos monograficos*. Carabobo: Educativos.
- Pozo, L. A. (2016). *Conocimiento de los padres de familia y docentes sobre los hábitos higiénico -dietéticos de niños y adolescentes con discapacidad intelectual en el instituto fiscal de educación especial* . Quito: universidad central del ecuador facultad de odontología carrera de odontología.
- Quispe, G. B. (2017). *Conocimientos y prácticas de autocuidados del paciente posoperado de catarata en el instituto nacional de oftalmología*. Lima, Perú: UPCH. Obtenido de [http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/959/Conocimientos\\_Quispe%20Lazo%2C%20Graciela.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/959/Conocimientos_Quispe%20Lazo%2C%20Graciela.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Rea, A. C., Acle , G., Ampudia, A., & García , M. (2014). *Caracterización de los conocimientos de las madres sobre la discapacidad de sus hijos y su vínculo con la dinámica familiar*. Colombia: Universidad Nacional Autónoma de México. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v17n1/v17n1a10.pdf>
- Romero, A. (2007). *Anales de psicología 2007* (Vol. 23 ). Murcia, España.
- Salleras , L. (1985). *Educación Sanitaria*. (1º ed.). Madrid, España: Editorial Ediciones Diaz de Santos.
- Santana, B. (2015). *Estimulación psicomotriz en el desarrollo de las habilidades motoras gruesas en niños de 3 a 6 años con parálisis cerebral en la Fundación de Niños Especiales San Miguel*. Ambato: Tesis de la Universidad Técnica.



- Shefer, W. (2003). *Tratado de patología bucal*. México D.F.: Editorial Interamericana.
- Silva , L. (2006). *Auxiliar Sanitario de la Xunta de Galicia (Auxiliar de clínica)* . España : Editorial MAD.
- Velazco, Z. (2014). *Comunicación alternativa de los niños con parálisis cerebral infantil del Centro COFARI del distrito de Miraflores Arequipa – 2014*. Arequipa: Tesis del Instituto de Educación Superior Tecnológico Privado María Montessori.

## **Anexos**

### Anexo 1. Matriz de consistencia

Problemas		Objetivos		Hipótesis	Variables e Indicadores				
Problema general		Objetivo general		Hipótesis general	Variable 1: Programa educativo "Petite" en el conocimiento de las madres en el control postural del niño				
¿Cuál es el efecto del programa educativo Petite en el nivel de conocimiento sobre el control postural, en madres de niños con parálisis cerebral, en una clínica privada de Lima, 2018?	Determinar el efecto del programa educativo Petite en el nivel de conocimiento del control postural, en madres de niños con parálisis cerebral, en una clínica privada de Lima, 2018.	El programa educativo Petite incrementa el nivel de conocimiento sobre el control postural, en madres de niños con parálisis cerebral, en una clínica privada de Lima, 2018.	Actividades	Semana					
				Primera Semana	Segunda Semana	Tercera Semana	Cuarta Semana	Quinta Semana	
			Evaluación Inicial	X					
			Intervención Educativa "Enseñando el baño, aseo personal, control de esfínteres y uso del inodoro de mi hijo"		X				
			Intervención educativa "Practicando el vestido y desvestido de mi hijo"			X			
			Intervención Educativa "Ayudando en alimentación de mi hijo"				X		
			Evaluación Final						X

Problemas específicos	Objetivos específicos	Hipótesis específicas						
<p>¿Cuál es el efecto del programa educativo “Petite” en el nivel de conocimiento del control postural para la higiene, en madres de niños con parálisis cerebral, en una clínica privada de Lima, 2018?</p>	<p>Determinar el efecto del programa educativo “Petite” en el nivel de conocimiento del control postural para la higiene, en madres de niños con parálisis cerebral, en una clínica privada de Lima, 2018.</p>	<p>El programa educativo “Petite” incrementa el nivel de conocimiento sobre el control postural para la higiene, en madres de niños con parálisis cerebral, en una clínica privada de Lima, 2018.</p>						
<p>¿Cuál es el efecto del programa educativo “Petite” en el nivel de conocimiento del control postural para el vestido, en madres de niños con parálisis cerebral, en una clínica privada de Lima, 2018?</p>	<p>Determinar el efecto del programa educativo “Petite” en el nivel de conocimiento del control postural para el vestido, en madres de niños con parálisis cerebral, en una clínica privada de Lima, 2018.</p>	<p>El programa educativo “Petite” incrementa el nivel de conocimiento sobre el control postural para el vestido, en madres de niños con parálisis cerebral, en una clínica privada de Lima, 2018.</p>						
<p>¿Cuál es el efecto del programa educativo “Petite” en el nivel de conocimiento del control postural para la alimentación, en madres de niños con parálisis cerebral, en una clínica privada de Lima, 2018?</p>	<p>Determinar el efecto del programa educativo “Petite” en el nivel de conocimiento del control postural para la alimentación, en madres de niños con parálisis cerebral, en una clínica privada de Lima, 2018.</p>	<p>El programa educativo “Petite” incrementa el nivel de conocimiento sobre el control postural para la alimentación, en madres de niños con parálisis cerebral, en una clínica privada de Lima, 2018.</p>						

Variable 2: Parálisis cerebral					
Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de medición	Niveles o rangos	
Control Postural para la Higiene	Baño en el niño con parálisis cerebral	1, 2	Dicotómica (0) No (1) Si	20-18) Muy Alto (17-14) Alto (13-11) Medio (10-00) Bajo	
	Aseo facial en el niño con parálisis cerebral	3, 4			
Control Postural para el Vestido	Lavado de dientes en el niño con parálisis cerebral	5			
	Aseo e higiene en el inodoro y bacín en el niño con parálisis cerebral	6, 7			
Control Postural para la Alimentación	El vestido superior en el niño con parálisis cerebral	8, 9			
	El vestido inferior en el niño con parálisis cerebral	10,11			
Control Postural para la Alimentación	El uso del zapato y medias en el niño con parálisis cerebral	12,13			
	Las características de la ropa para el niño con parálisis cerebral	14			
	Los alimentos sólidos para el niño con parálisis cerebral	15,16,17			
	Los alimentos líquidos para el niño con parálisis cerebral	18			
Control Postural para la Alimentación	La alimentación como acto motor-masticación	19			
	El uso de utensilios en el niño con parálisis cerebral	20			

Tipo y diseño de investigación	Población y muestra	Técnicas e instrumentos	Estadística a utilizar
<p>Tipo: Aplicada, descriptivo Diseño: Pre experimental:</p> <p>preprueba / posprueba con un solo grupo</p> <p>Método: Hipotético - deductivo Enfoque: Cuantitativo</p>	<p>Población: 101 madres de niños con parálisis cerebral</p> <p>Tipo de muestreo: Probabilístico aleatorio estratificado</p> <p>Tamaño de muestra: 80 madres de niños co estratificadon parálisis cerebral</p>	<p><b>Variable 1:</b> Programa educativo "Petite" en el conocimiento de las madres en el control postural del niño con parálisis cerebral</p> <p>Técnicas: Charlas Instrumento: Materiales educativos Autor: Gabriel Acevedo Año: 2018 Monitoreo: Asesor Ámbito de Aplicación: Consultorio del investigador Forma de Administración: Face to face.</p> <p><b>Variable 2:</b> Conocimiento de las madres en el control postural del niño con Parálisis cerebral</p> <p>Técnicas: Encuesta Instrumento: Cuestionario</p> <p>Autor: Gabriel Acevedo Año: 2018 Monitoreo: Asesor Ámbito de Aplicación: Clínica privada Forma de Administración: Face to face</p>	<p>Descriptiva:</p> <p>Tabla y gráficos de frecuencias por preguntas Tabla y gráficos de categorías según variables y dimensiones</p> <p>Inferencial: Prueba de Wilcoxon</p>

Matriz de operacionalización de la variable: Control postural

DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	ESCALA	NIVELES Y RANGOS
	Baño en ducha	1,2		
Control postural para el baño	Aseo de cara	3,4		
	Lavado de dientes	5,6		
	Uso del bacín e inodoro	7		
	Vestido superior	8,9		(20 - 18) Muy Alto
Control postural para el vestido	Vestido inferior	10,11	Dicotómica:	(17 - 14) Alto
	Zapatos y medias	12,13	(0) No válido	(13 - 11) Medio
	Características de la ropa	14	(1) Válido	(10 - 00) Bajo
	Alimentos sólidos	15,16		Fuente: MINEDU (2012)
Control postural para la alimentación	Alimentos líquidos	17,18		
	Alimentación como acto motor	19		
	Uso de utensilios-Cuchara	20		

## Anexo 2. Instrumento de evaluación

### Cuestionario pre test

#### PROGRAMA EDUCATIVO “PETITE”

#### LEA LAS INSTRUCCIONES:

El siguiente cuestionario, ha sido elaborado con el propósito de determinar la efectividad del Programa Educativo “Petite” a las madres de los hijos con parálisis cerebral sobre los conocimientos del control postural en una clínica privada de Lima, 2018.

Por favor lea detenidamente cada pregunta y marque con CRUZ (+) o un ASPA (x) en la alternativa que usted considere correcta. Cada pregunta tiene una sola respuesta.

Le recordamos que las respuestas son anónimas y guardan la confidencialidad.

Agradecemos su colaboración.

#### DATOS GENERALES

➤ Edad de la madre ( )

➤ Grado de instrucción:

( ) Primaria incompleta

( ) Primaria completa

( ) Secundaria incompleta

( ) Secundaria completa

( ) Superior técnica

( ) Superior universitaria

#### PERCEPCIÓN

¿Cree usted que el programa educativo “Petite” incrementara el nivel de conocimientos acerca del Control postural para su menor hijo?

Creo que sí

Creo que no

Depende del interés que le ponga

No opina, no sabe



### **Dimensión Control postural para el baño**

0. ¿La forma correcta de tomar a mi hijo con parálisis cerebral para el baño en la ducha es?
  - a. Echado boca arriba con la cabeza cayendo para atrás.
  - b. Sentado en el regazo de la madre con la cabeza hacia adelante, brazos juntos, rodillas y caderas flexionadas (dobladas).
  - c. Echado de espaldas con la cabeza girada a un lado, los brazos doblados y las piernas cruzadas en forma de tijera.
  - d. Sentado en el regazo de la madre con la postura asimétrica, la espalda encorvada.
  - e. Parado contra la pared sin ningún apoyo externo sobre el piso jabonoso.
1. ¿La postura correcta para bañar a mi hijo en una tina es?
  - a. Sentado sin ningún control externo, cabeza en hiperextensión, piernas en extensión (rodillas rectas)
  - b. Sentarlo en la tina con las caderas abducidas (abiertas o separadas), rodillas dobladas, cabeza tirada hacia atrás y tronco encorvado.
  - c. Sentado en la tina con las piernas estiradas, cabeza y tronco con mucha flexión.
  - d. Sentado con las caderas abiertas, rodillas dobladas o flexionadas, cabeza recta, espalda apoyada en la tina.
  - e. Sentado con las rodillas rectas, tronco encorvado, cabeza extendida (tirada hacia atrás)
2. ¿Para lavarle la cara a mi hijo con parálisis cerebral, el mejor control postural para su cuerpo es?
  - a. Sentado en una silla con la cabeza recta o apoyada en el respaldo de la silla, tronco derecho y pies apoyados en una superficie.
  - b. Sentado en una silla con la cabeza hacia atrás, la boca abierta, tronco doblado.
  - c. Sentado en una silla con la cabeza doblada hacia abajo, los brazos doblados al cuerpo, tronco doblado hacia abajo.

- d. Sentado en una silla con respaldar, cabeza tirada hacia atrás, tronco recto, caderas dobladas y rodillas rectas.
  - e. Sentado en una silla, cabeza hacia atrás, la nuca apoyada en el respaldar, tronco tirado hacia atrás, pies en el aire.
3. ¿Si mi hijo no tiene control de la cabeza, la forma de lavarle la cara es?
- a. Echado boca arriba, cabeza hacia atrás, boca abierta, caderas aducidas (piernas cruzadas)
  - b. Echado con almohadillas altas en la nuca para que flexione la cabeza, tronco recto, piernas dobladas.
  - c. Echado boca arriba, con almohadilla en la cabeza que alinee la cabeza, tronco recto y piernas alineadas.
  - d. Echado boca abajo en el regazo de la madre, cabeza en hiperextensión, brazos hacia atrás, piernas cruzadas.
  - e. Echado boca arriba con almohadillas en la nuca, cabeza hacia atrás, tronco inclinado, piernas cruzadas.
4. ¿La postura correcta que le dé un eficiente control postural al tronco y cabeza para el cepillado de los dientes es?
- a. El niño sentado con la cabeza girada hacia un lado, tronco inclinado, fricción enérgica en las encías.
  - b. El niño sentado, cabeza alineada, tronco alineado con la cabeza, se fricciona suavemente los dientes.
  - c. El niño echado boca arriba, la cabeza esta tirada hacia atrás, tronco en hiperextensión, se fricciona suavemente los dientes.
  - d. El niño echado boca arriba con el tronco desalineado y la cabeza en extensión excesiva, se fricciona enérgicamente los dientes.
  - e. El niño echado hacia atrás, boca abierta, tronco desalineado, se fricciona suavemente los dientes
5. ¿La forma ideal de asistir a mi hijo con parálisis cerebral en el acto de defecar en un bacín es?
- a. La madre sentada en una silla, coloca el bacín en el suelo, niño sentado entre las piernas de la madre.
  - b. La madre sentada en una silla, el bacín entre los muslos de la madre, niño sostenido en posición de cuclillas, con las caderas y

rodillas flexionadas (dobladas), tronco apoyado en la madre y la cabeza alineada.

- c. La madre está de pie, el niño sentado en el bacín, con la cabeza tirada hacia atrás.
  - d. La madre sentada en una silla, el bacín entre los muslos de la madre, niño sostenido mirando hacia la madre, con la cabeza sin apoyo.
  - e. La madre sentada en una silla, el bacín entre los muslos de la madre, niño sentado con el tronco inclinado hacia un lado.
6. ¿La postura ideal del uso del inodoro en mi hijo con parálisis cerebral es?
- a. Sentado en el inodoro, sin control de tronco y cabeza, caderas dobladas y rodillas rectas, pies en el aire.
  - b. Sentado en el inodoro, con control de tronco y cabeza, cadera y rodilla dobladas, brazos hacia atrás y los pies en el aire sin un soporte.
  - c. Sentado en el inodoro, con control de tronco y cabeza, brazos hacia adelante, caderas dobladas, rodillas rectas y los pies en el aire.
  - d. Sentado en el inodoro, con control de tronco y cabeza, brazos hacia adelante sujetándose de la madre, caderas dobladas, rodillas rectas y la punta de los pies apoyados en el suelo.
  - e. Sentado en el inodoro, con control de tronco y cabeza, brazos hacia adelante sujetándose de la madre, caderas y rodillas flexionadas, pies apoyados en el suelo o en un banco pequeño.

#### Dimensión Control postural para el vestido

7. ¿La mejor manera de colocarle el polo a mi hijo con parálisis cerebral, que presenta espasmos extensores sería?
- a. Boca abajo en el suelo o cama, con la cabeza en hiperextensión.
  - b. Boca abajo en la cama con la cabeza y el tronco inclinado hacia un lado.

- c. Boca abajo en la cama o el regazo de la madre, con la cabeza en extensión.
  - d. Boca arriba en el regazo de la madre, con la cabeza en flexión.
  - e. Boca abajo en el regazo de la madre, con la cabeza en flexión.
8. ¿La colocación de la chompa a mi hijo con parálisis cerebral sería en el siguiente orden?
- a. Echado boca arriba, la madre coloca las mangas, primero un puño y flexiona un brazo, luego el otro puño y flexiona el otro brazo, al final coloca la cabeza de adelante hacia atrás.
  - b. Echado boca abajo la madre coloca primero las mangas luego la cabeza, colocándolo de adelante hacia atrás.
  - c. Sentado en la cama, la madre por detrás, primero mete la cabeza en la chompa de atrás hacia adelante, luego remanga las mangas y coloca un puño y extiende ese codo, luego el otro puño extendiendo el otro codo.
  - d. Sentado en el regazo de la madre, primero coloca los dos brazos en las mangas al mismo tiempo, luego coloca la cabeza de atrás hacia adelante.
  - e. Echado boca arriba, se colocan las mangas a la misma vez y luego la cabeza de adelante hacia atrás.
9. Si mi hijo tiene un buen control de cabeza y cuello, pero cuando se sienta para colocarse los pantalones pierde el equilibrio. ¿La forma correcta de colocarse los pantalones sería?
- a. Recostado (echado de costado) de lado, coloca el pantalón de la pierna de arriba, luego se gira del otro lado y coloca la otra pierna dentro del pantalón.
  - b. Echado boca abajo, la madre le coloca los pantalones.
  - c. Sentado al borde de la cama (sin un respaldar, ni apoyo lateral) se coloca los pantalones con excesiva flexión de tronco.
  - d. Echado boca arriba con la cabeza en extensión y las piernas extendidas y cruzadas (postura de tijera)
  - e. Echado de lado, se coloca el pantalón en la pierna que está abajo y luego gira para colocar el otro pantalón en la otra pierna.

10. Si mi hijo presenta buen control de tronco y cabeza, pero tiene dificultades para mantenerse de pie permanentemente, ¿la manera práctica para que sea más independiente en colocarse los pantalones sería?
- Utilizar una silla delante de él para sostenerse mientras se coloca los pantalones.
  - Utilizar la cama para que echado sobre ella pueda colocarse los pantalones.
  - Utilizar su propio cuerpo para mantenerse de pie y colocarse los pantalones.
  - Utilizar una silla sin respaldar para que sentado en ella pueda colocarse los pantalones.
  - Utilizar la pared sin ninguna ayuda arquitectónica (barra de sujeción) se pueda colocar los pantalones.
11. Para que mi hijo con parálisis cerebral que presenta control de cabeza y tronco se quite las medias, recurriré a la siguiente estrategia.
- Sentado en un banco alto, con los pies en el aire levanta una pierna para sacarse la media.
  - Echado boca arriba la mamá le saca las medias.
  - Sentado con los pies apoyados en el suelo, se agacha con excesiva flexión de tronco para sacarse las medias.
  - Sentado con el tronco erguido, ambos pies apoyados, coloca el pie que va a sacar la media sobre un banquito.
  - Echado boca arriba, utiliza el otro pie para sacarse la media.
12. Para evitar que mi niño con parálisis cerebral echado boca arriba, coloque los dedos del pie en forma de garra cuando se le coloca el zapato, debemos de ponerle de la siguiente manera.
- Zapatos con los pasadores no tan sueltos, caderas y rodillas muy extendidas se coloca el pie en extensión (punta del pie hacia abajo)
  - Zapatos con los pasadores no tan sueltos, caderas flexionadas, rodillas extendidas, se coloca el pie en flexión (punta de pie hacia arriba)

- c. Zapatos con los pasadores sueltos, caderas extendidas, rodillas dobladas, se coloca el pie en extensión (punta hacia abajo)
- d. Zapatos con los pasadores atados, caderas extendidas, rodillas dobladas, se coloca el pie en flexión (punta del pie hacia abajo)
- e. Zapatos con los pasadores muy sueltos, caderas y rodillas dobladas (flexionadas), se coloca el pie con ligera flexión (punta del pie hacia arriba)

13. Las características de las prendas de fácil colocación y uso diario para mi hijo con parálisis cerebral serían las siguientes.

- a. Camiseta con botones grandes, pantalones tipo buzo, medias con taloneras y elástico flexible, zapatos con pasadores.
- b. Camiseta con botones pequeños, pantalones tipo jean, medias con taloneras, zapatos tipo mocasín.
- c. Camiseta o polo de mangas estrechas, pantalones tipo buzo, medias sin taloneras y elásticos flexibles, zapatos con pasadores.
- d. Camiseta o polo manga ancha, pantalones con cierre y botón, medias con talonera y elástico flexible, zapatos con pasadores.
- e. Camiseta o polo de manga ancha, pantalones tipo buzo, medias sin talonera y con elástico flexible, zapatos con velcro (pega-pega) en vez de pasadores.

Dimensión Control postural para la alimentación

14. ¿La postura correcta para dar de comer a mi hijo con parálisis cerebral con escaso control de cabeza sería?

- a. Echado boca arriba, cabeza tirada hacia atrás, piernas cruzadas.
- b. Echado boca abajo, cabeza flexionada, brazos hacia atrás.
- c. Sentado en una silla, cabeza tirada hacia atrás y rotada (girada) a un lado, piernas dobladas.
- d. Posición semi sentada en el regazo de la madre, cabeza erguida, brazos hacia adelante, caderas y rodillas flexionadas (dobladas)
- e. Echado de costado, cabeza tirada hacia atrás, brazos hacia adelante.

15. ¿La postura correcta para dar de comer a mi hijo con parálisis cerebral que tiene control de cabeza, pero poco control de tronco sería?
- La madre sentada con los dos pies en el suelo, niño sentado en el regazo de la madre, cabeza doblada hacia adelante, tronco doblado hacia adelante, piernas cruzadas.
  - La madre sentada con un pie apoyado en un banquito, niño sentado en la falda de la madre, cabeza erguida, tronco controlado por el brazo de la madre, caderas y rodillas flexionadas.
  - La madre parada con un pie en un banquito, niño sentado en una silla de comer, cabeza recta, tronco inclinado a un costado.
  - La madre sentada con un pie en un banquito, niño sentado en la falda de la madre, tronco muy extendido (tirado hacia atrás), las piernas extendidas y cruzadas
  - La madre sentada frente al niño, niño en una silla por debajo del campo visual de la madre, cabeza del niño en hiperextensión (tirado hacia atrás), piernas extendidas.
16. ¿Cuál es la postura correcta para dar de comer a mi niño con parálisis cerebral que tiene control de cabeza y tronco, pero no puede comer solo?
- Niño sentado en un asiento para carro, la madre sentada delante del niño a la altura de sus ojos, cabeza erguida, espalda recta, manos por delante de él.
  - Niño sentado en una silla convencional, madre parada delante de él con la cabeza echada hacia atrás, espalda encorvada, manos adelante.
  - Niño sentado en una silla convencional, madre por detrás del niño, cabeza del niño tirada hacia atrás, espalda extendida, manos por detrás del tronco.
  - Niño sentado en un asiento de carro, madre sentada al costado del niño a la altura de los ojos del niño, cabeza girada, tronco rotado (girado) al mismo lado de la cabeza, brazos en posición del esgrimista (reflejo tónico cervical asimétrico)

- e. Niño sentado en un asiento de carro (o algo similar), la madre sentada frente al niño en un banco pequeño, cabeza del niño flexionada (doblada hacia adelante), tronco flexionado (encorvado), las piernas muy flexionadas (dobladas)

17. Para dar de beber a mi hijo con parálisis cerebral que presenta disfunción orofacial la manera correcta es

- a. El vaso se presenta desde arriba con el niño echado hacia atrás y la cabeza colgando en extensión.
- b. El vaso tiene un corte de abertura para la nariz, la cabeza tirada hacia atrás y girada hacia un lado.
- c. El vaso presenta un corte de abertura para la nariz, el niño es ayudado en el cierre de los labios, cabeza alineada o ligeramente hacia abajo.
- d. El vaso se presenta por el costado de la boca, mientras se encuentra abierta, no hay cierre de los labios.
- e. El vaso tiene un corte de abertura para la nariz, se vierte todo el contenido líquido sin cierre de los labios, la cabeza cuelga hacia atrás.

18. Para enseñar a mi hijo con parálisis cerebral la masticación de las comidas, la mejor forma es

- a. Estimular la masticación con trozos pequeños de pan colocándolo a un lado de la boca, la cabeza está alineada y el tronco erguido.
- b. Estimular la masticación con trozos de carne, metiéndole dentro de la boca, la cabeza tirada hacia atrás, tronco extendido.
- c. Estimular la masticación con trozos pequeños de pan, colocando cerca de la garganta, la cabeza ligeramente doblada hacia abajo, tronco flexionado.
- d. Estimular la masticación con trozos de carne, colocándolo dentro de la boca cerca a la garganta, la cabeza echada hacia atrás y el tronco doblado hacia adelante.
- e. Estimular la masticación con trozos de pan, a un lado de los dientes, la cabeza alineada y el tronco doblado hacia adelante.



19. El uso de la cuchara para los alimentos semisólidos en mi hijo con parálisis cerebral serán bajo las siguientes condiciones
- a. Escaso control de cabeza, la presentación de la cuchara es lateral, presión firme en los dientes, retirar la cuchara raspando los dientes.
  - b. Niño presenta control de la cabeza y la mandíbula, la presentación de la cuchara es por el frente, presión firme en la lengua, al retirar la cuchara el niño cierra la boca para que la lengua empuje el alimento hacia atrás.
  - c. Escaso control de cabeza, la presentación de la cuchara es lateral, presión firme en la lengua, al retirar la cuchara el niño cierra la boca para que la lengua empuje el alimento hacia atrás.
  - d. Niño con control de la cabeza y la mandíbula, la presentación de la cuchara es por el frente, presión suave en la lengua y el paladar, al retirar la cuchara el niño cierra la boca para que la lengua empuje el alimento hacia atrás.
  - e. Niño con control de la cabeza, la presentación de la cuchara es lateral, presión firme en la lengua, el niño empuja el alimento hacia adelante.

**Respuestas correctas:**

1. Sentado en el regazo de la madre con la cabeza hacia adelante, brazos juntos, rodillas y caderas flexionadas (dobladas).
2. Sentado con las caderas abiertas, rodillas dobladas o flexionadas, cabeza recta, espalda apoyada en la tina.
3. Sentado en una silla con la cabeza recta o apoyada en el respaldo de la silla, tronco derecho y pies apoyados en una superficie
4. Echado boca arriba, con almohadilla en la cabeza que alinee la cabeza, tronco recto y piernas alineadas.
5. El niño sentado, cabeza alineada, tronco alineado con la cabeza, se fricciona suavemente los dientes.

6. La madre sentada en una silla, el bacín entre los muslos de la madre, niño sostenido en posición de cuclillas, con las caderas y rodillas flexionadas (dobladas), tronco apoyado en la madre y la cabeza alineada.
7. Sentado en el inodoro, con control de tronco y cabeza, brazos hacia adelante sujetándose de la madre, caderas y rodillas flexionadas, pies apoyados en el suelo o en un banco pequeño.
8. Boca abajo en el regazo de la madre, con la cabeza en flexión.
9. Sentado en la cama, la madre por detrás, primero mete la cabeza en la chompa de atrás hacia adelante, luego remanga las mangas y coloca un puño y extiende ese codo, luego el otro puño extendiendo el otro codo.
10. Recostado (echado de costado) de lado, coloca el pantalón de la pierna de arriba, luego se gira del otro lado y coloca la otra pierna dentro del pantalón.
11. Utilizar una silla delante de él para sostenerse mientras se coloca los pantalones.
12. Sentado con el tronco erguido, ambos pies apoyados, coloca el pie que va a sacar la media sobre un banquito.
13. Zapatos con los pasadores muy sueltos, caderas y rodillas dobladas (flexionadas), se coloca el pie con ligera flexión (punta del pie hacia arriba).
14. Camiseta o polo de manga ancha, pantalones tipo buzo, medias sin talonera y con elástico flexible, zapatos con velcro (pega-pega) en vez de pasadores.
15. Posición semi sentada en el regazo de la madre, cabeza erguida, brazos hacia adelante, caderas y rodillas flexionadas (dobladas).
16. La madre sentada con un pie apoyado en un banquito, niño sentado en la falda de la madre, cabeza erguida, tronco controlado por el brazo de la madre, caderas y rodillas flexionadas.
17. Niño sentado en un asiento para carro, la madre sentada delante del niño a la altura de sus ojos, cabeza erguida, espalda recta, manos por delante de él.
18. El vaso presenta un corte de abertura para la nariz, el niño es ayudado en el cierre de los labios, cabeza alineada o ligeramente hacia abajo.

19. Estimular la masticación con trozos pequeños de pan colocándolo a un lado de la boca, la cabeza está alineada y el tronco erguido.
20. Niño presenta control de la cabeza y la mandíbula, la presentación de la cuchara es por el frente, presión firme en la lengua, al retirar la cuchara el niño cierra la boca para que la lengua empuje el alimento hacia atrás.

ACTIVIDADES	FECHAS																
	08/01 - 12/01	15/01 - 19/01	22/01 - 26/01	29/01 - 02/02	05/02 - 09/02	12/02 - 16/02	19/02 - 23/02	26/02 - 02/03	05/03 - 09/03	12/03 - 16/03	19/03 - 23/03	26, 27, 28 /03 - 02, 03/04	04/04 - 06/04	09/04 - 13/04	16/04 - 20/04	23/04 - 27/04	
Evaluación Inicial - Primer Grupo	✓																
Intervención Educativa "Enseñando el baño, aseo personal, control de esfínteres y uso del inodoro de mi hijo" Primer Grupo.		✓															
Evaluación Inicial - Segundo Grupo			✓														
Intervención Educativa "Enseñando el baño, aseo personal, control de esfínteres y uso del inodoro de mi hijo" Segundo grupo				✓													
Evaluación Inicial - Tercer Grupo					✓												
Intervención Educativa "Enseñando el baño, aseo personal, control de esfínteres y uso del inodoro de mi hijo" Tercer grupo						✓											
Intervención educativa "Practicando el vestido y desvestido de mi hijo" Primer Grupo.							✓										
Intervención educativa "Practicando el vestido y desvestido de mi hijo" Segundo Grupo.								✓									
Intervención educativa "Practicando el vestido y desvestido de mi hijo" Tercer Grupo.									✓								
Intervención Educativa "Ayudando en la										✓							



### **Anexo 3. Programa educativo Petite**

#### **PROGRAMA EDUCATIVO PETITE**

#### **INTRODUCCIÓN**

Los niños con parálisis cerebral dependen del entorno que los rodea, de los apoyos familiares, de la serenidad de la parálisis, de la información que tiene en la familia acerca de ello repercute en la dificultad para que realice actividades básicas de la vida diaria como la alimentación, la higiene y el vestido.

El presente programa educativo pretende orientar a las madres de familia en las técnicas y estrategias para ayudar a sus hijos con parálisis cerebral, en las actividades de la vida diaria.

Promueve participación activa de la madre a su vez la difusión en el hogar, para que de esta forma los niños con parálisis cerebral sean atendidos y cuidados de la manera más adecuada.

De esta forma también se fortalecen las prácticas de las actividades de la vida diaria, construyendo destrezas, conocimientos y lograr en lo posible la menor dependencia.

También buscamos generar conciencia entre los miembros de la familia para que se involucren en el desarrollo de las actividades de la vida diaria como alimentación, higiene y vestido. Para ello es importante que todos los miembros de la familia sepan del proceso de cada una de las actividades de la vida diaria del niño con parálisis cerebral.

#### **OBJETIVOS**

- Orientar a las madres de niños con parálisis cerebral, en las actividades de alimentación, higiene y vestido de una manera sencilla, fácil y práctica.
- Fortalecer la destreza y los conocimientos de las actividades de alimentación, higiene y vestido en las madres de niños con parálisis cerebral.
- Concientizar a las madres de los niños con parálisis cerebral la trascendencia de ser partícipes en las prácticas de las actividades de alimentación, higiene y vestido, con el fin de lograr la menor dependencia.
- Coadyuvar con el proceso de rehabilitación, mejorando las destrezas de las actividades de alimentación, higiene y vestido, asimismo evitando el uso de

posturas viciosas producto de un deficiente control postural del niño con parálisis cerebral.

## **CONTENIDO**

Se desarrolla cinco talleres que estarán divididos de la siguiente manera:

### 1. Taller N° 1

Evaluación inicial

Concientización de las madres de niños con parálisis cerebral para que se involucren en el desarrollo de habilidades y destrezas de las actividades de alimentación, higiene y vestido. En esta fase se aplicará el pre-test.

### 2. Taller N° 2

Intervención Educativa “Enseñando el baño, aseo personal, control de esfínteres y uso de inodoro de mi hijo” se realizaron actividades demostrativas y participativas con el apoyo de material didáctico para el área personal del niño. Así mismo se realizaron explicaciones demostrativas con el uso de un muñeco de trapo y bacín para el control de esfínteres, así como el uso del inodoro.

### 3. Taller N° 3

Intervención Educativa “Practicando el vestido de mi hijo”

Orientaremos a las madres de niños con parálisis cerebral la participación en el vestir y desvestir de su hijo, favoreciendo que el niño logre destrezas para una independencia mayor.

### 4. Taller N° 4

Intervención educativa “Ayudando en la alimentación de mi hijo”

A través de teóricas demostrativas y material didáctico se buscará la participación activa de la madre en la alimentación de su hijo con parálisis cerebral.

### 5. Taller N° 5

Evaluación Final

Se realizaron resúmenes y a modo de conclusión, donde reforzaremos los puntos débiles, así mismo tendremos claro las habilidades que han cumplido las madres.

En esta última fase se aplicará el post test para medir el conocimiento que tienen las madres acerca de las actividades de higiene, vestido y alimentación.

## **METODOLOGÍA**

Para la realización del programa educativo “Petite” se recurrió al uso de técnicas, estrategias y materiales, cuyo fin fue orientar y guiar a las madres de niños con parálisis cerebral en la ejecución de actividades de alimentación, higiene y vestido.

Entre las técnicas de enseñanza se aplicaron las charlas educativas, con el fin de generar conciencia y sensibilización a las madres de los niños con parálisis cerebral en las actividades de alimentación, higiene y vestido.

Otra de las estrategias que se realizaron serán las de mostraciones, dado que las representaciones visuales de las situaciones de un tema específico (dramatización) coadyuvan a fijar más la información. Estas demostraciones consisten en que el fisioterapeuta demuestre de manera práctica las actividades de alimentación, higiene y vestido y de esta manera las madres tendrán un mejor aprendizaje.

Las representaciones visuales y como fotografías, dibujos o esquemas gráficos serán una gran ayuda para el proceso de aprendizaje de las madres de los niños con parálisis cerebral.

## **ESTRUCTURACIÓN DE LOS TALLERES**

Los talleres tienen una duración de minutos

Todos los talleres están divididos en 04 partes que son Actividad Inicial, Actividad de Desarrollo, Actividad Final y Refrigerio.

Los materiales a utilizar durante cada taller serán diversos desde hojas, lapiceros, muñeco de trapo.

Los participantes serán las madres de los niños con parálisis cerebral y el fisioterapeuta (investigador).



## TALLER N° 1

Hora	Actividades	Material	Participantes
10:00 am	Recepción y Bienvenida		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Madres de niños con Parálisis Cerebral</li> <li>- Fisioterapeuta</li> </ul>
10:05 am	<b>Actividad Inicial:</b> Breve explicación del Programa Educativo “Petite”	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Papelote</li> <li>▪ Plumón</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Madres de niños con Parálisis Cerebral</li> <li>- Fisioterapeuta</li> </ul>
10:15 am	<b>Actividad de Desarrollo:</b> Evaluación Inicial Encuesta estructurada – Cuestionario de 20 preguntas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lapiceros</li> <li>▪ Encuestas – cuestionario</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Madres de niños con Parálisis Cerebral</li> <li>- Fisioterapeuta</li> </ul>
10:35 am	<b>Actividad Final:</b> Participación de las madres Preguntas e inquietudes Discusión de Programa Educativo	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pizarra acrílica</li> <li>▪ Plumones para pizarra acrílica</li> <li>▪ Papelotes</li> <li>▪ Plumones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Madres de niños con Parálisis Cerebral</li> <li>- Fisioterapeuta</li> </ul>
10:55 am	<b>Refrigerio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gallegas</li> <li>▪ Gaseosa</li> <li>▪ Vasos descartables</li> <li>▪ Servilletas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Madres de niños con Parálisis Cerebral</li> <li>- Fisioterapeuta</li> </ul>

## METODOLOGÍA

### TALLER N° 1

**Objetivo:** Generar concientización en las madres de niños con parálisis cerebral para que se involucren de forma activa en la ejecución de las actividades de higiene, vestido y alimentación.

#### **Contenido:**

**Actividad Inicial:** el taller de suma importancia pues ahí lograremos la captación de las madres de niños con parálisis cerebral. Para ello expondremos brevemente acerca del Programa Educativo “Petite”, los beneficios que se obtendrán al final del programa.

**Actividad de Desarrollo:** Durante esta actividad se desarrollará la encuesta estructurada – cuestionario de 20 preguntas.

**Actividad Final:** al final se invitará a las madres que expongan sus dudas, interrogantes, así mismo pueden brindarnos sus comentarios, apreciaciones, inquietudes y preguntas.

**Refrigerio:** se compartirá el refrigerio así mismo tendremos un momento ameno y agradable favoreciendo la camaradería.

**TALLER N° 2**

Hora	Actividades	Material	Participantes
10:00 am	Recepción y Bienvenida		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Madres de niños con Parálisis Cerebral</li> <li>- Fisioterapeuta</li> </ul>
10:05 am	<p><b>Actividad Inicial:</b></p> <p>Para las madres breve información acerca del aseo personal, baño, control de esfínteres y uso del inodoro.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pizarra acrílica</li> <li>▪ Plumón para pizarra</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Madres de niños con Parálisis Cerebral</li> <li>- Fisioterapeuta</li> </ul>
10:15 am	<p><b>Actividad de Desarrollo:</b></p> <p>Intervención Educativa “Enseñando el baño, aseo personal control de esfínteres y uso del inodoro de mi hijo con parálisis cerebral” a través de la técnica demostrativa, se enseña a las madres como asistir al niño en el baño y aseo personal, también con la misma estrategia educativa se le enseñara a sus hijos el control de esfínteres y uso del inodoro.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Muñeco de trapo</li> <li>▪ Bacín</li> <li>▪ Tina de baño</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Madres de niños con Parálisis Cerebral</li> <li>- Fisioterapeuta</li> </ul>
10:35 am	<p><b>Actividad Final:</b></p> <p>Ideas principales y discusión del caso.</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Madres de niños con Parálisis Cerebral</li> <li>- Fisioterapeuta</li> </ul>
10:55 am	<b>Refrigerio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sanguuche de pollo</li> <li>▪ Gaseosa</li> <li>▪ Vaso descartable</li> <li>▪ servilleta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Madres de niños con Parálisis Cerebral</li> <li>- Fisioterapeuta</li> </ul>

## TALLER N° 2

**Objetivo:** Guiar a las madres de los niños con parálisis cerebral en las técnicas de aseo personal, baño, así como en el control de esfínteres y el uso del inodoro.

**Contenido:**

**Actividad Inicial:** se les brindará una explicación rápida a las madres de los niños con parálisis cerebral acerca del baño, aseo personal, control de esfínteres y uso del inodoro.

**Actividad de Desarrollo:** se le enseñara a las madres las técnicas para asistir a su hijo con parálisis cerebral en los momentos de higiene como el baño y aseo personal. Las madres verán como lo realiza el físico terapéutico y luego ellas lo repetirán.

**Actividad Final:** Se debatirán el tema expuesto con ideas principales, despejando interrogantes.

**Refrigerio:** se culminará con el refrigerio entre todas las madres.

## TALLER N° 3

Hora	Actividades	Material	Participantes
10:00 am	Recepción y Bienvenida		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Madres de niños con Parálisis Cerebral</li> <li>- Fisioterapeuta</li> </ul>
10:05 am	<p><b>Actividad Inicial:</b></p> <p>Acercamiento rápido a las madres de los niños con parálisis cerebral acerca del vestido.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pizarra acrílica</li> <li>▪ Plumón para pizarra</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Madres de niños con Parálisis Cerebral</li> <li>- Fisioterapeuta</li> </ul>
10:15 am	<p><b>Actividad de Desarrollo:</b></p> <p>Intervención educativa “Practicando el vestido y desvestido de mi hijo con parálisis cerebral” se orienta a las madres de los niños con parálisis cerebral.</p> <p>Se enfatizará en las destrezas de vestido y desvestido polo, pantalón, así como la colocación del calzado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Muñeco de trapo</li> <li>▪ Ropa de niño</li> <li>▪ Calzado</li> <li>▪ Guía de aprendizaje</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Madres de niños con Parálisis Cerebral</li> <li>- Fisioterapeuta</li> </ul>
10:35 am	<p><b>Actividad Final:</b></p> <p>Se reforzará lo aprendido y se aclararán las dudas que se presenta.</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Madres de niños con Parálisis Cerebral</li> <li>- Fisioterapeuta</li> </ul>
10:55 am	<p><b>Refrigerio:</b> Ameno momento entre las participantes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Galletas</li> <li>▪ Gaseosas</li> <li>▪ Vasos descartables</li> <li>▪ Servilleta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Madres de niños con Parálisis Cerebral</li> <li>- Fisioterapeuta</li> </ul>

### TALLER N° 3

**Objetivo:** Orientar a las madres de los niños con parálisis cerebral en las técnicas del vestido y desvestido.

**Contenido:**

**Actividad Inicial:** brindará información, a las madres acerca del vestido y desvestido del niño con parálisis cerebral.

**Actividad de Desarrollo:** se orientará en las madres acerca del vestido (colocación de polo, pantalones sin botones a cremalleras, zapatos) como el desvestido (sacarse el polo, pantalones, sin botones o cremalleras, zapatos) con demostraciones con muñeco de trapo.

**Actividad Final:** realizaremos el reforzamiento del aprendizaje, asimismo aclararemos las interrogantes que se susciten.

**Refrigerio:** compartir entre las madres participantes.

Hora	Actividades	Material	Participantes
10:00 am	Recepción y Bienvenida		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Madres de niños con Parálisis Cerebral</li> <li>- Fisioterapeuta</li> </ul>
10:05 am	<b>Actividad Inicial:</b> Breve explicación rápida acerca de la alimentación en el niño con parálisis cerebral	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pizarra acrílica</li> <li>▪ Plumón para pizarra</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Madres de niños con Parálisis Cerebral</li> <li>- Fisioterapeuta</li> </ul>
10:15 am	<b>Actividad de Desarrollo:</b> Intervención Educativa “Ayudando en la alimentación de mi hijo con parálisis cerebral a través de la técnica demostrativa” se realizará la alimentación de forma adecuada. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Posiciones del niño para la alimentación</li> <li>- Control de la función oral</li> <li>- Alimentación con cuchara</li> <li>- Ayuda para masticación</li> <li>- Ayuda para beber.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Muñeco de trapo</li> <li>▪ Biberón</li> <li>▪ Cuchara</li> <li>▪ Pan</li> <li>▪ Vaso</li> <li>▪ Plato</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Madres de niños con Parálisis Cerebral</li> <li>- Fisioterapeuta</li> </ul>
10:35 am	<b>Actividad Final:</b> Preguntas e inquietudes de las madres reforzamiento de lo aprendido.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pizarra acrílica</li> <li>▪ Plumones para pizarra acrílica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Madres de niños con Parálisis Cerebral</li> <li>- Fisioterapeuta</li> </ul>
10:55 am	<b>Refrigerio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bocaditos</li> <li>▪ Gaseosas</li> <li>▪ Vasos descartables</li> <li>▪ Servilletas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Madres de niños con Parálisis Cerebral</li> <li>- Fisioterapeuta</li> </ul>

**TALLER N° 4**





## TALLER N° 4

**Objetivo:** Capacitar a las madres de niños con parálisis cerebral en la alimentación.

**Contenido:**

**Actividad Inicial:** se inicia el taller con una explicación rápida acerca de la alimentación del niño con parálisis cerebral.

**Actividad de Desarrollo:** durante esta actividad el fisioterapeuta realiza las técnicas demostrativas y el uso de material índico para enseñar la posición ergonómica para la alimentación, el uso de cuchara, el uso de vasos, ayuda para la masticación.

**Actividad Final:** Al final las madres tendrán oportunidades para realizar preguntas y que se puedan resolver las inquietudes, así mismo reforzar el aprendizaje brindado.

**Refrigerio:** se compartirá el refrigerio; repartiendo agradable momento entre las madres.

## TALLER N° 5

Hora	Actividades	Material	Participantes
10:00 am	Recepción y Bienvenida		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Madres de niños con Parálisis Cerebral</li> <li>- Fisioterapeuta</li> </ul>
10:05 am	<b>Actividad Inicial:</b> Se realizara un resumen del Programa Educativo "Petite"	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Papelote</li> <li>▪ Plumón</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Madres de niños con Parálisis Cerebral</li> <li>- Fisioterapeuta</li> </ul>
10:15 am	<b>Actividad de Desarrollo:</b> Evaluación Final Encuesta estructurada – Cuestionario de 20 preguntas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lapiceros</li> <li>▪ Encuestas – cuestionario</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Madres de niños con Parálisis Cerebral</li> <li>- Fisioterapeuta</li> </ul>
10:35 am	<b>Actividad Final:</b> Palabras de agradecimiento por el apoyo brindado. Conclusiones del Programa Educativo "Petite"	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Madres de niños con Parálisis Cerebral</li> <li>- Fisioterapeuta</li> </ul>
10:55 am	<b>Refrigerio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sanguches, galletas, bocaditos y torta.</li> <li>▪ Gaseosa</li> <li>▪ Vasos descartables</li> <li>▪ Servilletas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Madres de niños con Parálisis Cerebral</li> <li>- Fisioterapeuta</li> </ul>

## PROGRAMA EDUCATIVO PETITE

### TALLER N° 5

**Objetivo:** Generar concientización en las madres de niños con parálisis cerebral para que se involucren de forma activa en la ejecución de las actividades de higiene, vestido y alimentación.

**Contenido:**

**Actividad Inicial:** Al ser este el último taller expondremos un breve resumen de lo que fue el desarrollo del Programa Educativo, además de la importancia y la necesidad que se ha generado entre las madres, pues ha fortalecido el vínculo madre e hijo, además del aprendizaje que se obtuvo en el desarrollo del programa.

**Actividad de Desarrollo:** Durante esta actividad se desarrollará la encuesta estructurada – cuestionario de 20 preguntas, siendo la Evaluación Final.

**Actividad Final:** al final se invitará a las madres que nos expongan sus experiencias con el programa brindado, seguido de ello expondremos las conclusiones del programa y brindaremos las palabras de agradecimiento por el apoyo brindado al desarrollo del programa.

**Refrigerio:** se compartirá el refrigerio a modo de cierre del programa, tendremos un momento ameno y agradable favoreciendo la camaradería por el apoyo.



**TALLER N° 1**

<b>FECHA</b>	<b>HORA</b>	<b>Actividades</b>	<b>Material</b>	<b>Participantes</b>
Del 08 – 12 Enero 2018 Del 22 – 26 Enero 2018 Del 05 – 09 Febrero 2018	10:00 am	Evaluación inicial	Cuestionarios Lapiceros	- Fisioterapeutas - Madres de familia

**TALLER N° 2**

<b>FECHA</b>	<b>HORA</b>	<b>Actividades</b>	<b>Material</b>	<b>Participantes</b>
Del 15 – 19 Enero 2018 Del 29 Ene – 02 Feb. 2018 Del 12 – 16 Febrero 2018	10:00 am	Intervención Educativa “Enseñando el baño, aseo personal, control de esfínteres y uso de inodoro de mi hijo”	Muñeco de trapo tamaño de 50 cm Tina de baño Bacín Pizarra acrílica Plumón pizarra Material didáctico	- Fisioterapeutas - Madres de familia

**TALLER N° 3**

<b>FECHA</b>	<b>HORA</b>	<b>Actividades</b>	<b>Material</b>	<b>Participantes</b>
Del 19 – 23 Febrero 2018 Del 26 Feb –02 Mar 2018 Del 05 – 09 Marzo 2018	10:00 am	Intervención Educativa Practicando el vestido y desvestido de mi hijo”	Muñeco de trapo tamaño de 50 cm Polo, chompa, pantalón, zapatos Pizarra acrílica Plumón pizarra Material didáctico	- Fisioterapeutas - Madres de familia

**TALLER N° 4**

<b>FECHA</b>	<b>HORA</b>	<b>Actividades</b>	<b>Material</b>	<b>Participantes</b>
Del 12 – 16 Marzo 2018 Del 19 – 23 Marzo 2018 Del 26, 27, 28 Marzo al 02 y 03 de Abril.	10:00 am	Intervención Educativa “Ayudando en la alimentación de mi hijo”	Muñeco de trapo tamaño de 50 cm Biberón Cuchara Pan Vaso Plato Pizarra acrílica Plumón pizarra Material didáctico	- Fisioterapeutas - Madres de familia

**TALLER N° 5**

<b>FECHA</b>	<b>HORA</b>	<b>Actividades</b>	<b>Material</b>	<b>Participantes</b>
Del 09 – 13 Abril 2018				
Del 16 – 20 Abril 2018	10:00 am	Evaluación Final	Cuestionario Lapiceros	- Fisioterapeutas - Madres de familia
Del 23 – 27 Abril 2018				

### CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

FECHAS	08/01	15/01	22/01	29/01	05/02	12/02	19/02	26/02	05/03	12/03	19/03	26, 27, 28	04/04	09/04	16/04	23/04
	- 12/01	- 19/01	- 26/01	- 02/02	- 09/02	- 16/02	- 23/02	- 02/03	- 09/03	- 16/03	- 23/03	/03 - 02, 03/04	- 06/04	- 13/04	- 20/04	- 27/04
ACTIVIDADES																
Evaluación Inicial - Primer Grupo	✓															
Intervención Educativa "Enseñando el baño, aseo personal, control de esfínteres y uso del inodoro de mi hijo" Primer Grupo.		✓														
Evaluación Inicial - Segundo Grupo			✓													
Intervención Educativa "Enseñando el baño, aseo personal, control de esfínteres y uso del inodoro de mi hijo" Segundo grupo				✓												
Evaluación Inicial - Tercer Grupo					✓											
Intervención Educativa "Enseñando el baño, aseo personal, control de esfínteres y uso del inodoro de mi hijo" Tercer grupo						✓										
Intervención educativa "Practicando el vestido y desvestido de mi hijo" Primer Grupo.							✓									
Intervención educativa "Practicando el vestido y desvestido de mi hijo" Segundo Grupo.								✓								
Intervención educativa "Practicando el vestido y desvestido de mi hijo" Tercer Grupo.									✓							





## PROGRAMA EDUCATIVO PETITE

### Intervención Educativa “Enseñando el baño, aseo personal control de esfínteres y uso del inodoro de mi hijo con parálisis cerebral”

#### El baño en tina/ducha

El baño del niño con parálisis cerebral nunca es sencillo. Mientras es pequeño, las dificultades son menores, pero estas se irán acentuando a medida que crece. El niño con impedimentos serios será incapaz de sentarse en la tina o de usar sus manos para apoyarse; otros podrán sentarse, pero faltos de equilibrio suficiente, necesitarán sostenerse todo el tiempo con las manos.

#### Sugerencias para hacer más fácil el baño del bebé.

El mejor tipo de bañera para bebés es la que esté colocada a una altura conveniente para usted y que tenga un ligero declive para que el niño puede reclinar su espalda.



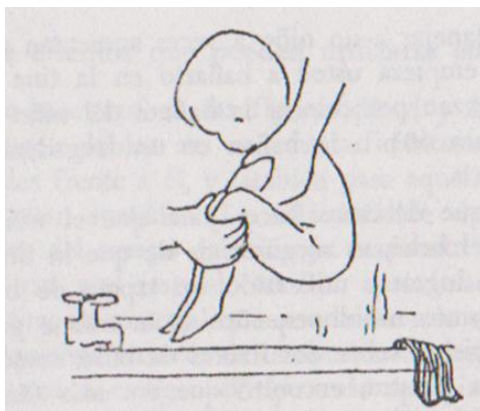
*Fig. 01 Bañera con altura ideal para que la madre pueda bañar a su hijo con parálisis cerebral.*

Para que el niño se sienta seguro, es importante que no descansa sobre una superficie resbalosa. Puede ponerse al fondo de la bañera una toalla afelpada o, si se prefiere, un tapete de baño suave que se adhiera a la tina por medio de ventosas.

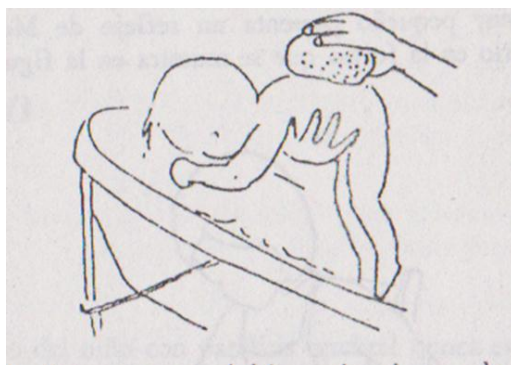
Muy importante la forma como maneje usted al niño con parálisis cerebral antes de meterlo a la tina.

Algunos bebés y niños pequeños tienen lo que se conoce como reflejo de Moro. Al inclinarlos boca arriba, echan su cabeza hacia atrás, extienden los brazos hacia adelante y abren sus manos. Esto hace imposible que se sienten y guarden el equilibrio en ninguna postura; posteriormente, les impide agarrarse o sostenerse con sus manos.

Los efectos del reflejo de Moro pueden, hasta cierto grado, disminuirse si se sienta al niño en una buena postura, con su cabeza y brazos hacia adelante, antes de tratar de sumergirlo en el baño, esta postura debe mantenerse mientras sumergimos al niño en el agua, en vez de recostarlo, ya que, una vez mojado, el problema de corregir su postura será obviamente mayor.



*Fig. 02 Forma correcta de sostener a un niño con parálisis cerebral que presenta reflejo de Moro, tono extensor y asimetría del tronco.*



*Fig.03 Forma práctica y sencilla de sostener a un bebé con parálisis cerebral para el baño en una tina. Se utiliza cuando hay presencia de reflejo de Moro*

Las dificultades para sacar al niño de la tina, son por supuesto, mayores que las que se tienen para meterlo. Encontrará usted más fácil controlar al bebé si él tiene bien dobladas las caderas antes de sacarlo del baño, y si lo envuelve en una toalla antes de cargarlo.

### **Sugerencias para hacer más fácil el baño de niños mayores.**

Los problemas para manejar a un niño a aumentan a medida que crece.

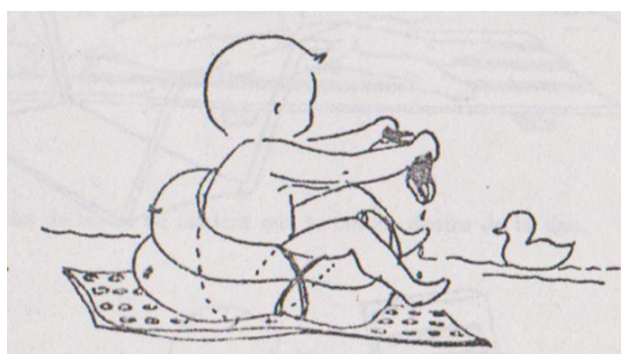
Algunos padres comienzan por colocar la bañera del niño dentro de una tina normal.



*Fig.04 se coloca al niño dentro de la bañera que a su vez es colocado dentro de la tina, para generar mayor estabilidad.*

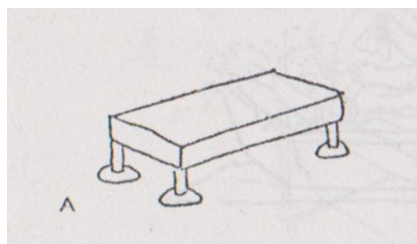
La primera cosa que debemos hacer, es asegurarnos de que la tina no tiene un piso resbaloso. Esto puede lograrse utilizando un tapete de baño ordinario provisto de ventosas. Algunos niños pequeños están más a gusto sí, además del tapete de hule, se les sienta sobre dos llantas de hule, como se ve en la más fácil bañar a su niño gravemente espástico si lo colocaba boca abajo sobre un balón medio desinflado puesto en la tina.

Normalmente, la forma de las tinas solo permite a la persona que las usa sentarse con las piernas extendidas.

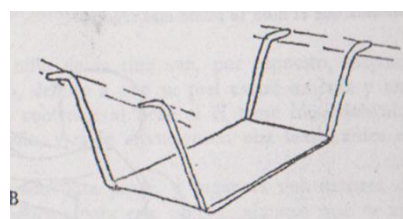


*Fig. 05 una estrategia para evitar la extensión de las rodillas cuando el niño está sentado en la bañera.*

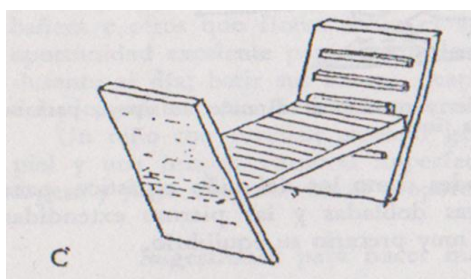
Los asientos que se muestran en las figuras 06, 07, 08 y 09 están diseñados para el niño que puede doblar sus caderas suficientemente para sentarse con las piernas extendidas frente a él, y también para aquellos niños que no tienen equilibrio cuando están sentados.



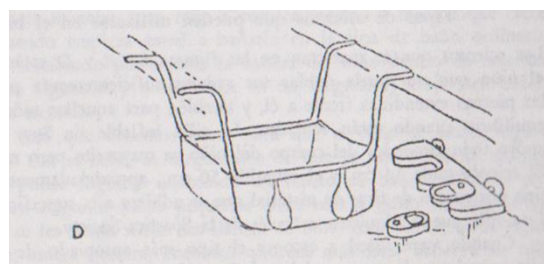
*Fig. 06*



*Fig. 07*

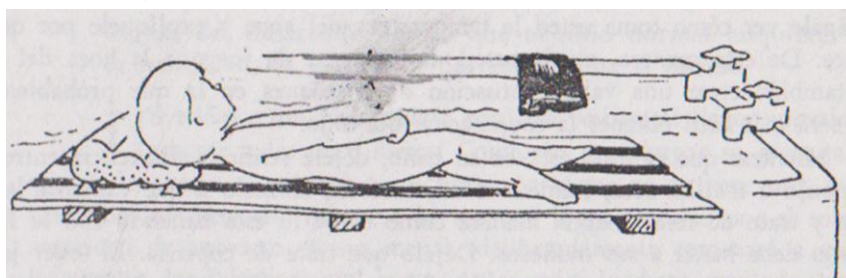


*Fig. 08*



*Fig. 09*

Algunos padres, al bañar al niño con severas discapacidades, utilizan una tarima de madera colocada sobre el piso de la tina, que permite sumergir al niño en el agua, pero reduce la profundidad de la tina. Siempre hay que usar muy poca agua para bañar a un niño gravemente incapacitado, a fin de que pueda ser enjabonado sin peligro estando acostado.



*Fig. 10 Tarima hecha de maderas para colocar al niño con parálisis cerebral que se coloca dentro de la tina de baño.*

Cuando el niño aumente en tamaño y peso, disminuya la tensión en su espalda sentándose en un banco o arrodillándose sobre un cojín, lo cual le permitirá levantar al niño con más facilidad.

### **Cuidado dental**

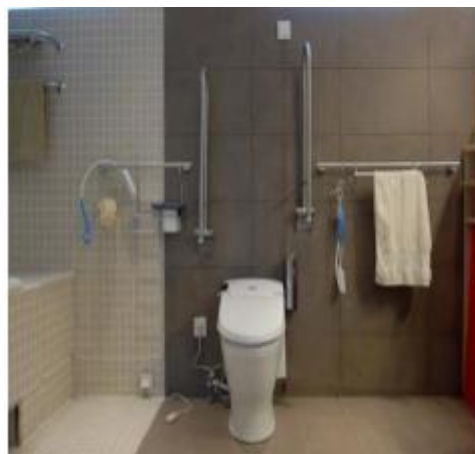
Los niños con parálisis cerebral suelen tener problemas dentales. Las dificultades que experimentan para comer, especialmente para masticar, hacen que sus dientes sean extremadamente susceptibles a la caries y que sus encías tengan tendencia a inflamarse e infectarse. Por lo tanto, el cuidado dental es muy importante. La limpieza de sus dientes también presenta problemas, debido a la hipersensibilidad de la boca y las encías.

### **Consejos para el cuidado de los dientes**

Antes de que salgan los dientes de leche, o en el caso de un niño con boca hipersensible, una buena manera de limpiar las encías es usando un algodón mojado en una solución salina, de bicarbonato de sodio o simplemente en agua. Cuando empiecen a salir los primeros dientes, úsese un cepillo de dientes tamaño infantil y poco a poco introdúzcase el empleo de una pasta dentífrica. Recuérdese que es la frotación mecánica la que conserva limpia y sana la boca del niño más que el dentífrico.

Al lavar los dientes del niño, manténgalo en posición de sentado que le permite tener un buen control de la cabeza.

Recuérdese que el cepillar las encías es tan importante como cepillar los dientes, haga siempre el masaje de las encías hasta las raíces de los dientes. Al cepillar las encías y los dientes empléese un movimiento circular, manteniendo cerradas las mandíbulas del niño y su cabeza ligeramente flexionada.



*Fig. 11 Diseño arquitectónico en el hogar para la higiene del niño con parálisis cerebral.*

### **Uso del bacín**

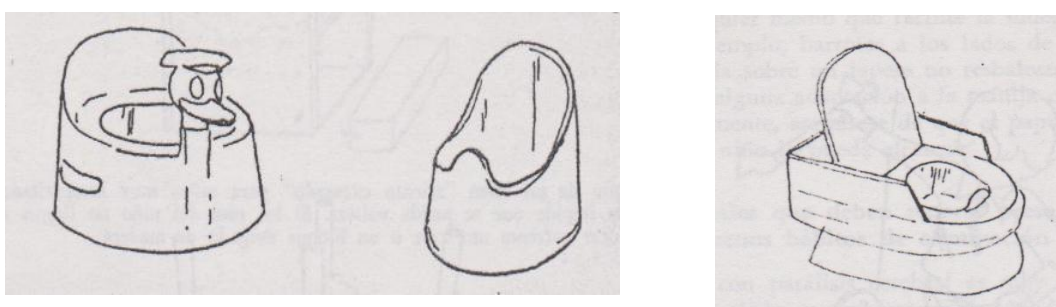
El proceso de adiestramiento de las funciones eliminatorias es gradual y fácilmente puede trastornarse por alguna tensión emocional, excitación, cambio de ambiente.

Siempre existe el peligro de que el niño con parálisis cerebral se distraiga si usted le proporciona juguetes; por lo tanto, cuando esté en su bacín no le dé nada que le impida concentrarse en lo que está haciendo.

La mayor dificultad que suele presentarse es la incapacidad del niño de permanecer sentado en forma relajada o de adoptar una postura que le permita hacer la presión abdominal necesaria para vaciar sus intestinos. Por esta razón, es muy importante contar con un tipo de bacinica correcta y vigilar la postura que el niño asuma al sentarse. Si, por ejemplo, coloca usted el bacín entre sus piernas y sienta usted al niño sobre sus rodillas, el pequeño se sentirá más seguro y usted podrá sostenerlo, lo que es esencial cuando el niño tiene poco control de su cabeza, o carece de equilibrio en el tronco, o le es difícil mantener separadas las piernas.



*Fig. 12 Madre asistiendo en la eliminación de las heces en un bacín.*



*Fig. 13 Recomendamos bacines que tengan una base amplia y estable para que soporte la espalda*

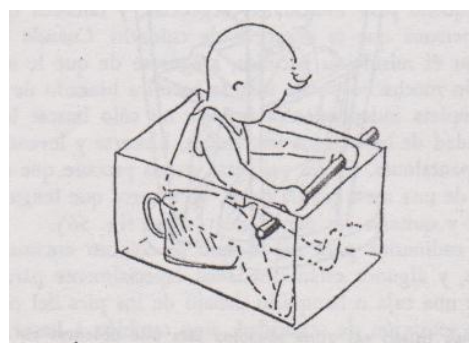
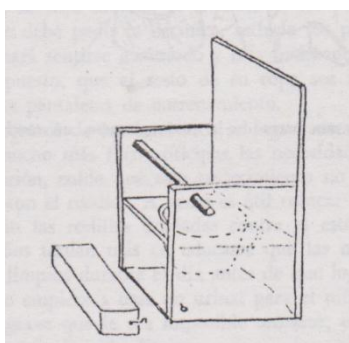
El niño no será capaz de permanecer sentado solo sobre su bacín o sobre el asiento del inodoro hasta que haya logrado el equilibrio de su cabeza o tronco y pueda sentarse con las caderas y rodillas dobladas y/o separadas, y con sus pies apoyados en el suelo; también necesita tener la habilidad de levantar sus brazos para agarrarse de un soporte.



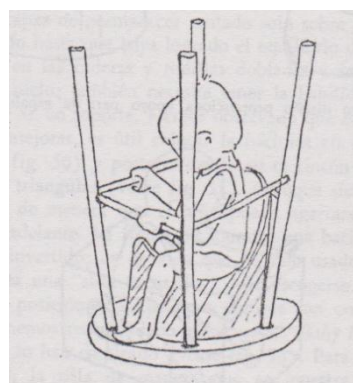
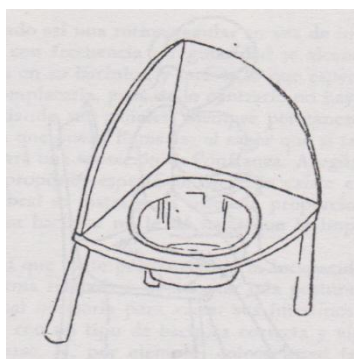


*Fig. 14 Niño sentado con apoyo en los pies y una barra de sujeción anterior para el equilibrio y control postural.*

Cuando el equilibrio del niño empieza a mejorar, es útil colocar el bacín en una caja de cartón o de madera. En el rincón del cuarto, o usar una silla de respaldo en forma triangular. Coloque un banquito o una silla diferente, de manera que el niño pueda agarrarse o por lo menos mantener sus brazos adelante. Un bacín colocado dentro de un banquito invertido es una estrategia que puede ser usado.



*Fig. 15 y 16 Bacín con modificaciones hechas en casa para el mejor control postural.*



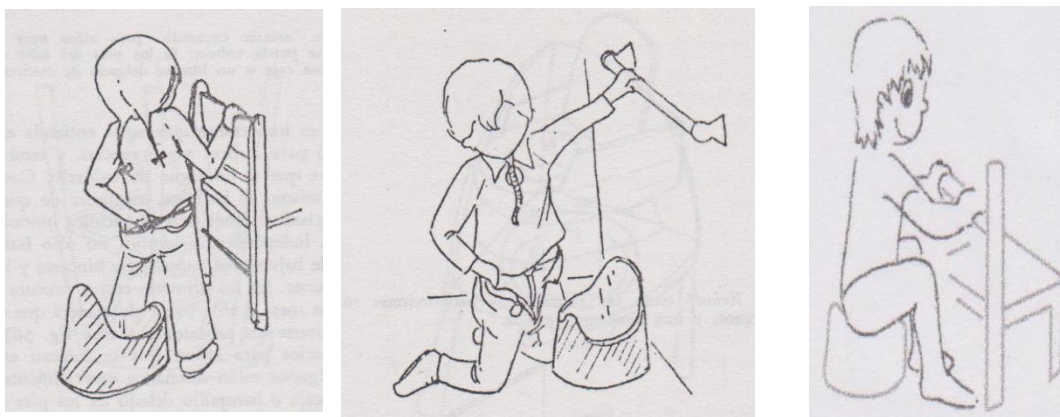
*Fig. 17 y 18 usar un bacín con el respaldo de forma triangular. Utilizar un banco y colocar dentro el bacín.*

La primera etapa hacia la independencia, en hábitos de la eliminación, se alcanza cuando el niño es capaz de manifestar la necesidad de querer ir al baño.

De usar bacín es importante que usted entienda el gesto o la palabra que utiliza el pequeño para indicar sus urgencias, y también que los conozca cualquiera otra persona que se encargue de cuidarlo.

En las primeras etapas procure que su hijo coloque el bacín cerca de una mesa o silla baja, de manera que tenga de dónde agarrarse al ponerse y quitarse los pantalones

El poner una caja debajo de los pies del niño ayudará no sólo a darle una sensación de seguridad, sino también a hacer que se relajen los músculos del abdomen.



*Fig. 19 Bacín con una sujeción externa para mejor control postural.*

### **Intervención educativa “Practicando el vestido de mi hijo con parálisis cerebral”**

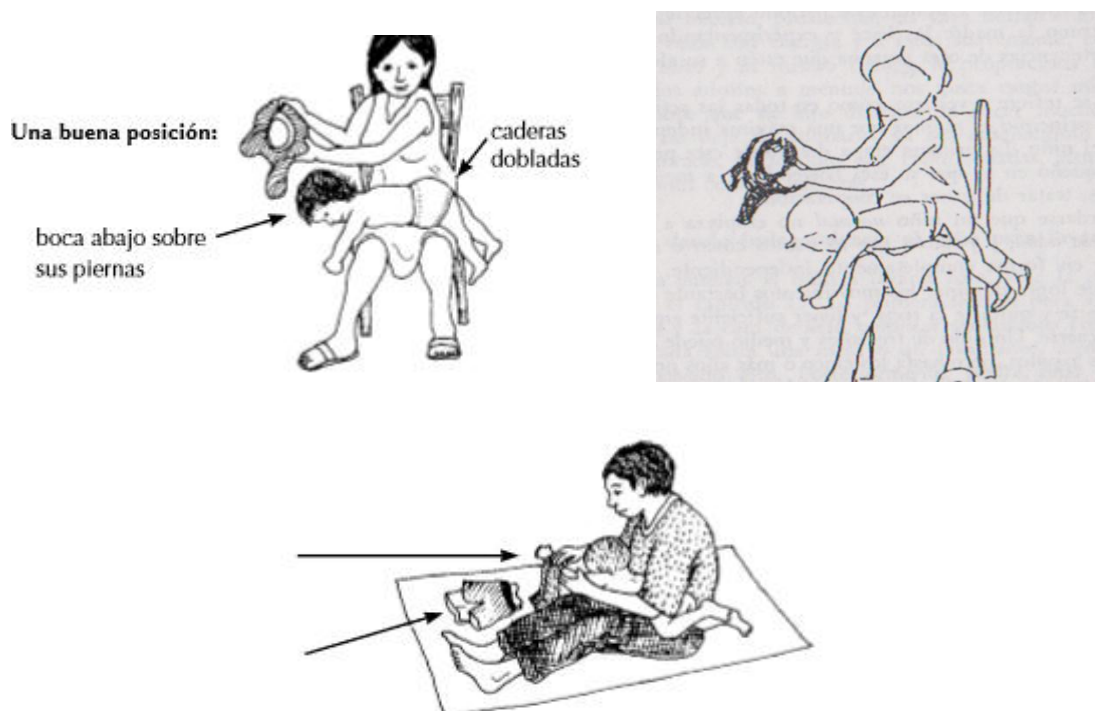
La mayoría de los niños con parálisis cerebral se ponen rígidos y son más difíciles cuando están colocados boca arriba que en cualquiera otra posición.



*Fig. 20 Echados boca arriba, llevan la cabeza hacia atrás, las caderas en extensión.*

Procure usted vestirlo y desvestirlo ya se recostado boca abajo o de lado, o de preferencia sentado, para que sea más fácil de manejar y tenga mayores

posibilidades de ver por sí mismo que es lo que está pasando y de ayudar en lo que pueda.

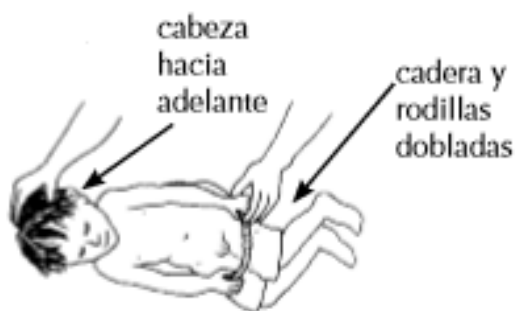


*Fig. 21 Echado sobre las piernas de la madre, postura adecuada para vestir a un niño con parálisis cerebral que presenta excesivo tono extensor (reflejo Tónico laberintico extensor y/o reflejo de Moro)*

Sin embargo, cuando un niño presenta una discapacidad severa y se hace cada vez más pesado su manejo, quizá la única manera de vestirlo y desvestirlo sea acostada boca arriba, si primero colocamos una almohada dura debajo de su cabeza, procurando que sus hombros también queden poco levantados, encontraremos que es más fácil hacer que extienda los brazos hacia adelante y que doble sus caderas y piernas.



*Fig. 22 Niño recostado boca arriba con almohada debajo de la cabeza para un mejor control postural.*

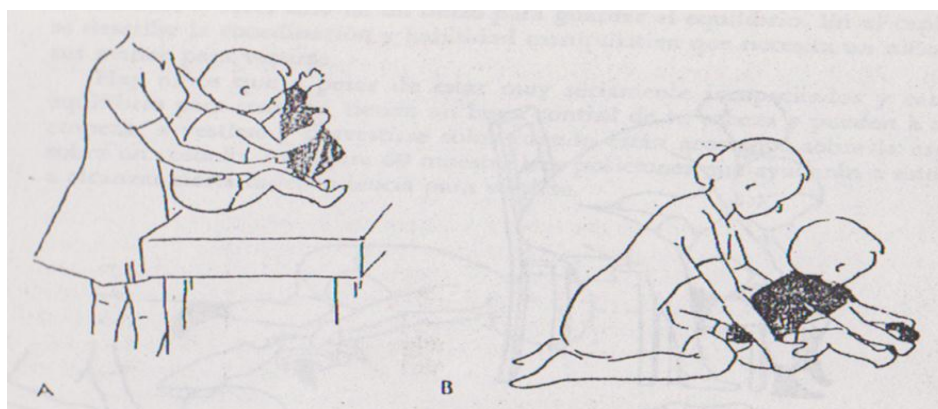


*Fig. 23 Cómo vestir a un niño acostado de uno y otro lado.*

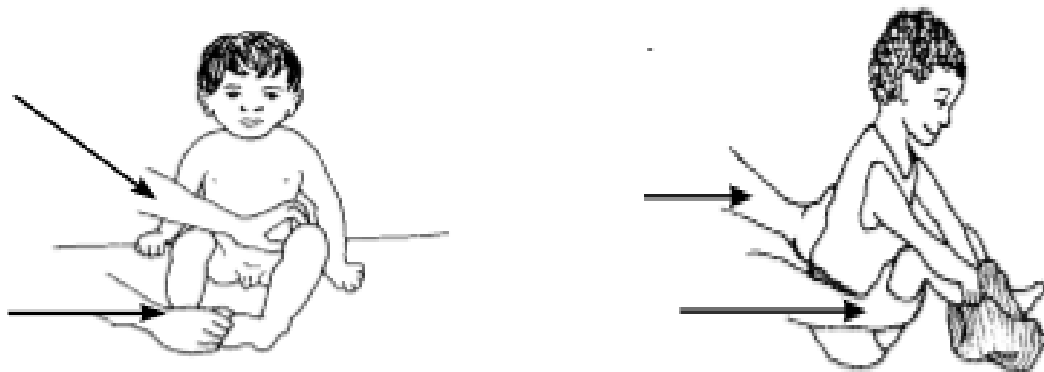
### **Vestido superior mientras el niño se mantiene sentado**

En muchos casos, la lucha por pasar el brazo del niño por una manga podría evitarse si se advierte que ha resbalado de su asiento mientras se le vestía, y que le es muy difícil llevar sus brazos hacia adelante mientras el tronco y los hombros están echados hacia atrás y las caderas extendidas.

Es más fácil vestir a un niño que no puede mantener su equilibrio sentado sin sostén, si se le sienta de espaldas hacia usted y bastante inclinado hacia adelante. En esta posición usted puede mantener separadas las piernas del pequeño, y sus caderas dobladas.



*Fig. 24 En esta posición se puede mantener las caderas flexionadas, el tronco inclinado hacia adelante. De esta manera no perderá el equilibrio tan fácilmente y el niño podrá cooperar con el vestido superior.*

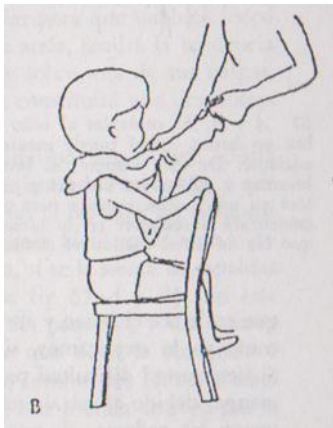


*Fig. 25 Mantener al niño sentado con las caderas abducidas (abiertas o separadas) y con control del tronco.*

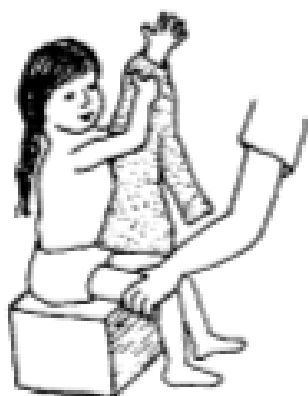


*Fig. 26 Madre sentada por detrás del niño para un mejor control del tronco y la cabeza mientras realiza el vestido.*

Si está usted sentada en una silla alta, coloque una caja o banquito debajo de uno o de ambos pies para que también usted tenga una base más estable. Si el niño se reclina hacia atrás, tendrá la tendencia de dejarse caer de espaldas; si apoya su peso solamente sobre una de sus nalgas, su equilibrio será precario y tendrá la a caerse, lo que construirá una desventaja cuando trate de vestirlo.



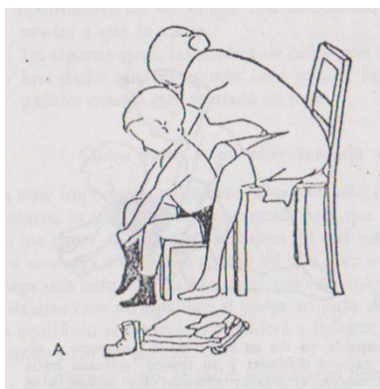
*Fig. 27 Asistir en el vestido superior, el niño presenta mayor control de tronco y puede sujetarse por delante del respaldo de la silla.*



*Fig. 28 La madre sujeta de los miembros inferiores para que la niña pueda colocarse sola el vestido superior.*

### **Vestido inferior.**

Las estrategias para el control postural del vestido inferior serán múltiples podríamos optar por una silla, con un soporte anterior, podríamos optar por usar las esquinas, una pared o el suelo, esto será útil en la medida en que el niño es más independiente y tenga mejor control postural.



*Fig. 29 Vestir a un niño de más edad y con mayor peso, sentado en una silla, la madre se coloca por detrás de esta manera ella tiene mejor control del niño.*

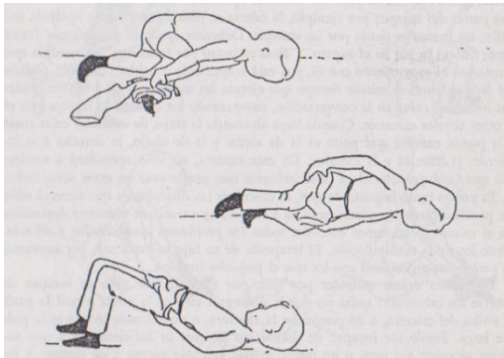


Fig. 30 El niño con buen control de cabeza, pero deficiencias en el tronco, utiliza como estrategia el suelo o la cama para colocarse el vestido inferior (pantalones).

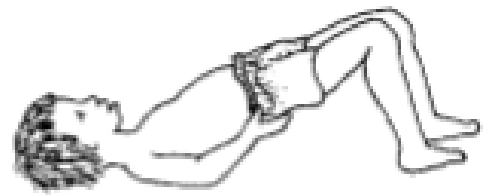


Fig. 31 La madre asiste en el vestido inferior para que luego el niño independientemente pueda colocarse solo el vestido inferior.

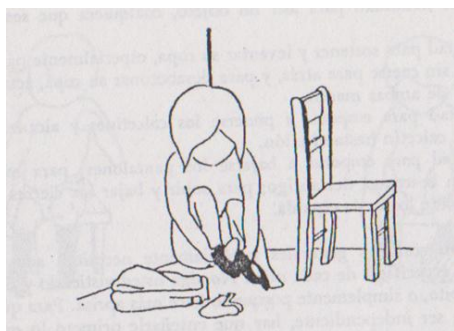
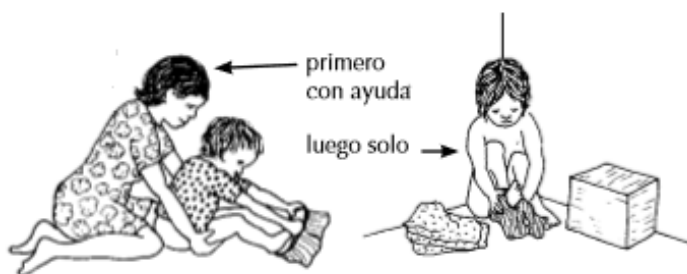


Fig. 32 Cuando no tiene suficiente equilibrio utiliza la esquina de la pared para colocarse las medias.

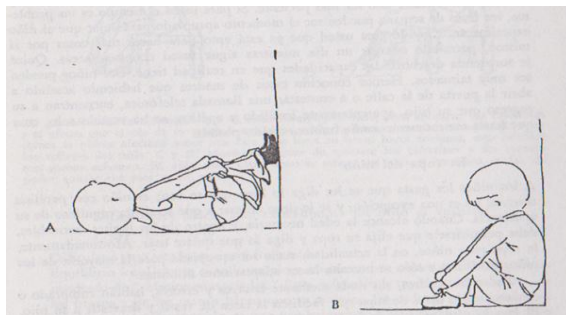
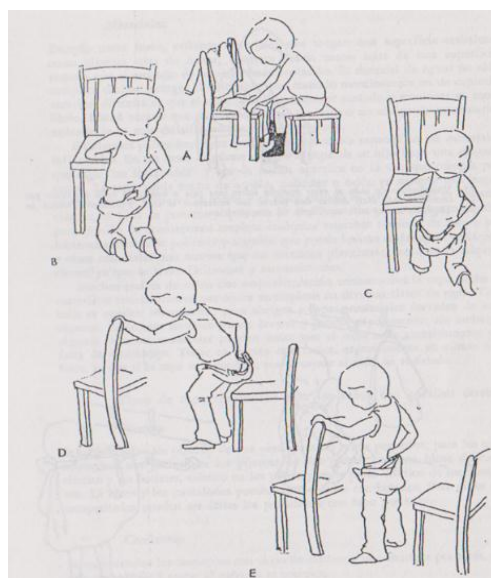


Fig. 33 Dos maneras de utilizar la pared.



*Fig. 34 La madre asiste en el vestido inferior, el niño tiene mejor control postural y equilibrio para asistir de manera cuasi independiente en el vestido.*



*Fig. 35 Si su niño tiene mejor control postural permítale la independenciam en el vestido inferior con el uso de una silla como apoyo externo.*

### **Consejos que ayudarán a vencer estas dificultades**

Al vestir al niño empiece siempre por el brazo o la pierna más afectados. Enderece el brazo y pase después la manga; no trate de tirar del brazo del niño a través de la manga si siente resistencia para enderezar el codo. Nunca lo agarre de los dedos para tirar del brazo; esto inmediatamente lo hará doblar el codo.

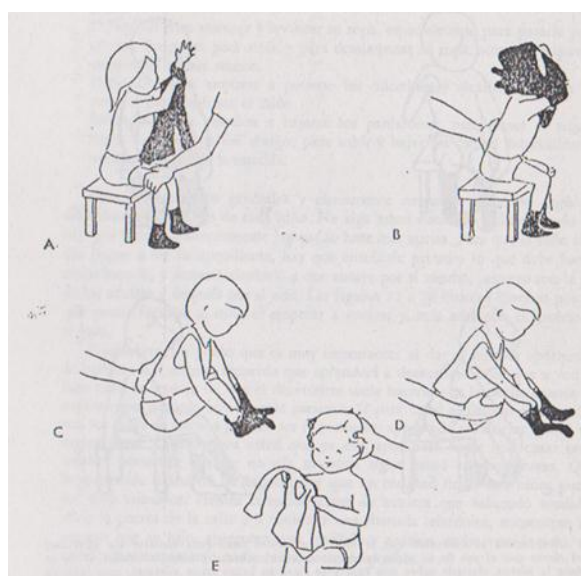


Si el niño tiene tendencia a volver la cabeza predominantemente hacia un lado, esto quiere decir que el brazo y la pierna hacia donde está vuelta la cara serán más difíciles de doblar. Al mismo tiempo, el hombro y la cadera del lado opuesto probablemente estén echados hacia atrás y doblados, dificultando que enderece el brazo y abra la mano. Esto puede evitarse como ya lo explicamos, si sentamos primero al niño en forma simétrica. Si tiene usted dificultad para pasar el brazo del niño por la bocamanga o la manga, debido a la retracción de los hombros, porque doble suficientemente las caderas, ya que esto hará más fácil que lleve los brazos hacia adelante.

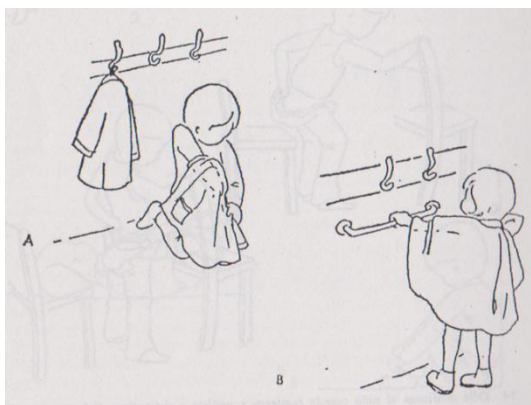
Si el niño tiene tendencia a caer hacia adelante cuando está sentado, deje de hacer presión sobre su cabeza y sus brazos antes de empezar a vestirlo.

Doble siempre la pierna del niño antes de ponerle los calcetines o los zapatos, ya que cuando la pierna esta estirada, el tobillo y el pie están más tiesos y los dedos de los pies pueden estar flexionados tipo garra.

Al poner los pañales, coloque una almohada bajo la cabeza del niño o bajo sus caderas, pues esto facilitará el que doble las caderas y las rodillas y pueda separarlas.



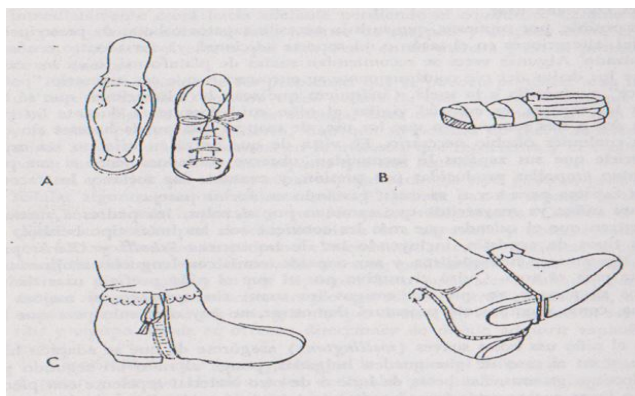
*Fig. 36 El uso de puntos de apoyo para el control postural mientras se coloca un polo (vestido superior), o mientras se pone las medias, sostén de cabeza para enfocar la mirada en la prenda.*



*Fig. 37 El uso de ayudas arquitectónicas como barras colocadas en la pared ayuda al niño con parálisis cerebral a mantenerse estable mientras se saca un abrigo.*

### **Uso de zapatos y medias. Colocación de los zapatos**

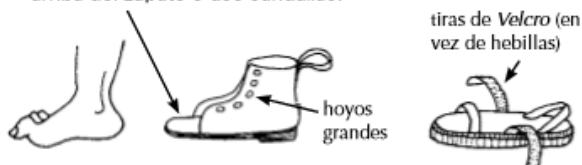
Antes de hablar de los diferentes tipos de zapatos que se recomiendan para los niños con parálisis cerebral, vamos a considerar algunos de sus problemas. El niño con parálisis cerebral tiene un equilibrio precario y a menudo “tarda” en poder estar de pie. En algunos casos tiene, además, el problema de la espasticidad, que suele producirle pies “inmóviles” con el peso del cuerpo recargado sobre el lado interior del pie, y los dedos del pie muchas veces enroscados o amontonados y dirigidos a un lado. Otros niños tienen el problema de la atetosis o discinesia, o sea, un tono postural generalmente bajo, que produce pies inestables sobre los que el peso se carga, alternativamente, hacia adentro y hacia afuera. En el niño hemipléjico el pie sano muestra reacciones de equilibrio exageradas, que provocan movimientos excesivos, mientras el pie afectado permanece inactivo.



*Fig. 38 zapatos recomendados para el uso de niños con parálisis cerebral.*

### Ideas para el calzado

- Si los dedos se doblan o se engarrotan, corte la parte de arriba del zapato o use sandalias.



- Los 'tenis' y todos los zapatos que se abren hasta los dedos son más fáciles de poner.



*Fig. 39 Ideas prácticas para el uso del calzado.*

Cerciórese de que los zapatos que le compre al niño sean fáciles de poner y quitar, de que el talón y los dedos del pie queden en el lugar que les corresponde. Los zapatos abiertos del frente facilitarán su manejo.



*Fig. 40 El niño con mejor control postural del tronco, puede colocarse los zapatos sentado sobre una banca.*

- Si el pie se le entiesa tanto hacia abajo que no se puede poner el calzado, puede usted cortarle la parte de atrás y meter el pie por allí.



Fig41 Uno de los principales problemas que atraviesan los niños con tono muscular alto en los pies, se muestra el pie equino.

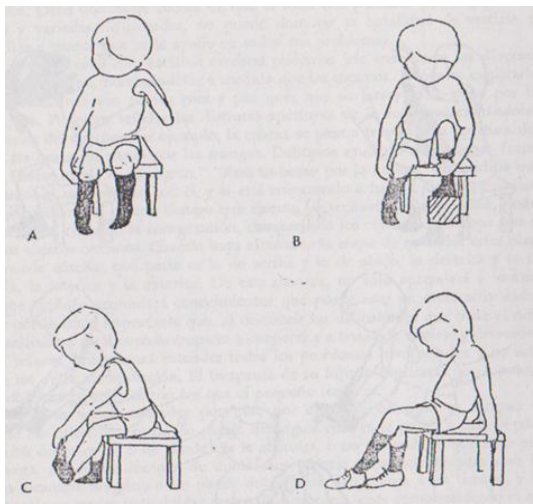


Fig. 42 Un niño con parálisis cerebral con control de tronco puede asistir en sacarse las medias y el zapato.

#### COMO AMARRARSE LOS ZAPATOS CON UNA SOLA MANO

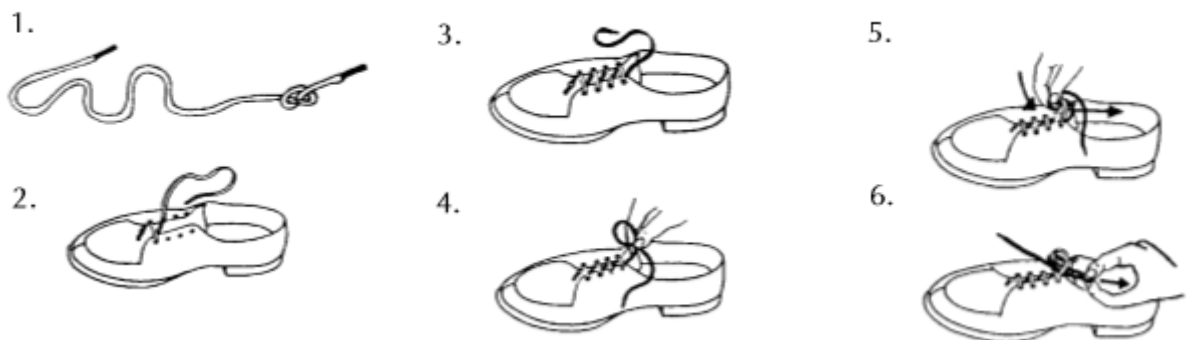


Fig. 43 Estrategia para atarse los zapatos con una sola mano, idea muy útil para un niño hemipléjico.

## Características de la ropa para el niño con parálisis cerebral

**Pantalones:** El uso de pantalones con cierre y botones pueden generar dificultades para el vestido o desvestido. Una alternativa es usar los pantalones tipo buzo para el uso diario, facilitaría el vestido y desvestido rápido. Otra es usar cierres de presión pero que son escasos en el mercado local.

**Camisetas y polos:** Para una mejor independencia o asistencia en el vestido y desvestido se han de evitar preferentemente los cuellos y mangas estrechas, así como las prendas muy ajustadas.

**Mangas:** Es provechoso que sean anchas para el brazo. Los puños deben permitir al cuidador meter la mano para coger la mano del niño con parálisis cerebral y ayudarle si fuera necesario.

**Medias:** Sacarse las medias resulta más fácil que ponérselas, por lo que se puede recurrir a las medias sin talón y con el elástico flexible para facilitar esta tarea.

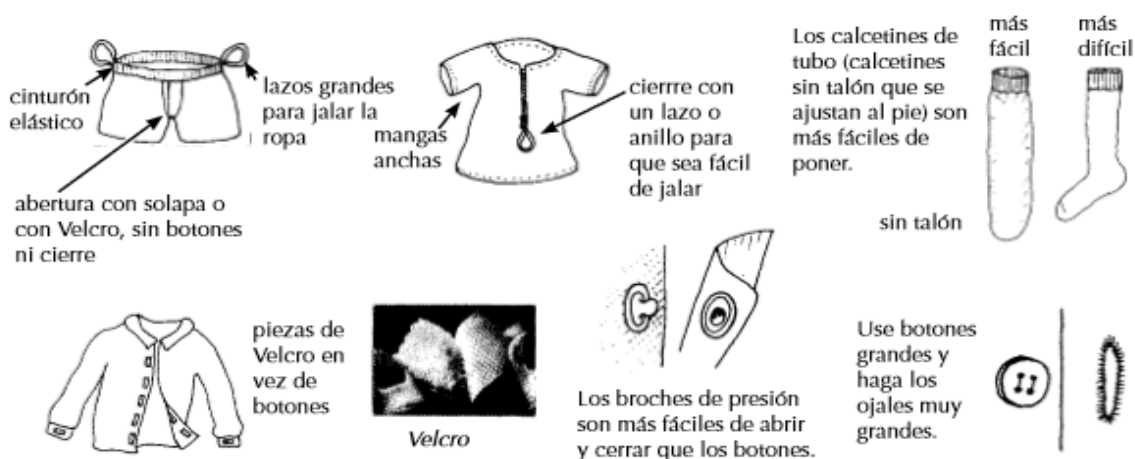


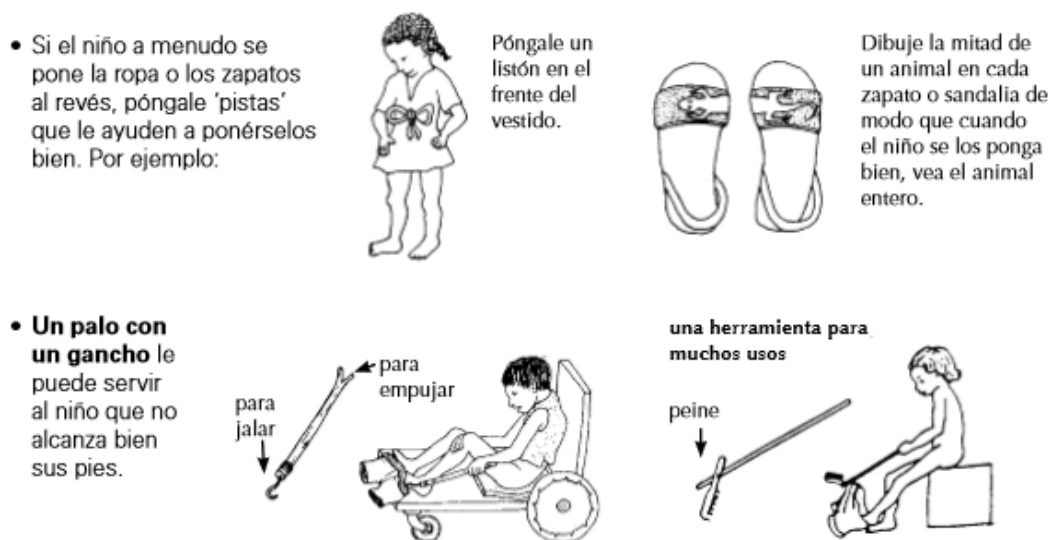
Fig.44 Características de las prendas para los niños con parálisis cerebral.

**Zapatos:** Es el elemento primordial para lograr una bipedestación eficaz. Deben ser flexibles y a la vez proveer una correcta estabilización del pie. Algunos niños necesitan un zapato especial con soporte adicional para proporcionar estabilidad o corregir la posición. Hay alternativas a los pasadores convencionales cuando la niña o el niño no es capaz de realizar esta tarea de forma autónoma. Por ejemplo, los cierres de velcro (pega-pega) o los cordones elásticos.

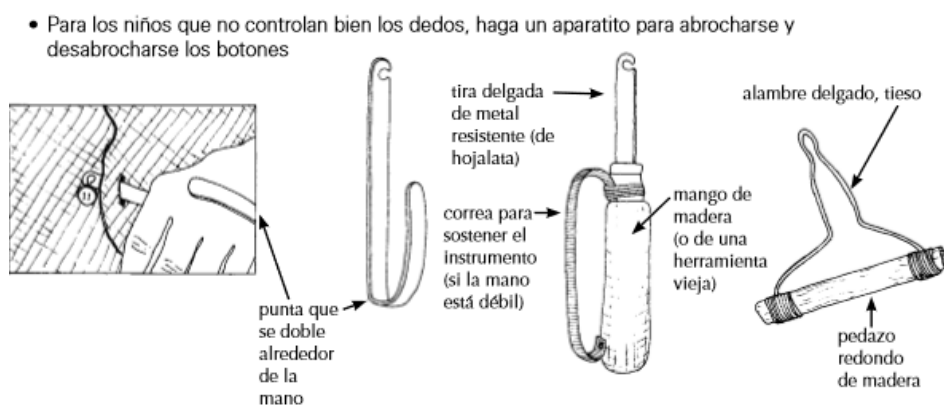
**Cierres:** Es uno de los aspectos más complejos del vestido. Resulta más sencillo y práctico manejarlos cuando la ropa no está colocada. En muchos casos las niñas y los niños con parálisis cerebral no son capaces de mirar lo que están haciendo. Es conveniente el entrenamiento con diferentes tipos de botones, cremalleras o cierres, hebillas, tiras de velcro (pega-pega) para mejorar de manera progresiva el desempeño y favorecer el aprendizaje.

**Capas:** Aunque no es muy habitual su uso en nuestra ciudad, si lo pueden usar en regiones donde las lluvias son constantes, son una buena opción para las lluvias o fuertes lloviznas, así como para cubrir a la niña o al niño que está en una silla de ruedas.

**Manoplas:** Cuando el uso de los guantes es difícil para ponérselos, resulta más cómodo y fácil el uso de las manoplas.



*Fig. 45 Algunas estrategias para el vestido*



*Fig. 46 Mecanismo para abrocharse los botones.*

## **Intervención Educativa “Ayudando en la alimentación de mi hijo con parálisis cerebral a través de la técnica demostrativa”**

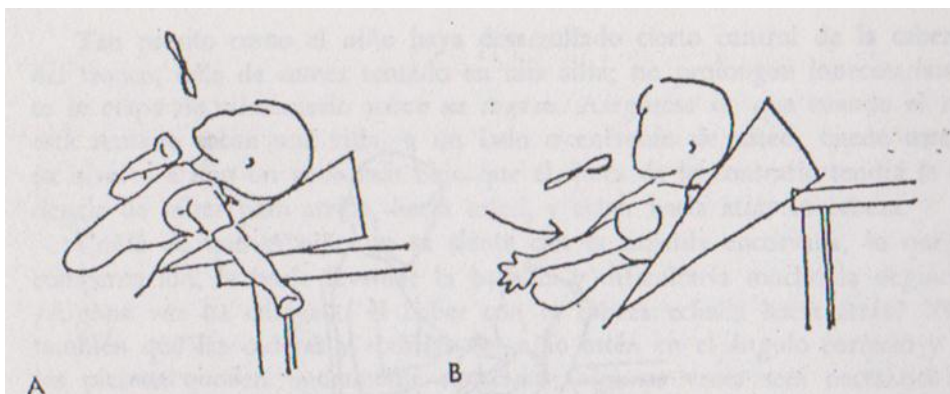
Para la mayoría de los niños con parálisis cerebral la alimentación presenta problemas desde que nacen y durante todos sus primeros años.

### **Alimentos sólidos. La alimentación y el niño con parálisis cerebral**

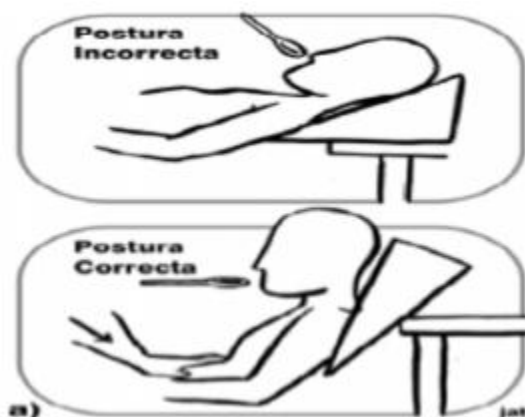
¿Cuáles son los principales problemas para la alimentación del niño con parálisis cerebral? Los siguientes: la falta de control de la boca, la cabeza y el tronco, la falta de equilibrio para sentarse, la incapacidad de doblar sus caderas suficientemente para permitirle alargar los brazos y coger los cubiertos y mantenerlos sostenidos en sus manos en cualquiera que sea la posición de sus brazos; finalmente, su inhabilidad para llevarse las manos a la boca y la falta de coordinación entre sus ojos y sus manos.

### **Algunas posturas para comer**

Insistiendo en que el control adecuado de “todo” niño es esencial a la hora de las comidas. A menos que se asegure este control, se pondrá más espástico o aumentaran sus movimientos involuntarios aun antes de que coloquemos en su boca la botella o la cuchara, lo que le hará más difícil succionar o usar labios. Siempre que sea posible, hay que evitar colocar la mano sobre la nuca del niño, por que inmediatamente le hará echarse hacia atrás. Las buenas posturas para dar de comer al bebé y al niño seriamente incapacitado, las piernas del niño se mantienen separadas de manera que le sea imposible cruzarlas; sus brazos y cabeza están sostenidos hacia adelante desde los hombros, y mantenidos en esta posición gracias a la mano extendida de la madre que hace presión sobre su tórax inferior. Tenga el alimento a un lado de usted, de manera que el niño pueda verlo, y no sobre una mesa que quede atrás y que le obligue a voltearse para mirar de dónde proviene cada cucharada. Esta es una postura que permite un buen control general, así como un buen contacto visual. Utilizar un cojín en forma de cuña para gradualmente ir sentando al niño en una posición más vertical.



*Fig.47 La manera incorrecta de dar de comer a un niño con parálisis cerebral (A) y la manera correcta (B)*



*Fig. 48 Postura correcta e incorrecta para la alimentación, con la postura incorrecta existe riesgo de atragantamiento o aspiraciones.*

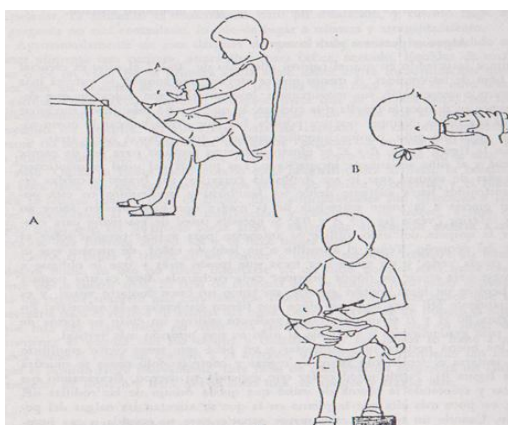
Un bebé que tiene cierto equilibrio para sentarse es teniéndolo sobre su regazo y controlándolo, puede usted evitar que extienda su cuerpo, flexionando sus caderas y colocando la pierna de usted que queda debajo de las rodillas del niño, un poco más altas que las piernas en la que se asientan las nalgas del pequeño. Cuando un niño necesita mayor soporte para su espalda o sus hombros, a la vez que requiere de control de su quijada, es posible que el brazo de la madre se canse demasiado; para evitar esto, apoye sobre una mesa el codo del brazo que está usando para sostener al niño, y acojínelo con una almohada. Es importante que la comida quede en frente del niño y no detrás.



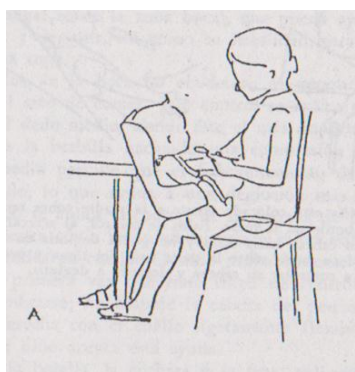


*Fig. 49 Control del niño por parte de la madre para la alimentación sólida.*

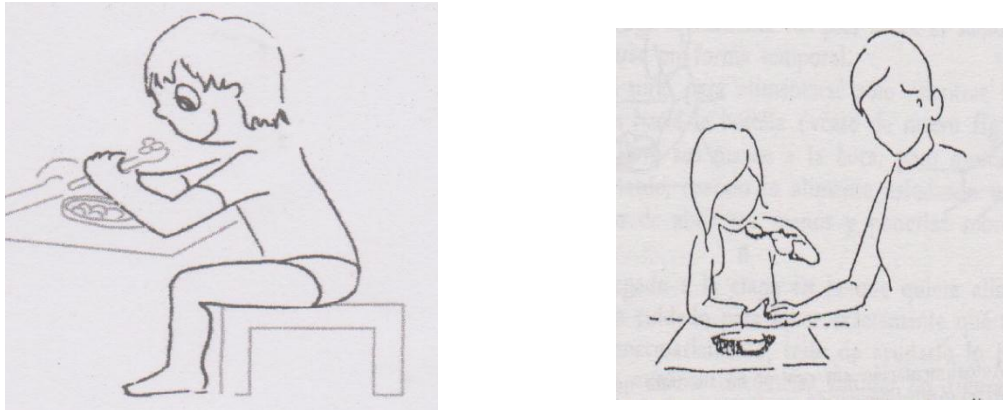
Tan pronto como el niño haya desarrollado cierto control de la cabeza y el tronco, dele de comer sentado en una silla, no prolongue innecesariamente la etapa de alimentarlo sobre su regazo. Asegúrese que de cuando el niño este sentado sobre una silla, a un lado o enfrente de usted, quede usted a su nivel o a un poco más bajo que el, pues de contrario tendrá la tendencia de mirar para arriba, hacia usted, y echar para atrás la cabeza.



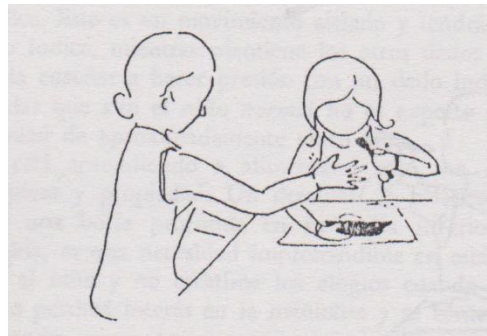
*Fig. 50 Estrategias para la alimentación de un niño con parálisis cerebral*



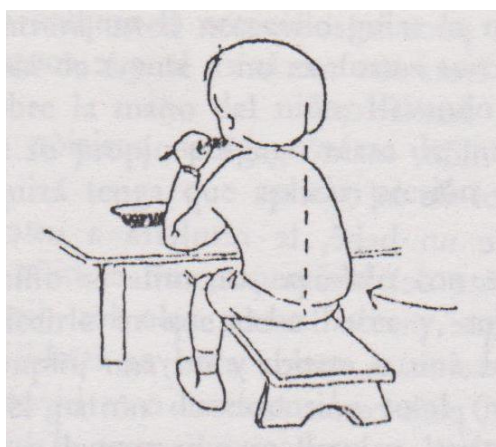
*Fig. 51 Cuide de que el niño no se siente con la espalda encorvada, lo que, en compensación, le haría levantar la barbilla y dificultaría mucho la deglución*



*Fig. 52 Niño con control de tronco sentado en un banco para la auto alimentación, nótese que los pies están apoyados en el piso. La madre asiste con el soporte lateral del tronco para la auto alimentación.*



*Fig. 53 La madre brinda soporte anterior del tronco para el control postural en la alimentación independiente.*

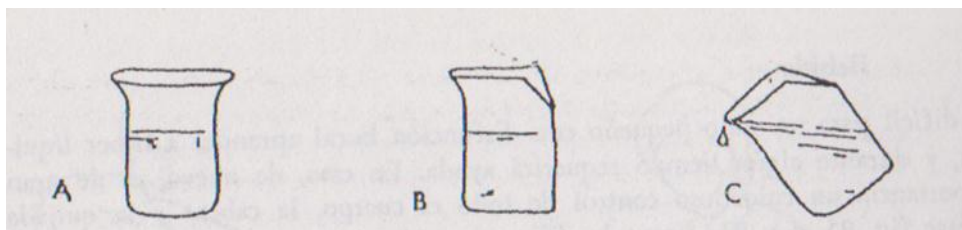


*Fig. 54 Favorecer la alineación del tronco para la adecuada deglución.*

## Alimentos líquidos. La bebida

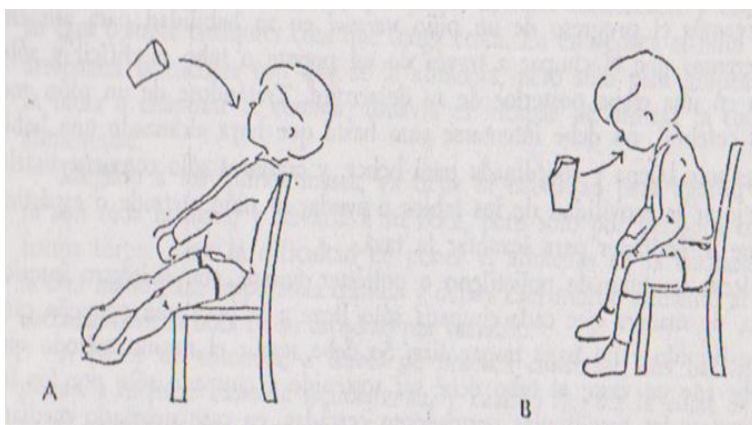
Es difícil para un niño pequeño con disfunción bucal aprender a beber líquidos, y durante algún tiempo requerirá ayuda. Es de gran importancia un cuidadoso control de todo el cuerpo, la cabeza y la quijada. No basta que el niño ingiera el líquido por cualquier medio, ya que si el pequeño asume un papel totalmente pasivo no podrá aprender.

Empiece por usar un vaso de plástico con borde protector, corte una abertura del lado que toca la nariz, lo que le facilitará empujar el vaso hasta que las últimas gotas hayan sido consumidas, sin necesidad de llevar la cabeza del niño hacia atrás.

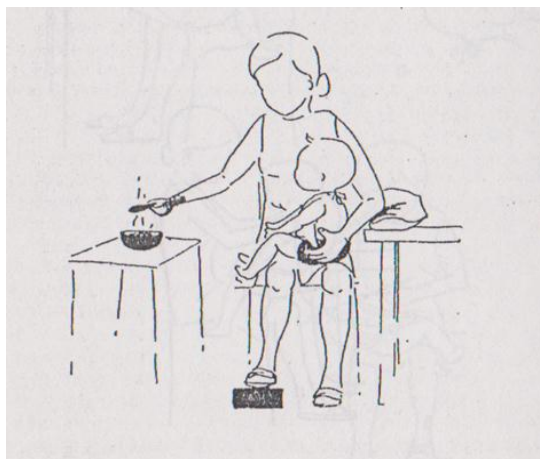


*Fig. 53 Vaso de plástico con borde protector, corte una abertura del lado que toca la nariz, lo que le facilitará empujar el vaso.*

Para aprender a beber el niño debe cerrar la boca, ya que sólo cuando las mandíbulas permanecen cerradas y el borde del vaso descansa sobre los labios, puede el individuo usar los labios y ser capaz de deglutir sin tragar aire. Empine el vaso hasta que el líquido toque el borde superior del labio del niño y espera que el haga el resto. No retire el vaso después de cada trago, déjelo descansar entre los labios del pequeño, ya que de lo contrario puede producirse un fuerte estímulo que haga que se pierda el control de la cabeza y la quijada. Empiece siempre con líquidos ligeramente espesos, tales como el yogurt.



*Fig. 54 A. Postura incorrecta para la deglución de líquidos. B. Postura correcta para la deglución de líquidos.*



*Fig. 55 Postura correcta para la alimentación de sopas en el niño con parálisis cerebral con control de cabeza*

### **Beber en botella**

Con niños que tienen un reflejo anormal para succionar y deglutir, el control combinado del cuerpo, la cabeza y la quijada produce una mejoría inmediata. El chupón redondo, de biberón a la antigua, es el que más conviene al niño con parálisis cerebral. Si aun así tiene dificultades para sellar sus labios alrededor del chupón, oprima sus mejillas hacia adelante con dos dedos de la mano con la que está controlando la quijada, y si ya ensanchó usted el agujero del chupón, haga más espesa la fórmula del líquido, lo que impedirá que escurra a la garganta sin control.

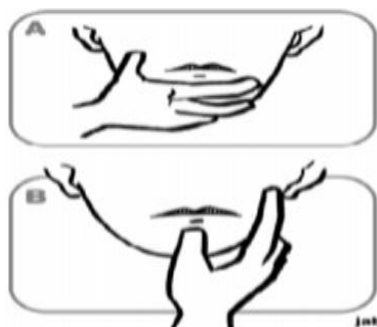
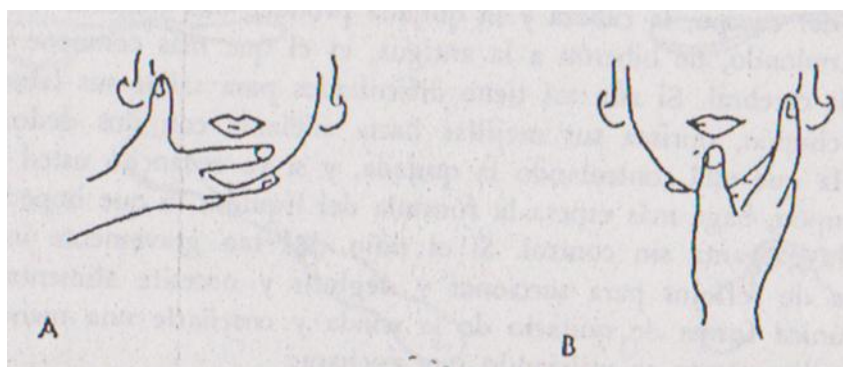
### **Alimentación como acto motor. Control del complejo orofacial**

Además de controlar a “todo” el niño a la hora en que se alimenta, podemos ejercer un control adicional sobre la zona bucal, que puede ayudar a mejorar la succión y deglución, así como su habilidad para comer de una cuchara y beber de una taza.

Es necesario controlar la quijada para mejorar el acto de comer. Este control se aplica con tres dedos; el pulgar, el índice, y el dedo medio, siendo este el más importante y debe colocarse justo debajo de la barbilla haciendo una compresión constante. Esta presión por el dedo medio permite que el funcionamiento de la lengua sea indirectamente controlado, lo que ayuda a una deglución más normal. El niño probablemente reaccionará rechazando su mano, la primera vez que trate usted de controlar su quijada. Dele tiempo de acostumbrarse, no empuje la

cabeza del niño hacia atrás, sino que manténgala derecha con el cuello ligeramente, flexionado, y pronto encontrará usted que el niño acepta esta ayuda.

Antes de ofrecerle la botella, la cuchara o la taza, aplique el control de la quijada, pues de lo contrario sucederá que los esfuerzos del pequeño por alcanzar el alimento a menudo causarán hiperextensión de todo el cuerpo.



*Fig. 56 Control de la boca para facilitar la deglución y cierre de los labios.*

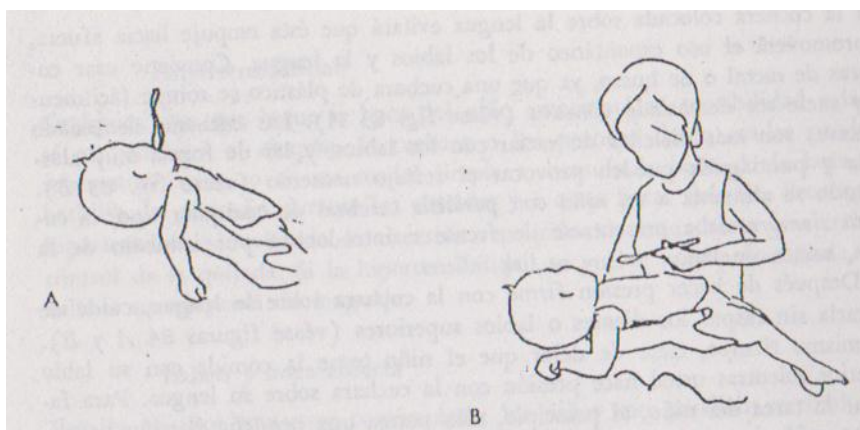
### **Babeo y boca abierta**

Este es un problema muy común entre los niños con parálisis cerebral y seguramente no desaparecerá si los padres se limitan a recordar al niño, a todas horas del día, que cierre su boca y trague su saliva. Pero careciendo de la habilidad de hacerlo bien, sus esfuerzos tendrán solo un efecto momentáneo, y la saliva acumulada escurrirá de nuevo en cuanto el pequeño vuelva a abrir la boca en espasmo extensor, o para comer, balbucear o tratar de hablar. Ayudará usted más a su hijo si, de vez en cuando, durante el día, coloca usted su dedo entre el labio superior y la nariz del niño, ejerciendo una presión firme y continua, sin darle

explicación ni interrumpir su juego, gradualmente, verá usted que el pequeño espontáneamente cerrará la boca y tragará la saliva.

### **Masticación**

Para enseñar al niño a masticar es mejor colocar con la mano trocitos de carne o pan tostado entre sus dientes, a un lado de la boca, ayudándolo a cerrar su boca por medio del control de la mandíbula. Se le puede estimular a que muerda el alimento, metiendo y retirando un poco el pan, o rozando el alimento duro a un lado de sus dientes antes de ponerle en medio, y ayudando al niño cerrar con firmeza su boca mediante control de la mandíbula. Una vez que el niño ha logrado morder, sus mandíbulas deben permanecer cerradas, y aquí de nuevo el control de la quijada es importante y se ejerce mediante una presión firme y continua con el dedo medio, lo cual favorecerá los movimientos de masticar.



*Fig. 57. Postura incorrecta para la alimentación, masticación y deglución.*

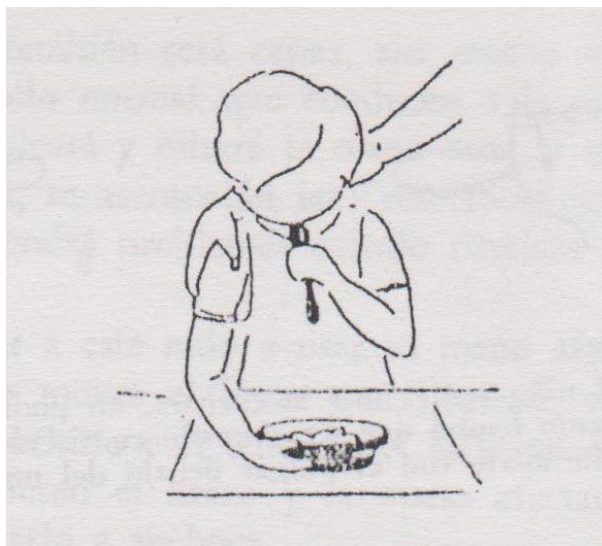
### **Uso de utensilios para la alimentación-Alimentación con cuchara**

El control de la quijada es muy importante, pero a menudo no será suficiente para capacitar al niño con parálisis cerebral para empezar a tomar alimentos con cuchara. Es estos casos, una presión firme con la cuchara colocada sobre la lengua evitará que ésta empuje hacia afuera, y promoverá el uso espontáneo de los labios y la lengua. Las cucharas demasiado cóncavas son más difíciles de vaciar con los labios, y la de forma muy alargada y puntiaguda pueden provocar el reflejo nauseoso. Cuando se alimenta a un niño con parálisis cerebral de

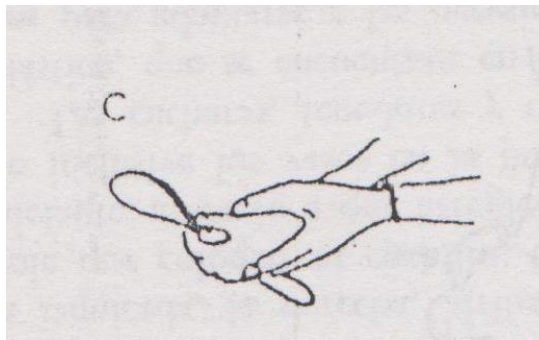
cualquier tipo, la cuchara siempre debe presentarse de frente e introducirse por en medio de la boca, nunca de lado.

Después de hacer presión firme con la cuchara sobre la lengua, cuide de retirarla sin raspara los dientes o labios superiores. Al mismo tiempo, trate de dejar que el niño tome la comida con su labio superior mientras usted hace presión con la cuchara sobre la lengua. En cuanto retire usted la cuchara, cerciórese de que el niño cierre la boca a fin de mantener su lengua dentro para empujar la comida hacia la garganta, en lugar de empujarla hacia afuera.

Si la alimentación con cuchara se dificulta mucho, como último recurso utilice sus dedos, pero solo para llevar a la boca del niño alimentos sólidos como carne, pan o fruta.



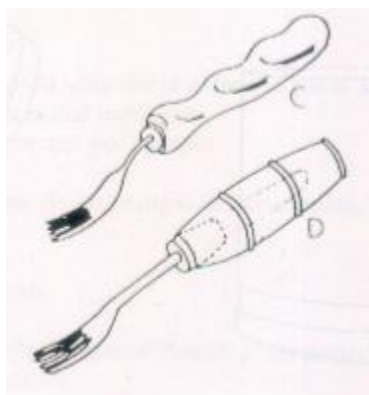
*Fig. 58 Soporte a nivel de la cabeza y nuca para facilitar la masticación y deglución.*



*Fig. 59 A y B formas incorrectas de sostener una cuchara, 59 C forma correcta con asistencia de la madre.*

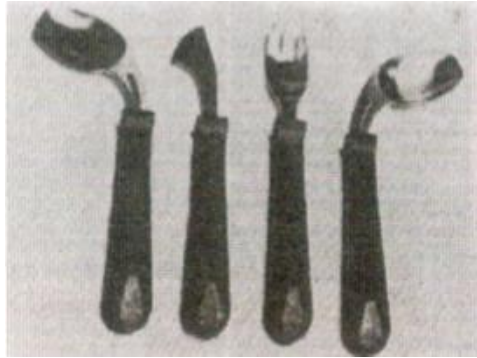


*Fig. 60 Adaptaciones a los cubiertos para facilitar el uso en niños con parálisis cerebral*

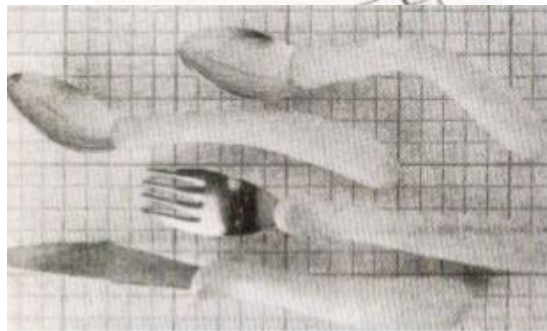


*Fig.61 Mangos para cubiertos para facilitar la presión*

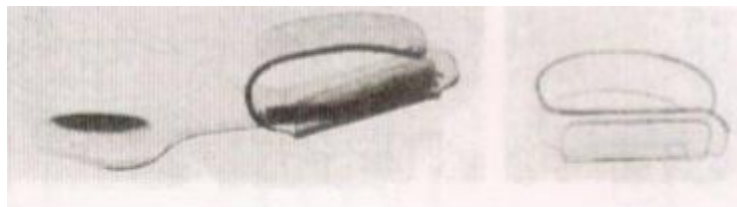




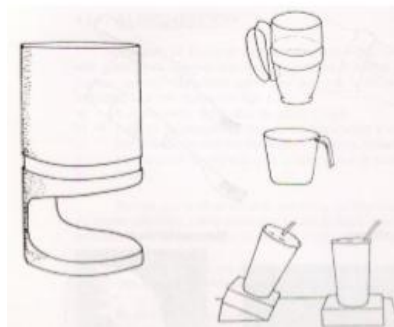
*Fig. 62 Diferentes utensilios para el uso en la alimentación.*



*Fig. 63 Varios utensilios*



*Fig. 64 Adaptación a la cuchara para el uso.*



*Fig. 65 Adaptación al vaso para el uso en un niño con parálisis cerebral*

## Anexo 4. Base de datos

## PRETEST

	P 1	P 2	P 3	P 4	P 5	P 6	P 7	P 8	P 9	P 10	P 11	P 12	P 13	P 14	P 15	P 16	P 17	P 18	P 19	P 20
1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0
2	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0
3	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0
4	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0
5	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1
6	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0
7	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
8	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0
9	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0
10	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0
11	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0
12	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0
13	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0
14	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0
15	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0
16	0	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
17	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0
19	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0
20	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1
21	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0
22	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0
23	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
24	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
25	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1
26	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0
27	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0
28	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0
29	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0
30	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0
31	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0
32	0	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
33	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0
34	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0
35	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0
36	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0
37	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
38	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0
39	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0

40	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1
41	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0
42	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0
43	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
44	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
45	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1
46	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0
47	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0
48	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0
49	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0
50	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1
51	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0
52	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
53	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0
54	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0
55	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0
56	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0
57	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0
58	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0
59	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
60	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
61	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1
62	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0
63	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0
64	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0
65	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0
66	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0
67	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0
68	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
69	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
70	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
71	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1
72	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
73	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0
74	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0
75	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0
76	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0
77	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0
78	0	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
79	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0
80	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0


## POSTEST

	P 1	P 2	P 3	P 4	P 5	P 6	P 7	P 8	P 9	P 10	P 11	P 12	P 13	P 14	P 15	P 16	P 17	P 18	P 19	P 20
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0
3	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1
4	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1
5	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1
6	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1
7	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1
8	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1
9	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1
10	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0
11	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0
12	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0
13	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1
14	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1
15	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
16	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
17	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0
18	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0
19	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0
20	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1
21	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1
22	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0
23	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0
24	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1
25	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1
26	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0

27	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0
28	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0
29	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1
30	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1
31	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
32	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
33	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0
34	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0
35	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1
36	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1
37	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0
38	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0
39	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0
40	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1
41	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1
42	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0
43	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0
44	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1
45	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1
46	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0
47	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0
48	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1
49	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1
50	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1
51	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1
52	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1
53	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1
54	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1

55	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0
56	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0
57	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1
58	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0
59	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0
60	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1
61	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1
62	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0
63	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0
64	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0
65	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1
66	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1
67	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1
68	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0
69	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0
70	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1
71	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1
72	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0
73	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0
74	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0
75	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1
76	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1
77	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
78	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
79	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0
80	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0

## Anexo 5. Certificado de validez


  
 ESCUELA DE POSTGRADO

**DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES Y DIMENSIONES**

**Variable: Conocimiento de la madre en el control postural del niño con parálisis cerebral**

Para Romero A. (2007) Existen múltiples y variadas posibilidades de desempeño y dentro de ellas un grupo de actividades que son similares, habituales a diferentes culturas, importantes y vital para la supervivencia. Son conocidas como Actividades de la vida diaria (AVD). Se incluyen en las AVD a la higiene, vestido, alimentación, sueño, descanso y movilidad personal. El control postural del niño con parálisis cerebral va a estar enfocado en el control postural de estas actividades de la vida diaria. Para esta investigación se incluyeron solo Conocimiento en el control postural de la higiene, Conocimiento en el control postural del vestido y Conocimiento en el control postural de la alimentación.

**Dimensiones de las variables:**

Las Actividades de la vida diaria esta orientadas al cuidado del propio cuerpo, son fundamentales para vivir en un mundo social que permitan la supervivencia y el bienestar” Christiansen y Hammecker, (2001). La rehabilitación infantil persigue que el niño con parálisis cerebral alcance el máximo nivel de independencia en las actividades de la vida diaria. Para un niño ser independiente representa el primer escalón para construir su vida en el área social y que tenga la opción de elegir que actividades realizar de acuerdo a su edad y capacidad motora.

La manera en que realiza las actividades rutinarias de la vida diaria afectará la recuperación del niño con parálisis cerebral, mantener un determinado estilo de vida las 24 horas del día por los 7 días de la semana será una victoria si el tratamiento realizado en el centro de terapias es completado con el adecuado control postural que se le brinda en casa o una derrota completa si es que utiliza en casa estrategias que desencadenan en reacciones asociadas.

En la presente investigación se incluyeron tres dimensiones actividades básicas y necesarias que toda madre de un niño con parálisis cerebral debe de conocer.

**Dimensión 1: Conocimiento del control postural para la higiene.**  
La rehabilitación infantil de los niños con parálisis cerebral busca como fin supremo la independencia del niño, sobre todo en actividades de la vida diaria, la higiene es una de las actividades básicas que el niño debe de ser independiente y autónomo. La higiene será asistida en un inicio por la madre para luego en la medida de lo posible el niño pueda ser independiente y lograr el aseo por si mismo.

**Dimensión 2: Conocimiento del control postural para el vestido.**  
El desarrollo motor del niño con parálisis cerebral varia y por ende también el control postural. Vestir no es una actividad sencilla, involucra mucho entrenamiento por parte de las madres, así como planificación motora, percepción, equilibrio, estabilidad dinámica, coordinación viso-manual para ejecutar por parte de los niños con parálisis cerebral. La actividad del vestir puede ser iniciada por la madre, pero al final permita que el niño lo concluya, sin apresurarlo en realizarlo. Utilice esta actividad no como un mero ejercicio sin sentido, sino con propósitos claros como vestirse para la terapia, para actividades deportivas, para el baño.

**Dimensión 3: Conocimiento del control postural para la alimentación.**  
Los niños con parálisis cerebral presentan serias complicaciones debido a la deficiencia del tono postural, que a su vez producirá alteraciones en el desarrollo de diferentes sistemas como son el control postural del tronco y la cabeza, la falta de coordinación de movimientos, alteración en la succión, masticación y deglución. Todo ello tendrá como consecuencia el deterioro de las capacidades de alimentación y nutrición.

### MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

**Variable: Conocimiento de la madre en el control postural del niño con parálisis cerebral**

Tabla 1. Matriz de operacionalización de la variable: Control postural

DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	ESCALA	NIVELES Y RANGOS
Conocimiento en el control postural para la higiene	Baño en ducha	1,2		
	Aseo de cara	3,4		
	Lavado de dientes	5,		
	Uso de bacín e inodoro	6,7		
Conocimiento en el control postural para el vestido	Vestido superior	8,9	Dicotómica: (0) No válido (1) Válido	(20 - 18) Muy Alto
	Vestido inferior	10,11		(17 - 14) Alto
	Zapatos y medias	12,13		(13 - 11) Medio
	Características de la ropa	14		(10 - 00) Bajo
Conocimiento en el control postural para la alimentación	Alimentos sólidos	15,16,17		Fuente: MINEDU (2012)
	Alimentos líquidos	18		
	Alimentación como acto motor	19		
	Utensilios-uso de la cuchara	20		

Fuente: Elaboración propia.



### CARTA DE PRESENTACIÓN

Señor(a)(ita): Mg. Cris Y. Gutierrez Lauri

Presente

Asunto: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS A TRAVÉS DE JUICIO DE EXPERTO.

Nos es muy grato comunicarnos con usted para expresarle nuestros saludos y así mismo, hacer de su conocimiento que siendo estudiante del programa de Gestión Pública con de la UCV, en la sede Los Olivos, promoción 2018 – 1, requerimos validar los instrumentos con los cuales recogeremos la información necesaria para poder desarrollar nuestra investigación y con la cual optaremos el grado de Magister.

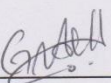
El título nombre de nuestro proyecto de investigación es: **Programa educativo "Petite" en el conocimiento de las madres en el control postural del niño con parálisis cerebral en una clínica privada de Lima** y siendo imprescindible contar con la aprobación de docentes especializados para poder aplicar los instrumentos en mención, hemos considerado conveniente recurrir a usted, ante su connotada experiencia en temas educativos y/o investigación educativa.

El expediente de validación, que le hacemos llegar contiene:

- Carta de presentación.
- Definiciones conceptuales de las variables y dimensiones.
- Matriz de operacionalización de las variables.
- Certificado de validez de contenido de los instrumentos.

Expresándole nuestros sentimientos de respeto y consideración nos despedimos de usted, no sin antes agradecerle por la atención que dispense a la presente.

Atentamente.



---

Firma

Apellidos y nombre: Acevedo Chinchá, Gabriel

D.N.I.:41438136

**CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE CONOCIMIENTO DE LA MADRE EN EL CONTROL POSTURAL DEL NIÑO CON PARALISIS CEREBRAL**

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	<b>DIMENSIÓN Conocimiento en el control postural para la higiene</b>							
1	¿La forma correcta de tomar a mi hijo con parálisis cerebral para el baño en la ducha es?	✓		✓		✓		
2	¿La postura correcta para bañar a mi hijo en una tina es?	✓		✓		✓		
3	¿Para lavarle la cara a mi hijo con parálisis cerebral, el mejor control postural para su cuerpo es?	✓		✓		✓		
4	¿Si mi hijo no tiene control de la cabeza, la forma de lavarle la cara es?	✓		✓		✓		
5	¿La postura correcta que le dé un eficiente control postural al tronco y cabeza para el cepillado de los dientes es?	✓		✓		✓		
6	¿La forma ideal de asistir a mi hijo con parálisis cerebral en el acto de defecar en un bañín es?	✓		✓		✓		
7	¿La postura ideal del uso del inodoro en mi hijo con parálisis cerebral es?	✓		✓		✓		
	<b>DIMENSIÓN Conocimiento en el control postural para el vestido</b>							
8	¿La mejor manera de colocarle el polo a mi hijo con parálisis cerebral, que presenta espasmos extensores sería?	✓		✓		✓		
9	¿La colocación de la chompa a mi hijo con parálisis cerebral sería en el siguiente orden?	✓		✓		✓		
10	Si mi hijo tiene un buen control de cabeza y cuello, pero cuando se sienta para colocarse los pantalones pierde el equilibrio. ¿La forma correcta de colocarse los pantalones sería?	✓		✓		✓		
11	Si mi hijo presenta buen control de tronco y cabeza, pero tiene dificultades para mantenerse de pie permanentemente, ¿la manera práctica para que sea más independiente en colocarse los pantalones sería?	✓		✓		✓		
12	Para que mi hijo con parálisis cerebral que presenta control de cabeza y tronco se quite las medias, recurrirá a la siguiente estrategia.	✓		✓		✓		
13	Para evitar que mi niño con parálisis cerebral echado boca arriba, coloque los dedos del pie en forma de garra cuando se le coloca el zapato, debemos de ponerle de la siguiente manera.	✓		✓		✓		
14	Las características de las prendas de fácil colocación y uso diario para mi hijo con parálisis cerebral serían las siguientes	✓		✓		✓		

	DIMENSIÓN Conocimiento en el control postural para la alimentación	Si	No	Si	No	Si	No
15	¿La postura correcta para dar de comer a mi hijo con parálisis cerebral con escaso control de cabeza sería?	✓		✓		✓	
16	¿La postura correcta para dar de comer a mi hijo con parálisis cerebral que tiene control de cabeza, pero poco control de tronco sería?	✓		✓		✓	
17	¿Cuál es la postura correcta para dar de comer a mi niño con parálisis cerebral que tiene control de cabeza y tronco, pero no puede comer solo?	✓		✓		✓	
18	Para dar de beber a mi hijo con parálisis cerebral que presenta disfunción orofacial la manera correcta es	✓		✓		✓	
19	Para enseñar a mi hijo con parálisis cerebral la masticación de las comidas, la mejor forma es	✓		✓		✓	
20	El uso de la cuchara para los alimentos semisólidos en mi hijo con parálisis cerebral serán bajo las siguientes condiciones	✓		✓		✓	

Observaciones (precisar si hay suficiencia): \_\_\_\_\_

Opinión de aplicabilidad:    Aplicable [ ]    Aplicable después de corregir [ ]    No aplicable [ ]

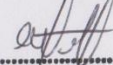
Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: Mg. Cris Yelina Gutarra Yauri    DNI: 43641703

Especialidad del validador: Maestra Gestión de los Servicios de la Salud

<sup>1</sup>Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.  
<sup>2</sup>Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo  
<sup>3</sup>Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

**Nota:** Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

03 de Enero del 2018.

  
**Mg. Cris Gutarra Yauri**  
 FISIOTERAPEUTA  
 CTMP: 8857

Firma del Experto Informante.

### CARTA DE PRESENTACIÓN

Señor(a)(ita):

Magister Smith Arila Villanueva

Presente

Asunto: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS A TRAVÉS DE JUICIO DE EXPERTO.

Nos es muy grato comunicarnos con usted para expresarle nuestros saludos y así mismo, hacer de su conocimiento que siendo estudiante del programa de Gestión Pública con de la UCV, en la sede Los Olivos, promoción 2018 – 1, requerimos validar los instrumentos con los cuales recogeremos la información necesaria para poder desarrollar nuestra investigación y con la cual optaremos el grado de Magister.

El título nombre de nuestro proyecto de investigación es: **Programa educativo "Petite" en el conocimiento de las madres en el control postural del niño con parálisis cerebral en una clínica privada de Lima** y siendo imprescindible contar con la aprobación de docentes especializados para poder aplicar los instrumentos en mención, hemos considerado conveniente recurrir a usted, ante su connotada experiencia en temas educativos y/o investigación educativa.

El expediente de validación, que le hacemos llegar contiene:

- Carta de presentación.
- Definiciones conceptuales de las variables y dimensiones.
- Matriz de operacionalización de las variables.
- Certificado de validez de contenido de los instrumentos.

Expresándole nuestros sentimientos de respeto y consideración nos despedimos de usted, no sin antes agradecerle por la atención que dispense a la presente.

Atentamente.



Firma

Apellidos y nombre: Acevedo Chinchá, Gabriel

D.N.I.:41438136

**CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE CONOCIMIENTO DE LA MADRE EN EL CONTROL POSTURAL DEL NIÑO CON PARALISIS CEREBRAL**

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	<b>DIMENSIÓN Conocimiento en el control postural para la higiene</b>							
1	¿La forma correcta de tomar a mi hijo con parálisis cerebral para el baño en la ducha es?	✓		✓		✓		
2	¿La postura correcta para bañar a mi hijo en una tina es?	✓		✓		✓		
3	¿Para lavarle la cara a mi hijo con parálisis cerebral, el mejor control postural para su cuerpo es?	✓		✓		✓		
4	¿Si mi hijo no tiene control de la cabeza, la forma de lavarle la cara es?	✓		✓		✓		
5	¿La postura correcta que le dé un eficiente control postural al tronco y cabeza para el cepillado de los dientes es?	✓		✓		✓		
6	¿La forma ideal de asistir a mi hijo con parálisis cerebral en el acto de defecar en un bañín es?	✓		✓		✓		
7	¿La postura ideal del uso del inodoro en mi hijo con parálisis cerebral es?	✓		✓		✓		
	<b>DIMENSIÓN Conocimiento en el control postural para el vestido</b>							
8	¿La mejor manera de colocarle el polo a mi hijo con parálisis cerebral, que presenta espasmos extensores sería?	✓		✓		✓		
9	¿La colocación de la chompa a mi hijo con parálisis cerebral sería en el siguiente orden?	✓		✓		✓		
10	Si mi hijo tiene un buen control de cabeza y cuello, pero cuando se sienta para colocarse los pantalones pierde el equilibrio. ¿La forma correcta de colocarse los pantalones sería?	✓		✓		✓		
11	Si mi hijo presenta buen control de tronco y cabeza, pero tiene dificultades para mantenerse de pie permanentemente, ¿la manera práctica para que sea más independiente en colocarse los pantalones sería?	✓		✓		✓		
12	Para que mi hijo con parálisis cerebral que presenta control de cabeza y tronco se quite las medias, recurrirá a la siguiente estrategia.	✓		✓		✓		
13	Para evitar que mi niño con parálisis cerebral echado boca arriba, coloque los dedos del pie en forma de garra cuando se le coloca el zapato, debemos de ponerle de la siguiente manera.	✓		✓		✓		
14	Las características de las prendas de fácil colocación y uso diario para mi hijo con parálisis cerebral serían las siguientes	✓		✓		✓		

	DIMENSIÓN Conocimiento en el control postural para la alimentación	Si	No	Si	No	Si	No
15	¿La postura correcta para dar de comer a mi hijo con parálisis cerebral con escaso control de cabeza sería?	✓		✓		✓	
16	¿La postura correcta para dar de comer a mi hijo con parálisis cerebral que tiene control de cabeza, pero poco control de tronco sería?	✓		✓		✓	
17	¿Cuál es la postura correcta para dar de comer a mi niño con parálisis cerebral que tiene control de cabeza y tronco, pero no puede comer solo?	✓		✓		✓	
18	Para dar de beber a mi hijo con parálisis cerebral que presenta disfunción orofacial la manera correcta es	✓		✓		✓	
19	Para enseñar a mi hijo con parálisis cerebral la masticación de las comidas, la mejor forma es	✓		✓		✓	
20	El uso de la cuchara para los alimentos semisólidos en mi hijo con parálisis cerebral serán bajo las siguientes condiciones	✓		✓		✓	

Observaciones (precisar si hay suficiencia): \_\_\_\_\_

Opinión de aplicabilidad:    Aplicable []    Aplicable después de corregir [ ]    No aplicable [ ]

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: Mg. Edith Avila Villanueva    DNI: 45 9787 22

Especialidad del validador: Mg. Gestión de los Servicios de la Salud

<sup>1</sup>Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

<sup>2</sup>Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

<sup>3</sup>Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

04 de Enero del 2018

*Edith Avila*

Firma del Experto Informante.

Mg. Avila Villanueva Edith  
Tecnólogo Médico  
C.T.M.P 9270

### CARTA DE PRESENTACIÓN

Señor(a)(ita): Mg. Jesús Alberto Soto Manríquez

Presente

Asunto: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS A TRAVÉS DE JUICIO DE EXPERTO.

Nos es muy grato comunicarnos con usted para expresarle nuestros saludos y así mismo, hacer de su conocimiento que siendo estudiante del programa de Gestión Pública con de la UCV, en la sede Los Olivos, promoción 2018 – 1, requerimos validar los instrumentos con los cuales recogeremos la información necesaria para poder desarrollar nuestra investigación y con la cual optaremos el grado de Magíster.

El título nombre de nuestro proyecto de investigación es: **Programa educativo "Petite" en el conocimiento de las madres en el control postural del niño con parálisis cerebral en una clínica privada de Lima** y siendo imprescindible contar con la aprobación de docentes especializados para poder aplicar los instrumentos en mención, hemos considerado conveniente recurrir a usted, ante su connotada experiencia en temas educativos y/o investigación educativa.

El expediente de validación, que le hacemos llegar contiene:

- Carta de presentación.
- Definiciones conceptuales de las variables y dimensiones.
- Matriz de operacionalización de las variables.
- Certificado de validez de contenido de los instrumentos.

Expresándole nuestros sentimientos de respeto y consideración nos despedimos de usted, no sin antes agradecerle por la atención que dispense a la presente.

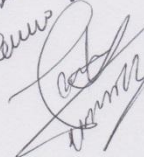
Atentamente.



Firma

Apellidos y nombre: Acevedo Chíncha, Gabriel

D.N.I.:41438136

Recibido  
Año 2018.  


**CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE CONOCIMIENTO DE LA MADRE EN EL CONTROL POSTURAL DEL NIÑO CON PARALISIS CEREBRAL**

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	<b>DIMENSIÓN Conocimiento en el control postural para la higiene</b>							
1	¿La forma correcta de tomar a mi hijo con parálisis cerebral para el baño en la ducha es?	✓		✓		✓		
2	¿La postura correcta para bañar a mi hijo en una tina es?	✓		✓		✓		
3	¿Para lavarle la cara a mi hijo con parálisis cerebral, el mejor control postural para su cuerpo es?	✓		✓				
4	¿Si mi hijo no tiene control de la cabeza, la forma de lavarle la cara es?	✓		✓		✓		
5	¿La postura correcta que le dé un eficiente control postural al tronco y cabeza para el cepillado de los dientes es?	✓		✓		✓		
6	¿La forma ideal de asistir a mi hijo con parálisis cerebral en el acto de defecar en un bacín es?	✓		✓		✓		
7	¿La postura ideal del uso del inodoro en mi hijo con parálisis cerebral es?	✓		✓		✓		
	<b>DIMENSIÓN Conocimiento en el control postural para el vestido</b>							
8	¿La mejor manera de colocarle el polo a mi hijo con parálisis cerebral, que presenta espasmos extensores sería?	✓		✓		✓		
9	¿La colocación de la chompa a mi hijo con parálisis cerebral sería en el siguiente orden?	✓		✓		✓		
10	Si mi hijo tiene un buen control de cabeza y cuello, pero cuando se sienta para colocarse los pantalones pierde el equilibrio. ¿La forma correcta de colocarse los pantalones sería?	✓		✓		✓		
11	Si mi hijo presenta buen control de tronco y cabeza, pero tiene dificultades para mantenerse de pie permanentemente, ¿la manera práctica para que sea más independiente en colocarse los pantalones sería?	✓		✓		✓		
12	Para que mi hijo con parálisis cerebral que presenta control de cabeza y tronco se quite las medias, recurrirá a la siguiente estrategia.	✓		✓		✓		
13	Para evitar que mi niño con parálisis cerebral echado boca arriba, coloque los dedos del pie en forma de garra cuando se le coloca el zapato, debemos de ponerle de la siguiente manera.	✓		✓		✓		
14	Las características de las prendas de fácil colocación y uso diario para mi hijo con parálisis cerebral serían las siguientes	✓		✓		✓		



DIMENSIÓN Conocimiento en el control postural para la alimentación		Si	No	Si	No	Si	No
15	¿La postura correcta para dar de comer a mi hijo con parálisis cerebral con escaso control de cabeza sería?	✓		✓		✓	
16	¿La postura correcta para dar de comer a mi hijo con parálisis cerebral que tiene control de cabeza, pero poco control de tronco sería?	✓		✓		✓	
17	¿Cuál es la postura correcta para dar de comer a mi niño con parálisis cerebral que tiene control de cabeza y tronco, pero no puede comer solo?	✓		✓		✓	
18	Para dar de beber a mi hijo con parálisis cerebral que presenta disfunción orofacial la manera correcta es	✓		✓		✓	
19	Para enseñar a mi hijo con parálisis cerebral la masticación de las comidas, la mejor forma es	✓		✓		✓	
20	El uso de la cuchara para los alimentos semisólidos en mi hijo con parálisis cerebral serán bajo las siguientes condiciones	✓		✓		✓	

Observaciones (precisar si hay suficiencia): \_\_\_\_\_

Opinión de aplicabilidad:    Aplicable [ ]    Aplicable después de corregir [ ]    No aplicable [ ]

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: *Magister Jesús Alberto Soto Manrique*    DNI: *10671141*

Especialidad del validador: *Magister Administración de la Salud.*

<sup>1</sup>**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.  
<sup>2</sup>**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo  
<sup>3</sup>**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

**Nota:** Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

*05 de Enero del 2018*  
 Mg. Jesús Alberto Soto Manrique  
 Terapia Física y Rehabilitación  
 C.T.M.P. 4567  
 Firma del Experto Informante.

## Anexo 6. Pantallazo del spps

\*Resultado1.spv [Documento1] - IBM SPSS Statistics Visor

Archivo Editar Ver Datos Transformar Insertar Formato Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

Estadísticos

		Pretest Control postural	Postest Control postural	Pretest Control postural para el baño	Pretest Control postural para el vestido	Pretest Control postural para la alimentación	Postest Control postural para el baño	Postest Control postural para el vestido	Postest Control postural para la alimentación
N	Válido	80	80	80	80	80	80	80	80
	Perdidos	0	0	0	0	0	0	0	0
Media		8,09	14,25	3,05	3,15	1,89	5,50	4,85	3,90
Mediana		8,00	14,00	3,00	3,00	1,00	6,00	5,00	4,00
Moda		8	15	2	3	1	6	5	4
Desviación estándar		2,994	1,990	1,282	1,654	1,341	1,114	1,170	1,455
Mínimo		3	11	1	0	0	3	2	1
Máximo		15	18	6	6	5	7	7	6

DATASET ACTIVATE Conjunto\_de\_datos0.

SAVE OUTFILE='D:\PC COR3\Profes 2016\Billy Solano\ESTADÍSTICA POSTURA  
L\sin titulo1.sav'  
/COMPRESSED.

DATASET ACTIVATE Conjunto\_de\_datos0.

SAVE OUTFILE='D:\PC COR3\Profes 2016\Billy Solano\ESTADÍSTICA POSTURA  
L\sin titulo1.sav'  
/COMPRESSED.

RECODE v1 (Lowest thru 10=1) (11 thru 13=2) (14 thru 17=3) (18 thru Highest=4) INTO var1.  
EXECUTE.

RECODE d1 d2 (5=2) (6=3) (Lowest thru 4=1) (7 thru Highest=4) INTO di  
m1 dim2.  
EXECUTE.

RECODE d3 (4=2) (5=3) (Lowest thru 3=1) (6 thru Highest=4) INTO dim3.  
EXECUTE.

DATASET ACTIVATE Conjunto\_de\_datos0.

SAVE OUTFILE='D:\PC COR3\Profes 2016\Billy Solano\ESTADÍSTICA POSTURA

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON

03:58 p.m.  
18/08/2018

\*Resultado1.spv [Documento1] - IBM SPSS Statistics Visor

Archivo Editar Ver Datos Transformar Insertar Formato Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

SAVE OUTFILE='D:\PC COR3\Profes 2016\Billy Solano\ESTADÍSTICA POSTURA  
L\sin titulo1.sav'  
/COMPRESSED.

CROSSTABS  
/TABLES=var1 BY VAR00010  
/FORMAT=DVALUE TABLES  
/CELLS=COUNT COLUMN  
/COUNT ROUND CELL.

**Tablas cruzadas**

**Resumen de procesamiento de casos**

	Casos					
	Válido		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Control postural * Prueba	160	100,0%	0	0,0%	160	100,0%

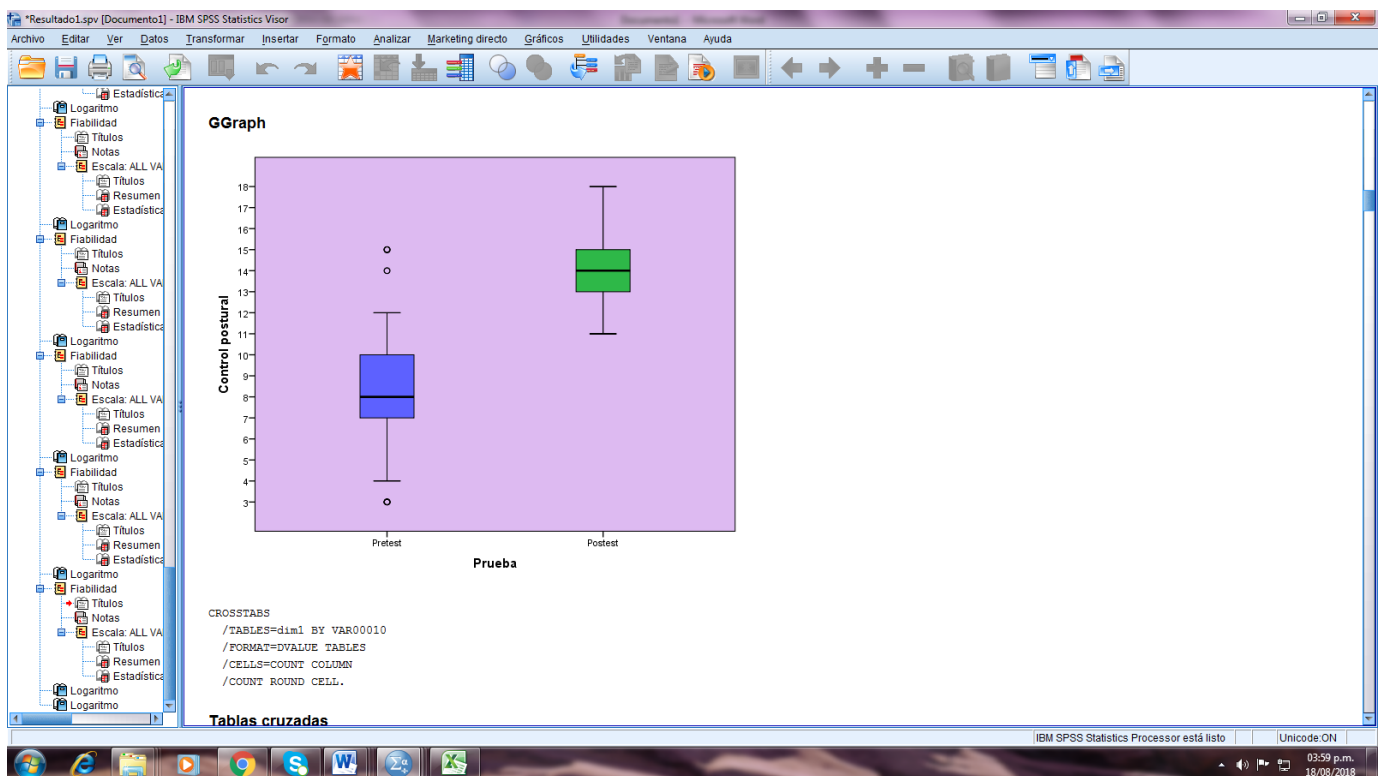
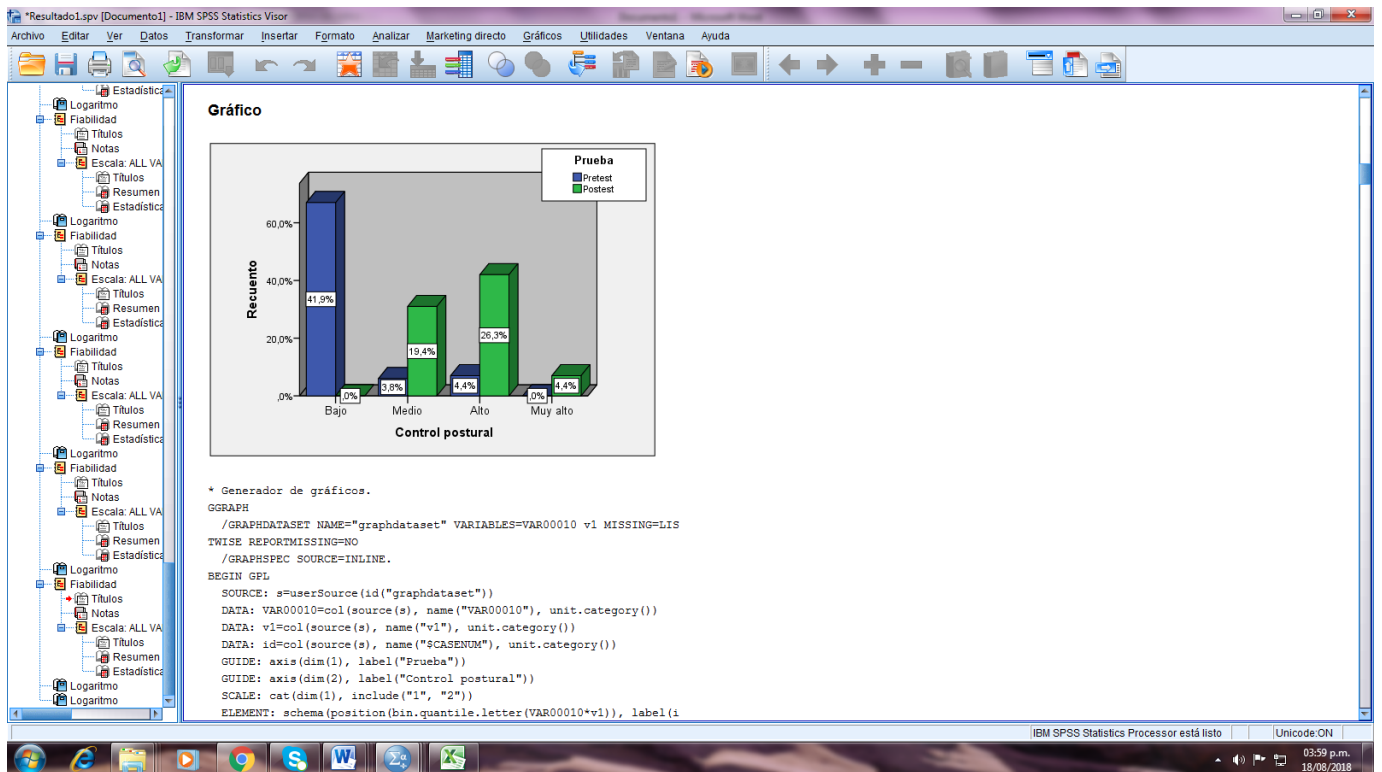
**Control postural \* Prueba tabulación cruzada**

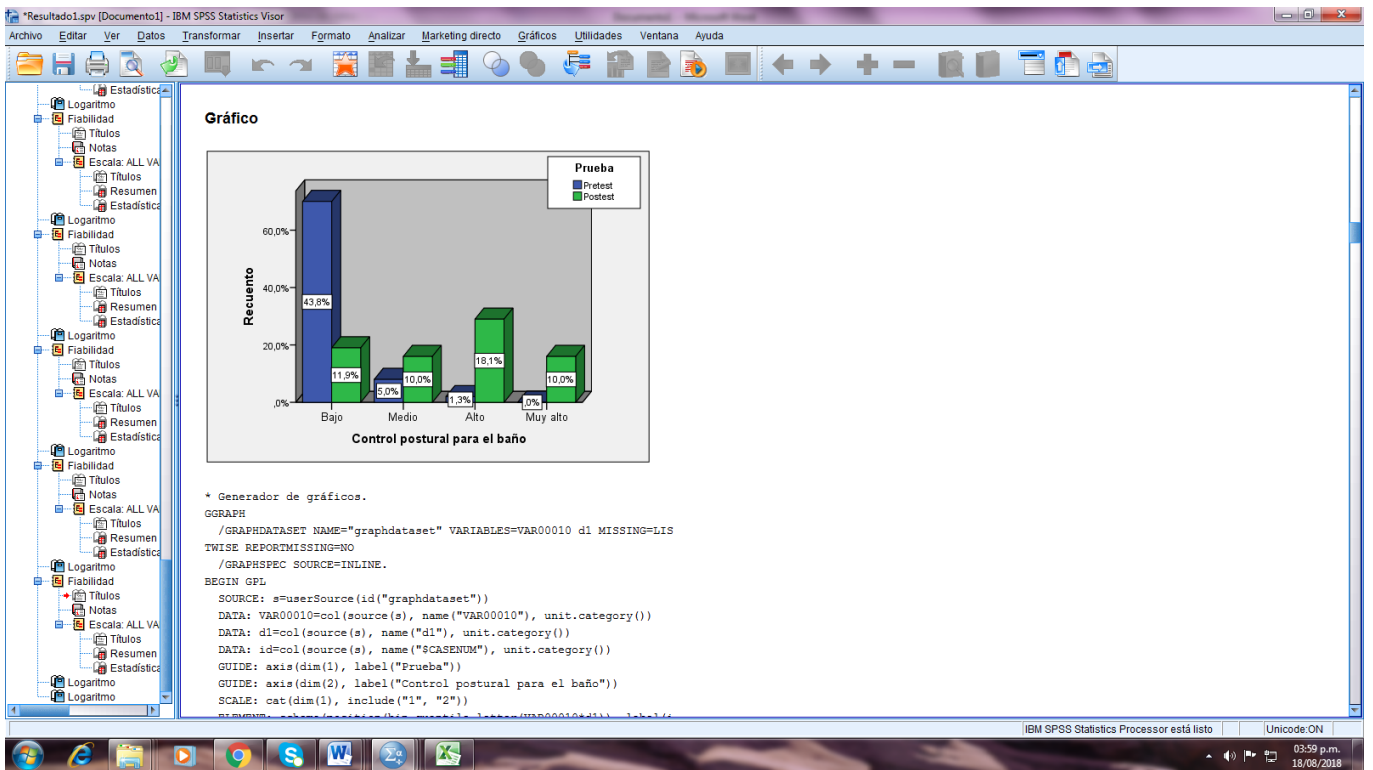
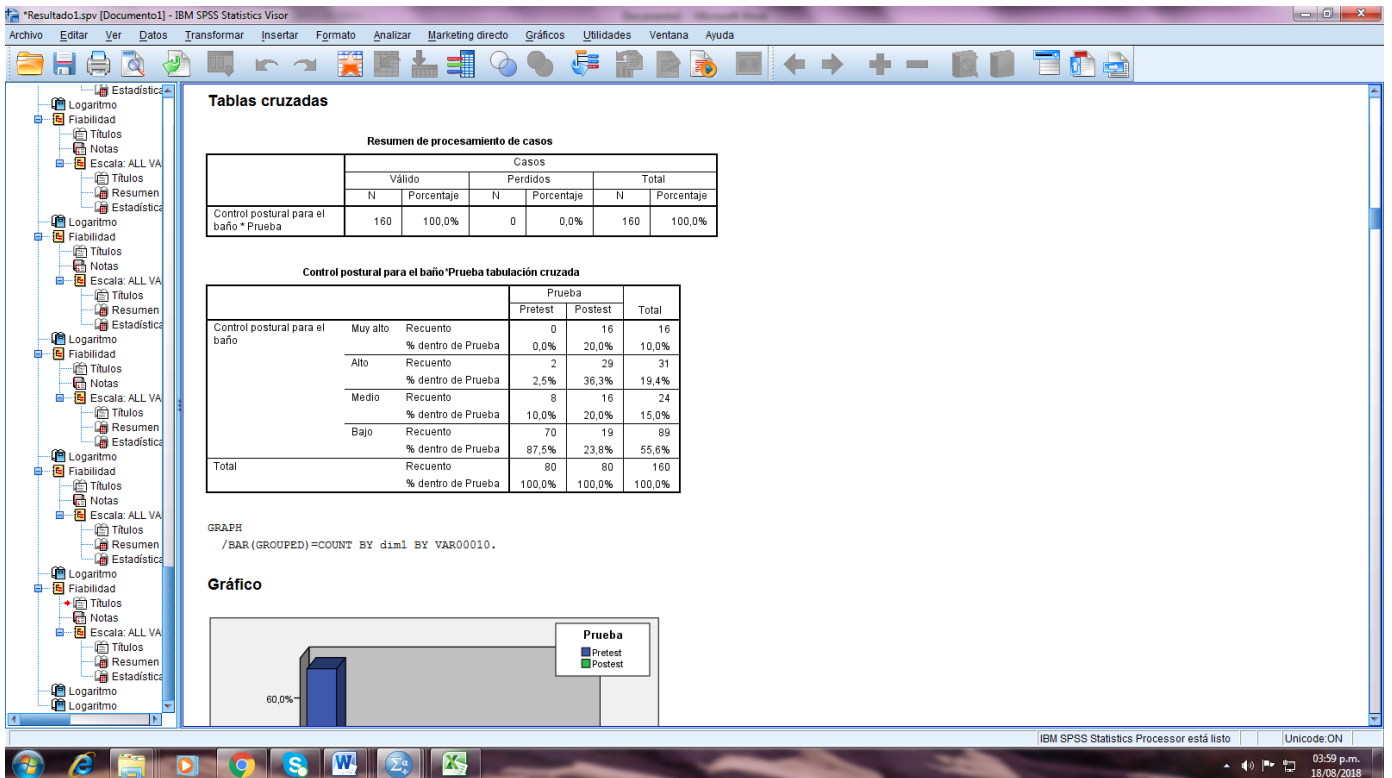
Control postural	Muy alto	Recuento	Prueba		Total
			Pretest	Postest	
		0	7	7	
		% dentro de Prueba	0,0%	8,8%	4,4%
	Alto	7	42	49	
		% dentro de Prueba	8,8%	52,5%	30,6%
	Medio	6	31	37	
		% dentro de Prueba	7,5%	38,8%	23,1%
	Bajo	67	0	67	
		% dentro de Prueba	83,8%	0,0%	41,9%
Total		80	80	160	
		% dentro de Prueba	100,0%	100,0%	100,0%

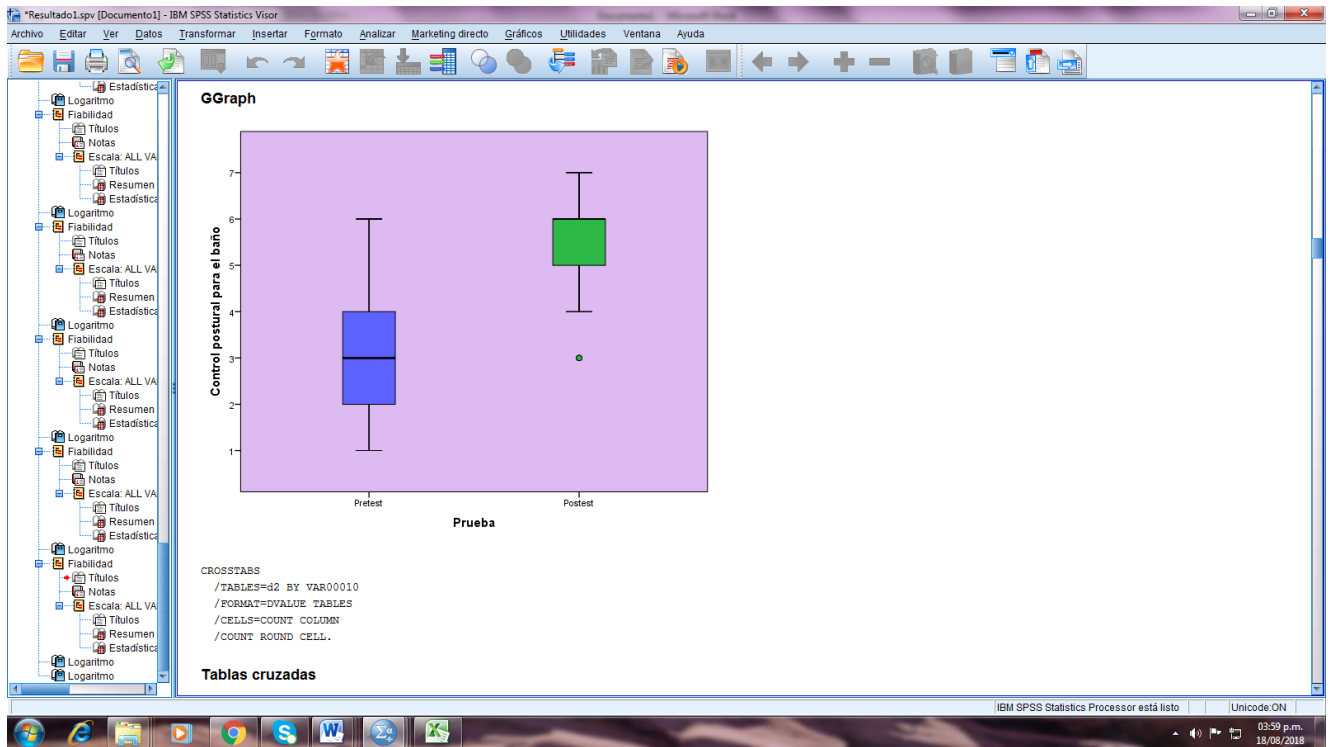
GRAPH  
/BAR (GROUPED)=COUNT BY var1 BY VAR00010.

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON

03:59 p.m.  
18/08/2018







Resumen de procesamiento de casos

	Casos					
	Válido		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Control postural para el vestido * Prueba	160	100,0%	0	0,0%	160	100,0%

CROSSTABS  
 /TABLES=dim2 BY VAR00010  
 /FORMAT=DVALUE TABLES  
 /CELLS=COUNT COLUMN  
 /COUNT ROUND CELL.

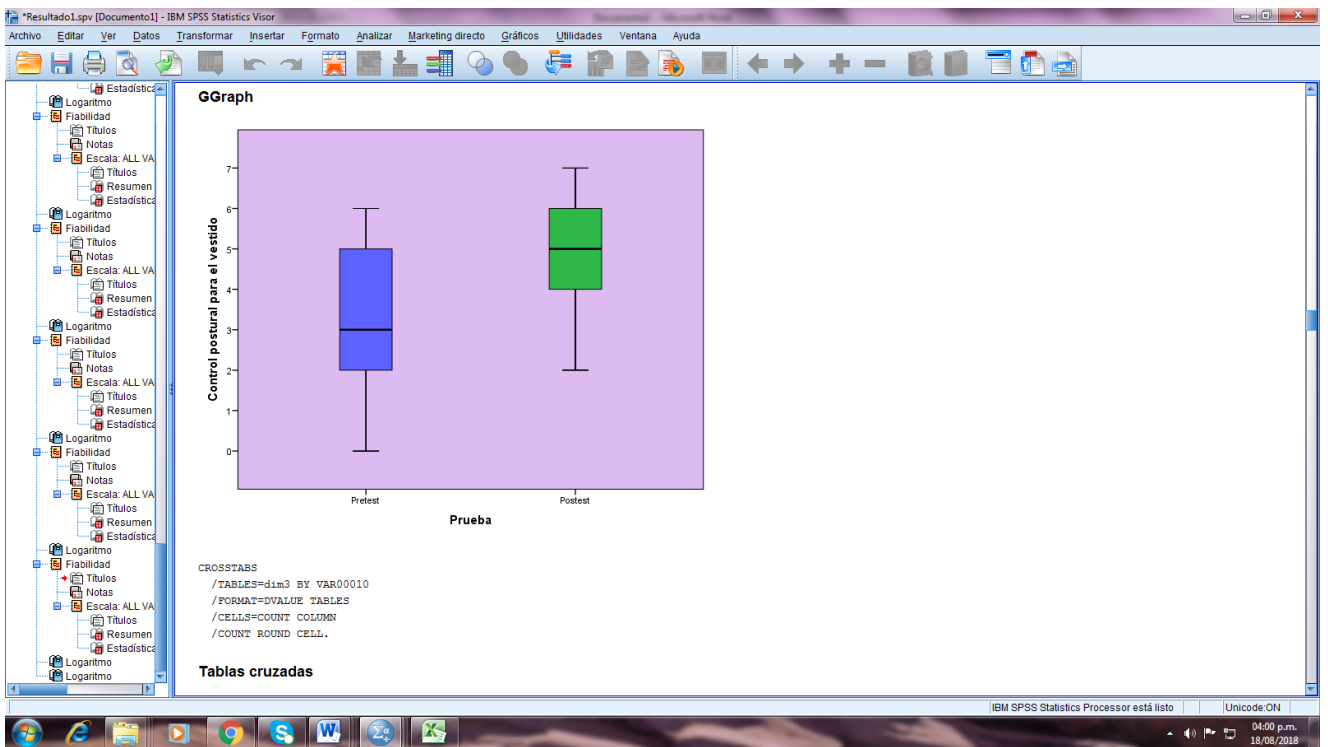
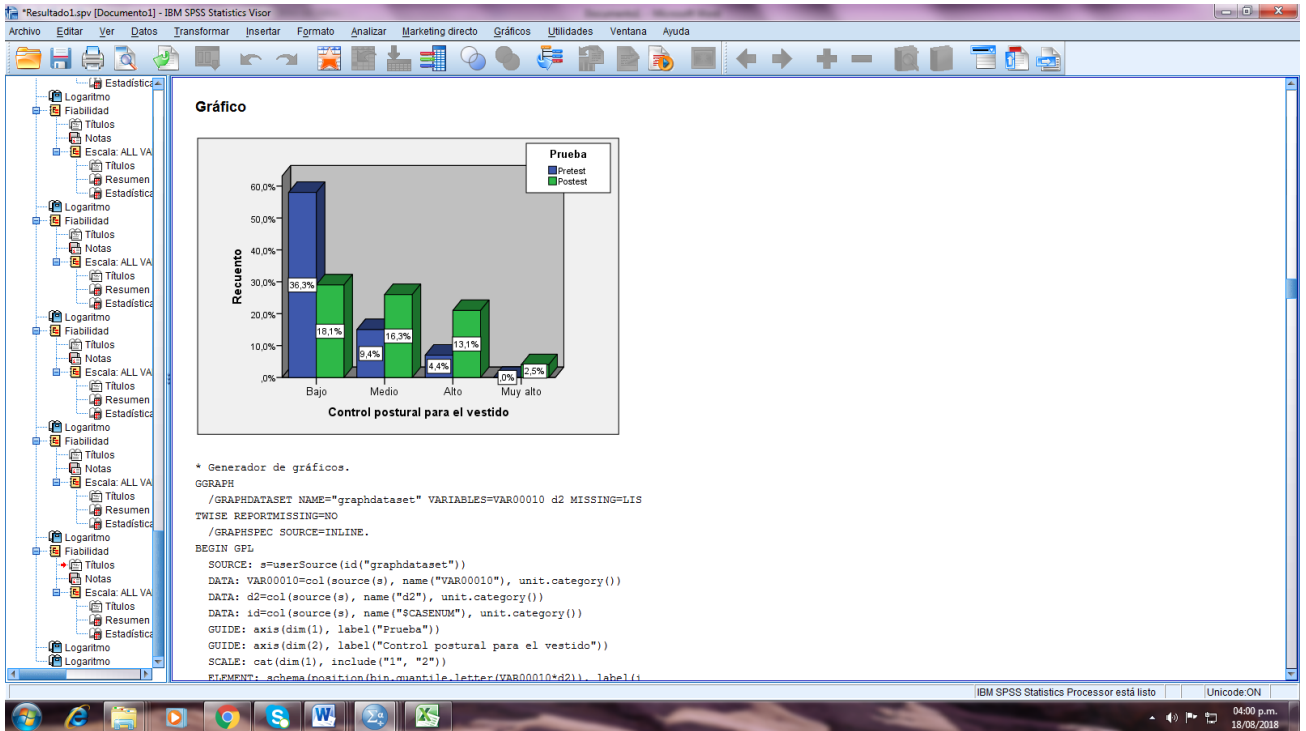
**Tablas cruzadas**

Resumen de procesamiento de casos

	Casos					
	Válido		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Control postural para el vestido * Prueba	160	100,0%	0	0,0%	160	100,0%

**Control postural para el vestido \* Prueba tabulación cruzada**

		Recuento	Prueba		Total
			Pretest	Postest	
Control postural para el vestido	Muy alto	0	4	4	
		% dentro de Prueba	0,0%	5,0%	2,5%
	Alto	7	21	28	
		% dentro de Prueba	8,8%	26,3%	17,5%
Medio	Recuento	15	26	41	
	% dentro de Prueba	18,8%	32,5%	25,6%	
Bajo	Recuento	58	29	87	
	% dentro de Prueba	72,5%	36,3%	54,4%	
Total	Recuento	80	80	160	
	% dentro de Prueba	100,0%	100,0%	100,0%	



IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON

04:00 p.m. 18/08/2018

IBM SPSS Statistics Visor

Archivo Editar Ver Datos Transformar Insertar Formato Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

CROSSTABS  
 /TABLES=dim3 BY VAR00010  
 /FORMAT=DVALUE TABLES  
 /CELLS=COUNT COLUMN  
 /COUNT ROUND CELL.

**Tablas cruzadas**

Resumen de procesamiento de casos

	Casos				Total	
	Válido		Perdidos		N	Porcentaje
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Control postural para la alimentación * Prueba	160	100,0%	0	0,0%	160	100,0%

Control postural para la alimentación \* Prueba tabulación cruzada

		Recuento	Prueba		Total
			Pretest	Postest	
Control postural para la alimentación	Muy alto	Recuento	0	13	13
		% dentro de Prueba	0,0%	16,3%	8,1%
	Alto	Recuento	3	15	18
		% dentro de Prueba	3,8%	18,8%	11,3%
Medio	Recuento	10	24	34	
	% dentro de Prueba	12,5%	30,0%	21,3%	
Bajo	Recuento	67	28	95	
	% dentro de Prueba	83,8%	35,0%	59,4%	
Total	Recuento	80	80	160	
	% dentro de Prueba	100,0%	100,0%	100,0%	

GRAPH  
 /BAR(GROUPED)=COUNT BY dim3 BY VAR00010.

**Gráfico**

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON

04:00 p.m. 18/08/2018

IBM SPSS Statistics Visor

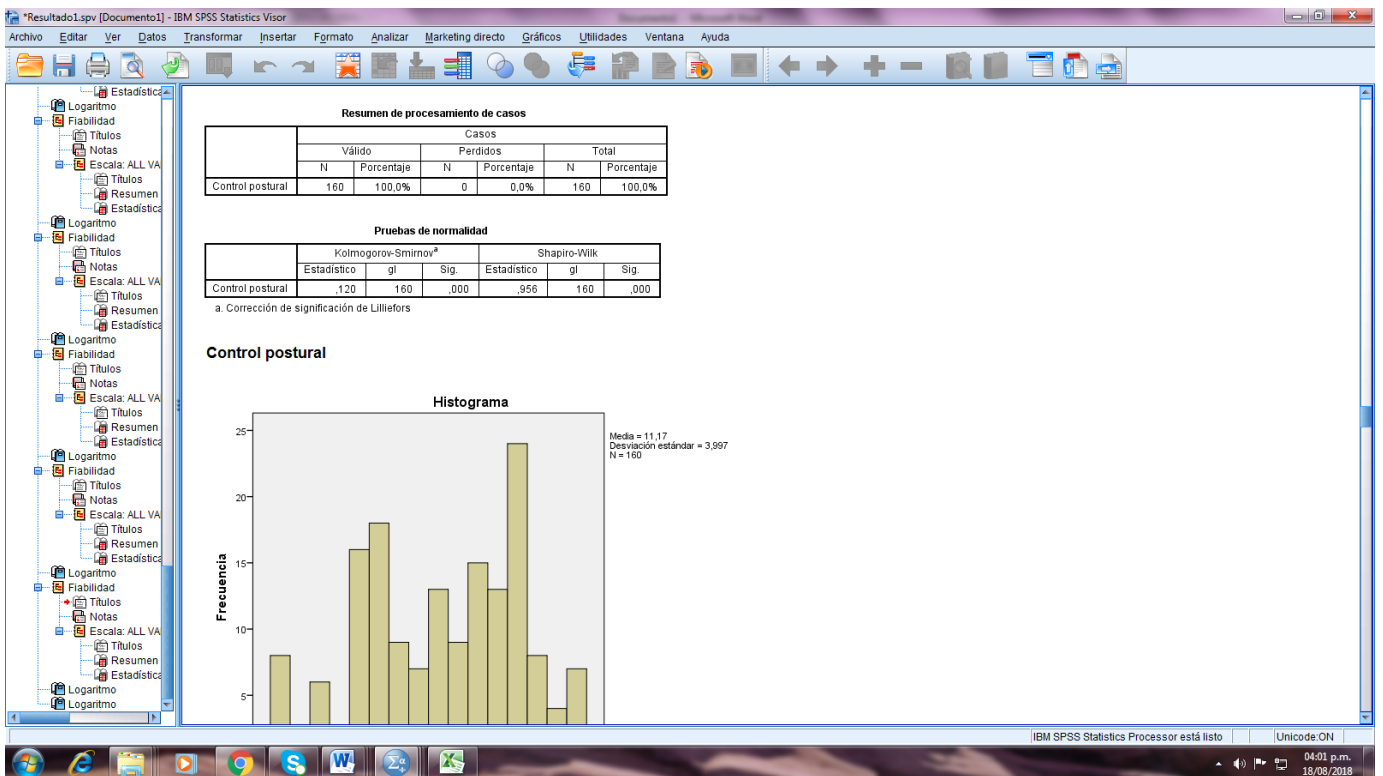
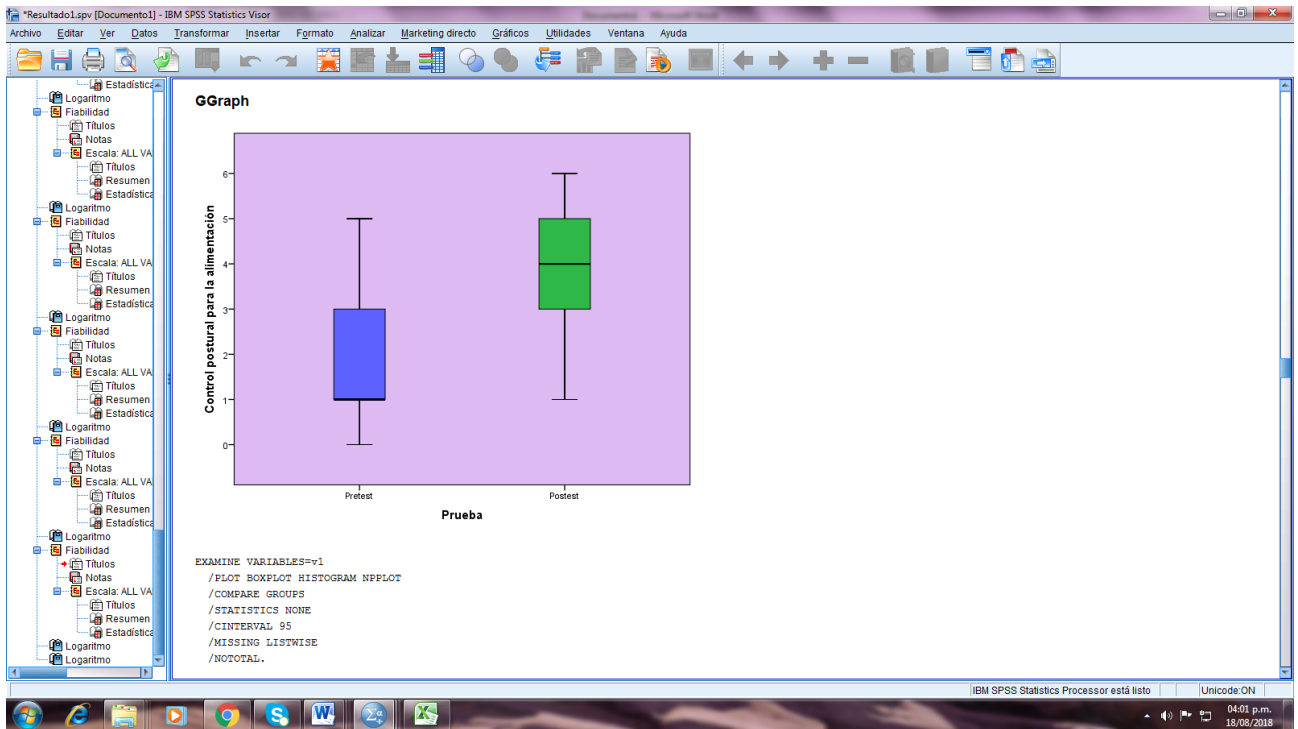
Archivo Editar Ver Datos Transformar Insertar Formato Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

**Gráfico**

\* Generador de gráficos.

GGRAPH  
 /GRAPHDATASET NAME="graphdataset" VARIABLES=VAR00010 d3 MISSING=LIST  
 TWIS REFORMISSING=NO  
 /GRAPHSPEC SOURCE=INLINE.  
 BEGIN GPL  
 SOURCE: s=userSource(id("graphdataset"))  
 DATA: VAR00010=col(source(s), name("VAR00010"), unit.category())  
 DATA: d3=col(source(s), name("d3"), unit.category())  
 DATA: id=col(source(s), name("CASENUM"), unit.category())  
 GUIDE: axis(dim(1), label("Prueba"))  
 GUIDE: axis(dim(2), label("Control postural para la alimentación"))  
 SCALE: cat(dim(1), include("1", "2"))  
 ELEMENT: schema(position(bin.quantile.letter(VAR00010\*d3)), label(i  
 d))

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON





IBM SPSS Statistics Processor está listo | Unicode: ON | 04:01 p.m. 13/08/2018

IBM SPSS Statistics Visor

Archivo Editar Ver Datos Transformar Insertar Formato Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

[Conjunto\_de\_datos1]

### Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo

Rangos		N	Rango promedio	Suma de rangos
Postest - Pretest	Rangos negativos	0 <sup>a</sup>	,00	,00
	Rangos positivos	80 <sup>b</sup>	40,50	3240,00
	Empates	0 <sup>c</sup>		
	Total	80		

a. Postest < Pretest  
b. Postest > Pretest  
c. Postest = Pretest

### Estadísticos de prueba<sup>a</sup>

	Postest - Pretest
Z	-7,793 <sup>b</sup>
Sig. asintótica (bilateral)	,000

a. Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo  
b. Se basa en rangos negativos.

NEAR TESTS  
/WILCOXON=VAR00005 WITH VAR00009 (PAIRED)  
/MISSING ANALYSIS.

### Pruebas NPar

### Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo

Rangos

IBM SPSS Statistics Processor está listo | Unicode: ON | 04:01 p.m. 13/08/2018

IBM SPSS Statistics Visor

Archivo Editar Ver Datos Transformar Insertar Formato Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

b. Se basa en rangos negativos.

NEAR TESTS  
/WILCOXON=VAR00005 WITH VAR00009 (PAIRED)  
/MISSING ANALYSIS.

### Pruebas NPar

### Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo

Rangos		N	Rango promedio	Suma de rangos
Postest - Pretest	Rangos negativos	0 <sup>a</sup>	,00	,00
	Rangos positivos	80 <sup>b</sup>	40,50	3240,00
	Empates	0 <sup>c</sup>		
	Total	80		

a. Postest < Pretest  
b. Postest > Pretest  
c. Postest = Pretest

### Estadísticos de prueba<sup>a</sup>

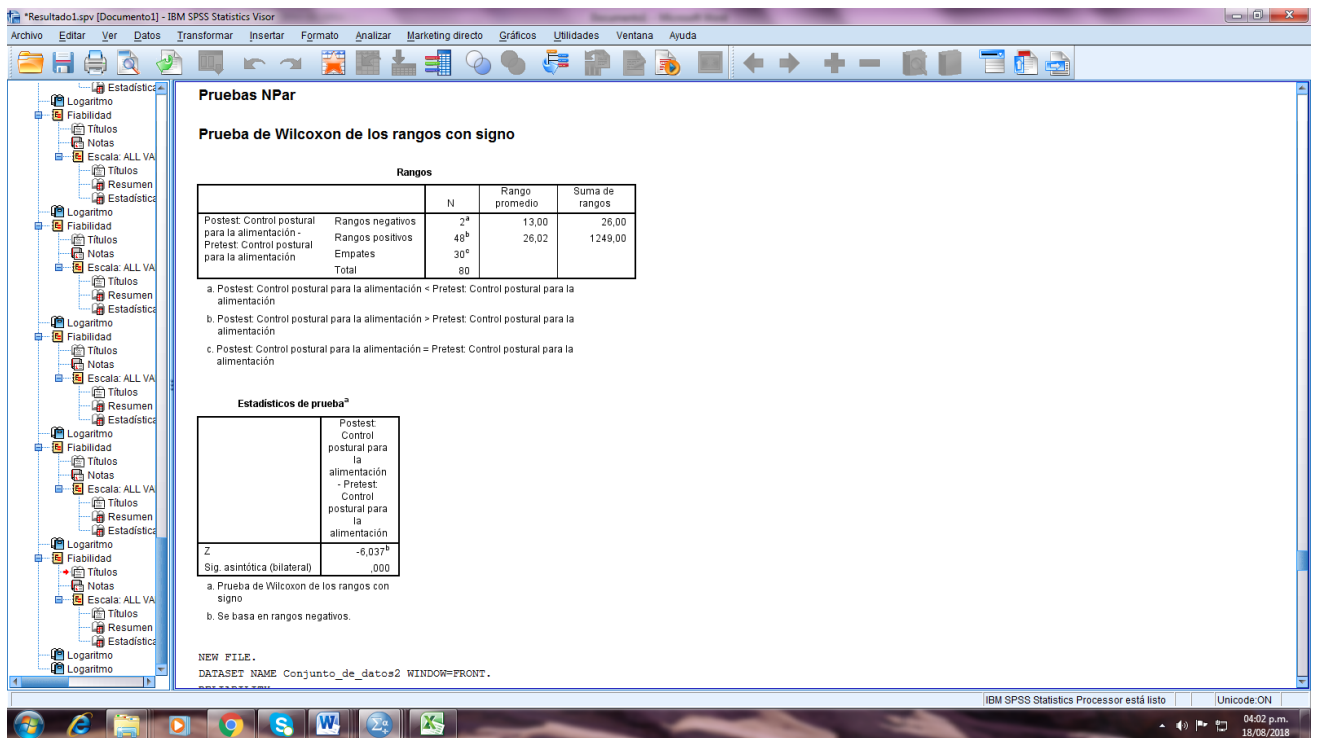
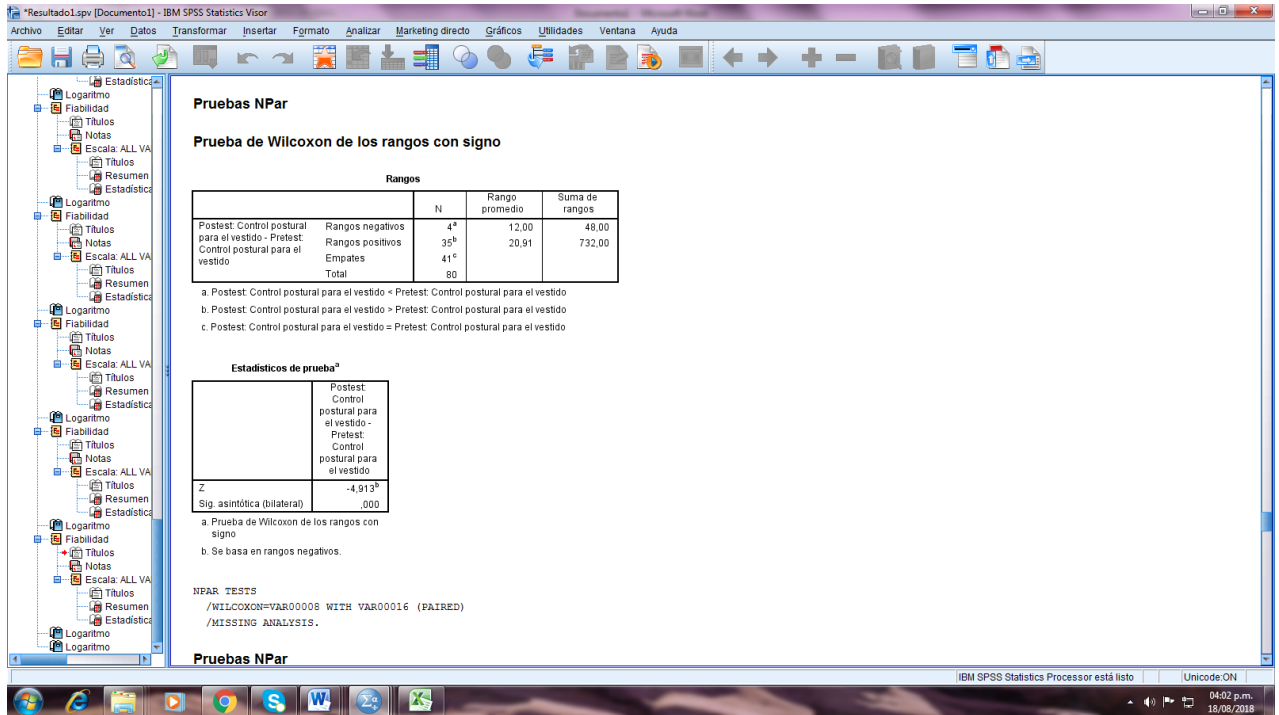
	Postest - Pretest
Z	-7,811 <sup>b</sup>
Sig. asintótica (bilateral)	,000

a. Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo  
b. Se basa en rangos negativos.

NEAR TESTS  
/WILCOXON=VAR00005 WITH VAR00013 (PAIRED)  
/MISSING ANALYSIS.

IBM SPSS Statistics Processor está listo | Unicode: ON | 04:01 p.m. 13/08/2018





## Anexo 7. Artículo Científico

### 1. TÍTULO

Programa educativo "Petite" en el conocimiento de las madres en el control postural del niño con parálisis cerebral en una clínica privada de Lima.

### 2. AUTOR (A, ES, AS)

Acevedo Chinchá, Gabriel

[tfgabrielacevedo@gmail.com](mailto:tfgabrielacevedo@gmail.com)

Clínica Privada. Lima-Perú

### 3. RESUMEN

El objetivo ha sido determinar el efecto del programa educativo "Petite" en el conocimiento del control postural en madres de niños con parálisis cerebral en una clínica privada de Lima.

Se realizó una investigación aplicada y según el nivel fue explicativo. El enfoque fue cuantitativo, utilizando un diseño pre-experimental.

Los resultados fueron que el 8,8% de las madres tienen conocimientos muy altos en el control postural del niño con parálisis cerebral. Se realizaron pre test para medir los conocimientos, resultando el 83,8% con conocimientos bajos y en el post test 52,5% con conocimientos altos en el control postural del niño con parálisis cerebral. El 87,5% de las madres adquirió conocimientos bajos en la dimensión Control postural para la higiene, después del programa se obtuvo que el 36,3% tiene conocimientos altos y el 20% tiene conocimientos muy altos en esta dimensión. En la dimensión Control postural para el Vestido se determinó que el 72,5% de las madres adquirió conocimientos bajos antes del programa, después las madres alcanzaron que el 26,3% tuvo conocimientos altos y el 5% tuvo conocimientos muy altos. En la dimensión Control postural para la alimentación el 83,8% de las madres obtuvieron conocimientos bajos antes de la inclusión en el programa educativo, luego de la ejecución del programa se logró conseguir que el 18,8% de las madres tuvieran conocimientos altos, el 16,3% de las madres tuvieron conocimientos muy altos.

Las conclusiones fueron que en la medida que se ofrezca programa educativo "Petite, mejorará el nivel de conocimiento de las madres sobre el control postural de los niños con parálisis cerebral.

#### **4. PALABRAS CLAVE**

Programa educativo "Petite", nivel de conocimiento sobre control postural, control postural para la higiene, control postural para el vestido, control postural para la alimentación

#### **5. ABSTRACT**

The objective was to determine the effect of the educational program "Petite" on the knowledge of postural control in mothers of children with cerebral palsy in a private clinic in Lima.

An applied research was carried out and according to the level it was explanatory. The approach was quantitative, using a pre-experimental design.

The results were that 8.8% of the mothers have very high knowledge in the postural control of the child with cerebral palsy. Pretesting was done to measure knowledge, resulting 83.8% with low knowledge and in the 52.5% posttest with high knowledge in the postural control of the child with cerebral palsy. 87.5% of mothers acquired low knowledge in the postural control dimension for hygiene, after the program it was obtained that 36.3% have high knowledge and 20% have very high knowledge in this dimension. In the dimension Postural Control for the Dress it was determined that 72.5% of the mothers acquired low knowledge before the program, after the mothers reached that 26.3% had high knowledge and 5% had very high knowledge. In the dimension Postural control for food 83.8% of mothers obtained low knowledge before inclusion in the educational program, after the execution of the program was achieved that 18.8% of mothers had high knowledge, 16.3% of mothers had very high knowledge.

The conclusions were that as long as the educational program "Petite" is offered, the level of knowledge of mothers about the postural control of children with cerebral palsy will improve.

## 6. KEYWORDS

Educational program "Petite", level of knowledge about postural control, postural control for hygiene, postural control for clothing, postural control for food.

## 7. INTRODUCCIÓN

La atención en la clínica privada es a niños y adolescentes con deficiencias motoras, sensoriales y cognitivas. Las atenciones ambulatorias que se ofrecen son fisioterapia, terapia ocupacional y terapia lenguaje. Los niños atendidos son programados entre tres a cuatro meses a razón de 2 a 3 sesiones semanales de media hora. Al finalizar la programación de rehabilitación los menores deben acudir a una cita con el médico rehabilitador tratante y ser reprogramados para las siguientes sesiones, que serán entre los siguientes dos o tres meses. Durante este tiempo los menores están en sus domicilios, asisten a otras terapias en otros establecimientos de salud o son atendidos por otros profesionales en sus propios hogares. Los niños que no puedan asistir a otras terapias generalmente es porque los padres no cuentan con los medios económicos para poder llevarlos a otros establecimientos.

El problema que se suscita por no poder asistir a otros centros de rehabilitación por motivos económicos, familiares y sociales es que hay una disminución en el progreso que se obtuvo, asimismo las madres desconocen las estrategias del control postural de los menores con parálisis cerebral, de tal forma que cuando los pacientes dejan de asistir a las terapias, adquieren alteraciones de la postura y movimiento. No existe una gestión para la educación de las madres en torno al cuidado del menor con parálisis cerebral en el hogar, tanto para actividades de control postural de la higiene, control postural del vestido como para el control postural en la alimentación. Todo esto nos formula el planteamiento del problema y este es ¿Cuál es el efecto del programa educativo Petite en el nivel de conocimiento sobre el control postural, en madres de niños con parálisis cerebral, en una clínica privada de Lima, 2018? Para dar respuesta al problema, se ha planteado el siguiente objetivo general: Determinar el efecto del programa educativo "Petite" en el nivel de conocimiento del control postural, en madres de niños con parálisis cerebral, en una clínica privada de Lima, 2018. Y para poder conseguir el objetivo general se ha planteado los siguientes objetivos específicos

se quiere: Determinar el efecto del programa educativo Petite en el nivel de conocimiento del control postural para la higiene, en madres de niños con parálisis cerebral, en una clínica privada de Lima, 2018. Así mismo se pretende Determinar el efecto del programa educativo Petite en el nivel de conocimiento del control postural para el vestido, en madres de niños con parálisis cerebral, en una clínica privada de Lima, 2018. Y por último Determinar el efecto del programa educativo Petite en el nivel de conocimiento del control postural para la alimentación, en madres de niños con parálisis cerebral, en una clínica privada de Lima, 2018.

La justificación del problema radica en que es la primera vez que se realiza este tipo de investigación en la clínica privada, permitiendo que se realice continuamente el programa educativo, brindando capacitación permanente a las madres favoreciendo el empoderamiento de ellas a través del conocimiento. Así mismo estos estudios fueron ejecutados a nivel internacional encontrándose niveles de insatisfacción significativos, que si este fuera el caso la clínica privada podría identificar los puntos críticos, reexaminar los procesos, mejorar e indagar nuevas estrategias y poder encontrar soluciones a los problemas en busca de mejores conocimientos de las madres en el cuidado de los menores con parálisis cerebral. Por último es la primera vez que se realiza una investigación cuantitativa de tipo pre experimental para la realización de este estudio en la clínica privada.

El Programa Educativo es una herramienta de aprendizaje con estrategias didácticas que instruye a una comunidad determinada, proponiendo contenidos para estimular cambios en la conducta de la comunidad frente a situaciones que afectan la salud.

Para Castilla (2016) la charla educativa es “el instrumento más empleado por los profesionales de la salud para enfocarse hacia los grupos” siendo estas ventajosas por ser económicas, alcanza a un gran número de personas. Mientras que para Salleras (1985) la charla educativa es el “procedimiento directo de educación sanitaria más utilizado en nuestro medio para dirigirse a grupo”, como dice el autor la charla “está dirigida a profanos, y es menos protocolaria que la conferencia, por lo que permite un mayor acercamiento del

disertante con el auditorio”. Para Silva (2006, p.45) la charla educativa tiene que seguir los siguientes puntos:

La promoción de la charla educativa está dada por el mismo grupo.

El expositor es experto en el tema.

El área de exposición está en excelentes condiciones.

La duración de la charla es mínima de 30 minutos, máximo 45.

Usar un lenguaje idóneo para los asistentes. Utilizar un vocabulario apropiado para los oyentes.

La charla está estructurada de la siguiente forma:

Breve introducción para animar a los oyentes.

Descripción de ideas concretas presentadas en forma clara.

Resumen final que favorezca la discusión

El Conocimiento es conceptualizado como el acto de aprehensión de una cosa, una propiedad, un hecho; entendiéndose como aprehensión al proceso mental y no físico.

El conocimiento del control postural por parte de las madres es entender que los cuerpos están en equilibrio, ya sea en reposo, durante la ejecución de un movimiento o bajo variados estímulos. Faraldo (2010). Y para Palau (2004) el control postural es básico porque se trata del primer posicionamiento del niño frente al mundo, a la destreza del cuerpo de mantener una correcta alineación del centro de gravedad en una base determinada de forma tal los segmentos actúen de manera adecuada y global.

## **8. METODOLOGÍA**

La investigación aplicó un método hipotético - deductivo que consistió en realizar procedimientos que parten de las afirmaciones en propiedad de hipótesis y buscó falsear o rebatir tales hipótesis, coligiendo de ellas conclusiones que fueron confrontadas con la realidad. La investigación manejó un enfoque cuantitativo, consintió que el investigador maneje el diseño para examinar la



autenticidad de las hipótesis planteadas en una realidad en particular. Se utilizó un diseño pre-experimental.

La población estuvo conformada por 101 madres de niños con parálisis cerebral, siendo la muestra de 80 madres de niños con parálisis cerebral. Se utilizó un muestreo probabilístico aleatorio estratificado. El muestreo aleatorio estratificado determina los estratos que conforman la población blanca. Asegura que la muestra represente adecuadamente a la población, cuyo objetivo es conseguir una muestra muy cercana a la población.

Se les aplicó un pre test de conocimientos en control postural del niño con parálisis cerebral, a continuación, se realizaron tres talleres con charlas educativas y demostrativas; una vez finalizado los talleres se aplicó un post-test para medir el conocimiento en el control postural en los niños con parálisis cerebral. El procesamiento y análisis estadístico se realizó con el SPSS versión 23.0. para la contrastación de los resultados se aplicó la prueba estadística de rangos con signos de Wilcoxon, se consideró el nivel de significancia  $p < 0,05$ , resulta  $p = ,000$  rechazando la hipótesis nula y aceptando la hipótesis alterna.

Se toma en cuenta el respeto ético, donde se vela por la propiedad intelectual, derechos de autor, asimismo la investigación no les oculta a las madres de los niños con parálisis cerebral la naturaleza de la investigación, informándoles de posibles actos que podrían ir en perjuicio de ellas o sus menores hijos, además de que se ha guardado el anonimato y confidencialidad de las madres, evitando invadir las esferas de la privacidad. Por último, los datos consignados son reales y fieles a la naturaleza de la investigación, sin intervención del investigador.

## **9. RESULTADOS**

El instrumento que se aplicó a la presente investigación fue el cuestionario, que consistió en 20 preguntas para conseguir la información de los encuestados. Malhotra (2004, p. 280)

Se aplicó el cuestionario de “Niveles de conocimiento sobre control postural”

El cuestionario de “Niveles de conocimiento sobre control postural” tiene 3 dimensiones que son los siguientes: Control postural para la higiene, Control postural para el vestido y Control postural para la alimentación

### Validación del instrumento

A propósito de la validación del instrumento para Bernal (2010, p. 302) la validez del cuestionario está relacionado con lo que va a medir y la eficacia de ello. Habiendo señalado esto, para este estudio se ha utilizado el juicio de tres expertos para dar validez al instrumento de recolección de datos; mediante el formato “Informe de opinión de expertos del instrumento de investigación”, que considera tres aspectos de validación: Claridad, Pertinencia, y Relevancia, gracias a este proceso los expertos discurrieron que el instrumento es aplicable para medir el nivel de conocimiento sobre parálisis cerebral.

### Confiabilidad del instrumento

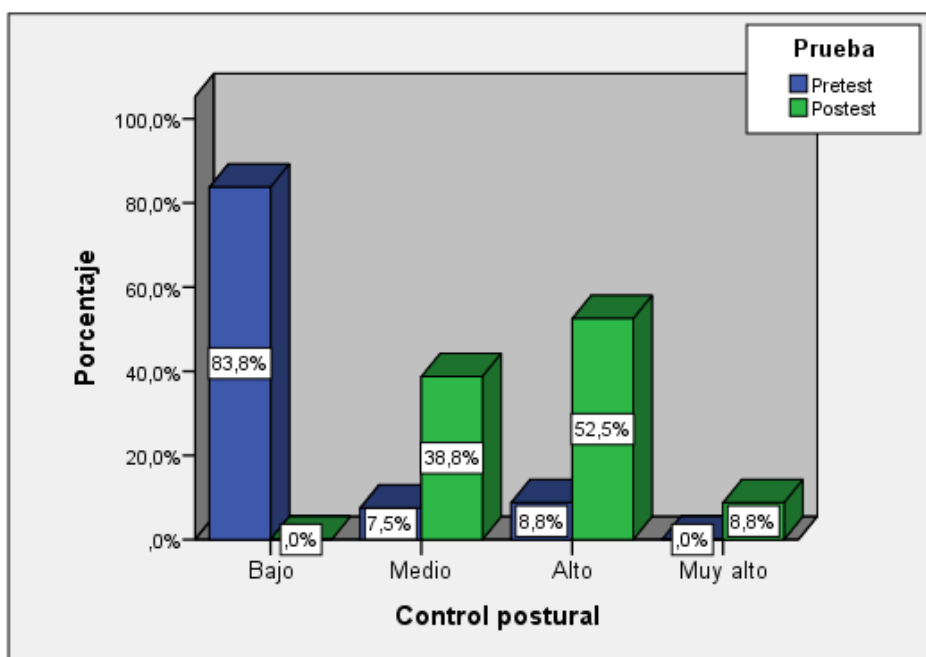
Se midió el nivel de confiabilidad del instrumento de medición, mediante la prueba de Kuder – Richardson con el propósito de establecer el nivel de homogeneidad que tienen los ítems de nuestro instrumento de medición y por poseer la escala.

En el presente trabajo de investigación se efectuó el cálculo del índice Kuder - Richardson a través del software estadístico SPSS en su versión 23.0, para lo cual previamente se realizó la prueba piloto del instrumento de 20 preguntas a 20 madres seleccionadas aleatoriamente, donde se demostró que el instrumento es confiable, con resultado de 0,726 en el coeficiente Kuder - Richardson.

Tabla 1

#### *Nivel de conocimiento sobre control postural*

Nivel		Prueba			
		Pre test		Post test	
		f	%	f	%
Muy alto	[18 - 20]	0	0,0%	7	8,8%
Alto	[14 - 17]	7	8,8%	42	52,5%
Medio	[11 - 13]	6	7,5%	31	38,8%
Bajo	[0 - 10]	67	83,8%	0	0,0%
		x = 8,09 s <sup>2</sup> = 2,994 m <sub>o</sub> = 8		x = 14,25 s <sup>2</sup> = 1,990 m <sub>o</sub> = 15	



Fuente: Tabla 1.

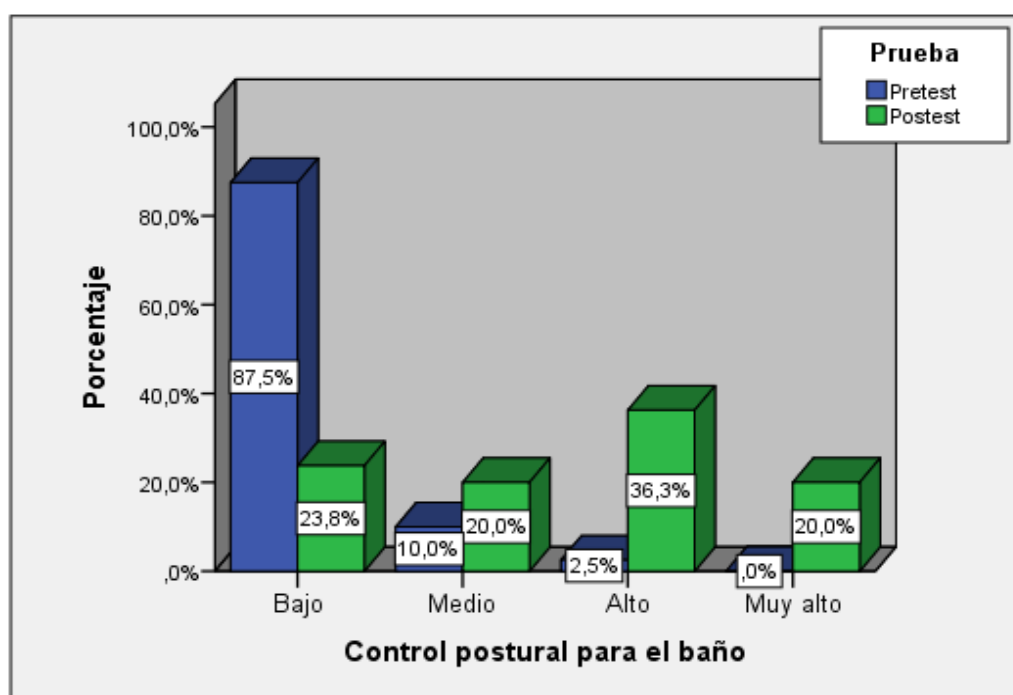
Gráfico 1. Nivel de conocimiento sobre control postural

La tabla 1 indica que: en el pre test el 83,8% (67) de las madres de niños con parálisis cerebral tienen un nivel de conocimiento bajo del control postural, seguido por un 8,8% (7) que tienen un nivel de conocimiento alto y por último un 7,5% (6) tienen un nivel de conocimiento medio. En el pos test el 52,5% (42) de las madres de niños con parálisis cerebral tienen un nivel de conocimiento alto del control postural, seguido por un 38,8% (31) que tienen un nivel de conocimiento medio y por último un 8,8% (7) tienen un nivel de conocimiento muy alto.

Tabla 2

*Nivel de conocimiento sobre control postural para la higiene*

		Prueba			
		Pre test		Post test	
Nivel		f	%	f	%
Muy alto	[ 7 ]	0	0,0%	16	20,0%
Alto	[ 6 ]	2	2,5%	29	36,3%
Medio	[ 5 ]	8	10,0%	16	20,0%
Bajo	[ 4 ]	70	87,5%	19	23,8%
		x = 3,05 s <sup>2</sup> = 1,282 <u>m<sub>o</sub></u> = 2		x = 5,50 s <sup>2</sup> = 1,114 <u>m<sub>o</sub></u> = 6	



Fuente: Tabla 2

Gráfico 2. Nivel de conocimiento sobre control postural para la higiene.

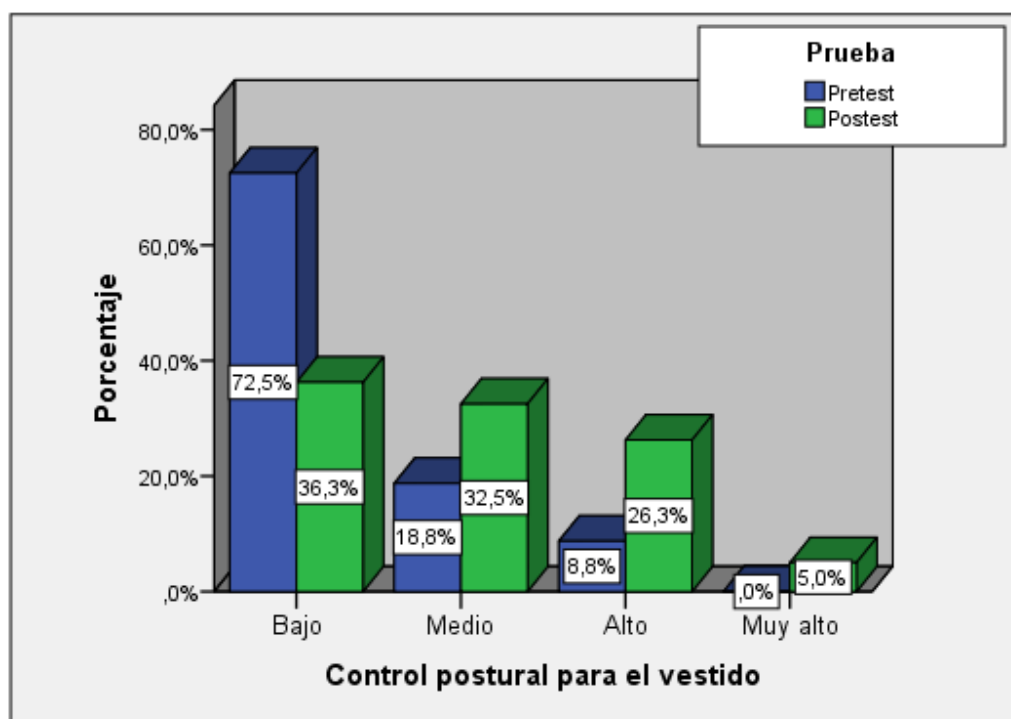
La tabla 2 indica que: en el pre test el 87,5% (70) de las madres de niños con parálisis cerebral tienen un nivel de conocimiento bajo del control postural para la higiene, seguido por un 10% (8) que tienen un nivel de conocimiento medio y por último un 2,5% (2) tienen un nivel de conocimiento alto. En el pos test el 36,3% (29) de las madres de niños con parálisis cerebral tienen un nivel de conocimiento alto del control postural para la higiene, seguido por un 23,8% (19)

que tienen un nivel de conocimiento bajo, un 20% (16) que tienen un nivel medio y por último un 20% (16) tienen un nivel de conocimiento muy alto.

Tabla 3

*Nivel de conocimiento sobre control postural para el vestido/*

Nivel		Prueba			
		Pre test		Post test	
		f	%	f	%
Muy alto	[ 7 ]	0	0,0%	4	5,0%
Alto	[ 6 ]	7	8,8%	21	26,3%
Medio	[ 5 ]	15	18,8%	26	32,5%
Bajo	[ 4 ]	58	72,5%	29	36,3%
		x = 3,15 s <sup>2</sup> = 1,654 <u>m<sub>0</sub></u> = 3		x = 4,85 s <sup>2</sup> = 1,170	
		<u>m<sub>0</sub></u> = 5			



Fuente: Tabla 3

Gráfico 3. Nivel de conocimiento sobre control postural para el vestido.

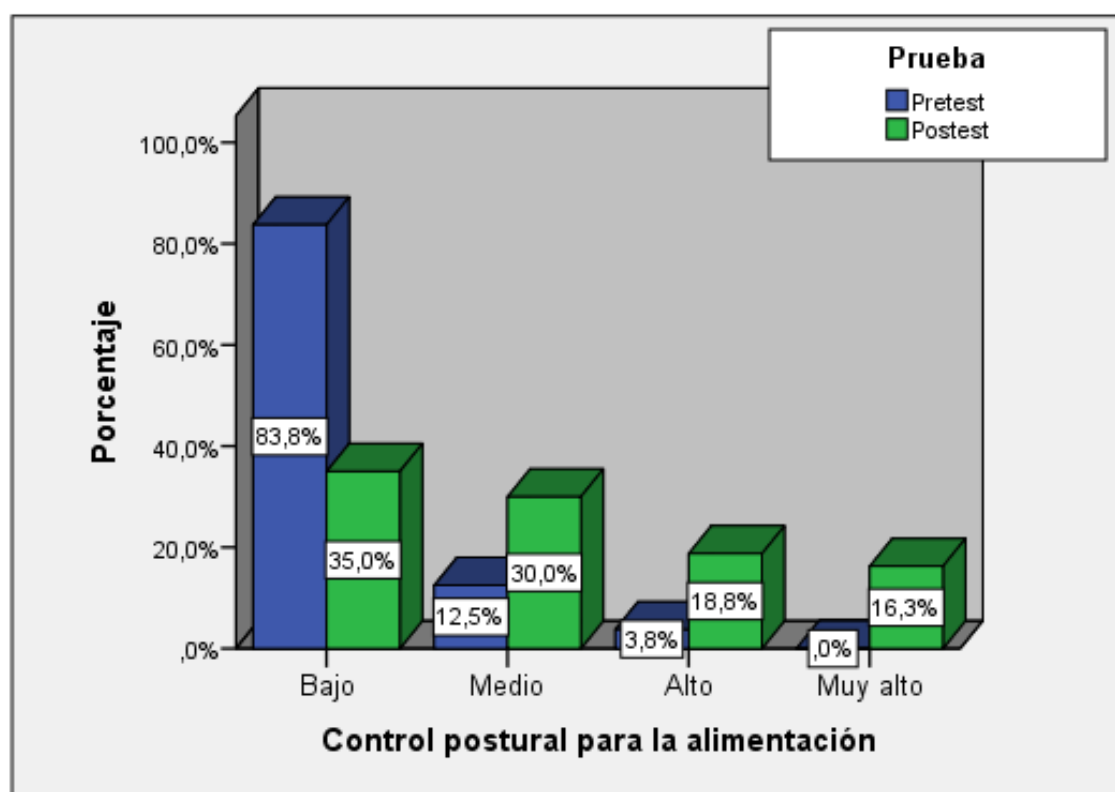
La tabla 3 indica que: en el pre test el 72,5% (58) de las madres de niños con parálisis cerebral tienen un nivel de conocimiento bajo del control postural para el vestido, seguido por un 18,8% (15) que tienen un nivel de conocimiento medio y por último un 8,8% (7) tienen un nivel de conocimiento alto. En el post test el 36,3% (29) de las madres de niños con parálisis cerebral tienen un nivel de

conocimiento bajo del control postural para el vestido, seguido por un 32,5% (26) que tienen un nivel de conocimiento medio, un 26,3% (21) que tienen un nivel alto y por último un 5% (4) tienen un nivel de conocimiento muy alto.

Tabla 4

*Nivel de conocimiento sobre control postural para la alimentación*

Nivel		Prueba			
		Pre test		Post test	
		F	%	f	%
Muy alto	[ 6 ]	0	0,0%	13	16,3%
Alto	[ 5 ]	3	3,8%	15	18,8%
Medio	[ 4 ]	10	12,5%	24	30,0%
Bajo	[ 3 ]	67	83,8%	28	35,0%
		x = 1,89 s <sup>2</sup> = 1,341 m <sub>o</sub> = 1		x = 3,90 s <sup>2</sup> = 1,455 m <sub>o</sub> = 4	



Fuente: Tabla 4

Gráfico 4. Nivel de conocimiento sobre control postural para la alimentación.

La tabla 4 indica que: en el pre test el 83,8% (67) de las madres de niños con parálisis cerebral tienen un nivel de conocimiento bajo del control postural para

la alimentación, seguido por un 12,5% (10) que tienen un nivel de conocimiento medio y por último un 3,8% (3) tienen un nivel de conocimiento alto. En el post test el 35% (28) de las madres de niños con parálisis cerebral tienen un nivel de conocimiento bajo del control postural para la alimentación, seguido por un 30% (24) que tienen un nivel de conocimiento medio, un 18,8% (15) que tienen un nivel alto y por último un 16,3% (13) tienen un nivel de conocimiento muy alto.

## **10. DISCUSIÓN**

A la luz de los resultados obtenidos en el presente estudio que han sido positivos, se encontró que el cumplimiento del objetivo general fue determinar el efecto del programa educativo “Petite” en el conocimiento del control postural en madres de niños con parálisis cerebral en una clínica privada de Lima, 2018. Asimismo, defendiendo la hipótesis general de que el Programa educativo “Petite” incrementa el nivel de conocimientos sobre el control postural en madres de niños con parálisis cerebral en una clínica privada de Lima, 2018, se ha resuelto de que este incremento es significativo y progresivo. Atribuyendo esto a la alta participación de las madres participantes del estudio y a los talleres (charlas demostrativas), que han sido de gran ayuda, contrastando esto con el estudio de Montalván Soto cuya investigación titulada La familia en las actividades de la vida diaria de los niños con parálisis cerebral infantil que asisten al centro de atención y desarrollo para los niños, las niñas y adolescentes especiales CADE de la ciudad de Loja, marzo-octubre 2013. El objetivo de su estudio fue establecer de qué manera incide la familia en las actividades de vida diaria de los niños con parálisis cerebral infantil, entre sus resultados se obtuvo que el 60% de las madres tuvieron baja participación, esto debido a que las charlas fueron de escasa ayuda. En el supuesto de que el programa educativo “Petite” no hubiera incrementado el conocimiento en las madres participantes del estudio, pudo haber sido entre una de sus posibles causas la poca o escasa eficiencia de los talleres (charlas demostrativas) La confrontación con nuestra investigación es que a las madres de los niños con parálisis cerebral se les ha brindado las herramientas para que ellas mismas puedan, en el hogar, enseñar a sus hijos, contribuir con el control postural y aprender estrategias para un mejor desempeño. Las charlas fueron claras,

precisas, puntuales y organizadas en un programa de educación en la salud no mayor a 45 minutos, donde hay interacción entre las madres y el educador, siendo esto último la fortaleza del programa.

La dimensión conocimientos del control postural para la higiene dio como resultados conocimientos bajos. Del 87,5% antes de la aplicación del programa educativo, solo el 12,5% obtuvo conocimientos desde los rangos medios hasta los rangos muy altos frente a los resultados del estudio de Pozo, que realizó la investigación Conocimientos de los padres de familia y docentes sobre los hábitos higiénico dietéticos de niños y adolescente con discapacidad intelectual en el año 2016, donde los padres tuvieron el 23% de conocimientos de hábitos higiénicos. Sin embargo, aquí solo se ha medido si los padres tienen el conocimiento mas no el nivel o rango, siendo esta una de las limitaciones del estudio de Pozo. Tras la aplicación del programa educativo "Petite" se ve incrementada el nivel de conocimientos de las madres en el control postural para la higiene hasta el 76,3% (tomando los rangos desde medio hasta muy alto), cabe hacer presente al lector que los rangos están basados en la escala vigesimal donde el nivel bajo es desde 0 hasta 10. Siendo está una debilidad de la tesis de Pozo, pues al no tener una medición de los conocimientos en ninguna escala no se puede inferir si el porcentaje de padres que saben es alto o medio.

La confrontación con el estudio de Farouk Hashem, titulado Efecto de una intervención educativa para mejorar la atención de las madres a sus hijos con parálisis cerebral tuvo como objetivo evaluar el efecto de una intervención educativa para mejorar la atención de las madres a sus hijos con parálisis cerebral frente al presente estudio cuyo objetivo general es determinar el efecto del programa educativo "Petite" en el conocimiento del control postural en madres de niños con parálisis cerebral. Ambos estudios han presentado similitudes y también diferencias propias de la temporalidad y el lugar geográfico, puntos claves que han influenciado en ambos estudios. Farouk hizo una medición antes de la aplicación del programa, otra medición inmediatamente después de la implementación del programa y a su vez una tercera medición después de un periodo de 6 meses. Entre los conocimientos insatisfactorios sobre el cuidado de los problemas asociados en sus hijos con parálisis cerebral



respecto a la masticación y deglución se obtuvo 87,7% de insatisfacción en la medición antes de la implementación del programa para luego obtener un resultado inmediato de 52,3% de insatisfacción y 06 meses después obtuvo 50,8% de conocimientos insatisfactorios sobre el cuidado de los problemas asociados; en la dimensión conocimientos del control postural para la alimentación se alcanzó el valor del 83,8% de madres que tienen conocimientos bajos en el pre test, para luego descender hasta el 35% de conocimientos bajos. La dimensión conocimientos del control postural para la alimentación tiene entre sus indicadores a la alimentación como acto motor (masticación y deglución) así que no se puede atribuir todo el descenso en los conocimientos bajos a esta dimensión.

Además, Farouk en las prácticas observadas en las madres con respecto a la atención de sus hijos indica que el 33,8% tenían prácticas observadas satisfactorias con respecto a la alimentación antes del programa, 64,6% inmediatamente al programa y el 78,5% después de 6 meses en las prácticas observadas satisfactorias.

La distribución de las prácticas informadas insatisfactorias de las madres con respecto al cuidado diario de sus hijos antes del programa fue un total de 61.5% respecto a ropa de niño (53,8%), cuidado dental (64,6%), entrenamiento de esfínteres (60%) e higiene y baño (33,8%) antes del programa. Este punto es importante señalar como una de las fortalezas del trabajo de investigación de Farouk, ya que tiene detallado cada uno de los indicadores de su estudio, confrontándolo con el presente trabajo de investigación que solo ha medido las dimensiones en total. Esto da pie a que se siga profundizando más en la investigación de los conocimientos de las madres acerca del cuidado de sus hijos con parálisis cerebral.

Los resultados fueron en ascenso constante, siendo esta la fortaleza del trabajo de Farouk Hashem frente a la presente investigación que solo se limitó a medir antes de la aplicación del programa educativo "Petite" y luego inmediatamente después. Se omitió la medición después de los 3 o 6 meses tras la ejecución del programa. Esta omisión fue debida a que no se disponía de los recursos

económicos, las madres entraron en la fase de descanso que es obligatoria en la clínica privada y el ajustado tiempo de ejecución de la presente investigación.

A pesar de la abundante literatura, se tiene muy poca referida a la atención en el hogar del niño con parálisis cerebral, incluso entre los estudios nacionales no se han reportado estudios similares a la presente investigación, siendo esto una problemática para futuros estudios. Esta investigación pretende acrecentar el bagaje literario en la rehabilitación en el hogar. De igual manera, busca fomentar el conocimiento en las madres acerca del cuidado en el hogar de los menores que padezcan de parálisis cerebral ya sea porque los padres no cuenten con los medios económicos para poder llevarlos, o porque las madres no conocen las estrategias del control postural de sus hijos con parálisis cerebral para las diferentes actividades de la vida diaria. No se ha presentado una gestión para la educación de las madres en torno al cuidado del menor con parálisis cerebral en el hogar. Frente a ello algunos trabajos presentados en el ámbito nacional tienen estructuras muy similares a la presente investigación, uno de ellos es el trabajo de Chávez titulado Efectos del programa educativo “Cuidando con amor” en el familiar acompañante sobre conocimientos del cuidado en el hogar del paciente postrado en el Hospital Loayza, los resultados de Chávez fueron que en el pre test obtuvo el 55% de las cuidadoras presentaban conocimientos bajos, luego de la aplicación del estímulo que es el programa educativo se obtuvo que el 0% tiene conocimientos bajos; la comparación al presente estudio es que la aplicación del programa educativo “Petite” también descendió el nivel de madres con bajo conocimiento desde 83,8% en el pre test hasta 0% en el post test. En ambos grupos se obtuvo el cero absoluto en los conocimientos bajos después de la aplicación del estímulo, esto debido a la practicidad, sencillez de los contenidos y motivación de las cuidadoras/madres en ambos grupos de estudios.

## **11. CONCLUSIONES**

En el pre test el 83,8% de las madres de los niños con parálisis cerebral tiene conocimientos bajos sobre el control postural, a diferencia del post test donde el 52,5% de las madres de los niños con parálisis cerebral tiene conocimientos altos sobre el control postural de sus hijos con parálisis cerebral. Demostrando

un incremento de los conocimientos después de la aplicación del programa educativo. Es decir, en la medida que se ofrezca programa educativo “Petite” relacionado control postural, mejorará el nivel de conocimiento de las madres sobre el control postural de los niños con parálisis cerebral.

El 87,5% de las madres encuestadas adquirió conocimientos bajos en la dimensión Control postural para la higiene antes de la ejecución del programa educativo y después de que las madres de los niños con parálisis cerebral fueron incluidas al programa educativo se obtuvo que el 36,3% tiene conocimientos altos en la dimensión Control postural para la higiene, el 20% tiene conocimientos muy altos y solo el 23,8% consiguió conocimientos bajos. Es decir, en la medida que se ofrezca programa educativo “Petite” relacionado control postural para la higiene, mejorará el nivel de conocimiento de las madres sobre el control postural para la higiene de los niños con parálisis cerebral

Se logró determinar que el 72,5% de las madres de los niños con parálisis cerebral adquirió conocimientos bajos en la dimensión Control postural para el Vestido antes de la ejecución del programa educativo y después que las madres fueron incluidas en dicho programa se alcanzó que el 26,3% tuvo conocimientos altos en la dimensión Control postural para el vestido, el 5% tuvo conocimientos muy altos en la dimensión Control postural para el vestido y que 36,3% obtuvo conocimientos bajos. Es decir, en la medida que se ofrezca programa educativo “Petite” relacionado control postural, mejorará el nivel de conocimiento de las madres sobre el control postural para el vestido de los niños con parálisis cerebral

El 83,8% de las madres de niños con parálisis cerebral adquirió conocimientos bajos en la dimensión Control postural para la alimentación antes de la inclusión en el programa educativo, luego de la participación de ellas en el mencionado programa se logró conseguir que el 18,8% de las madres tuvieron conocimientos altos, el 16,3% de las madres tuvieron conocimientos muy altos y el 35% obtuvo conocimientos bajos en la dimensión control postural para la alimentación. Es decir, en la medida que se ofrezca programa educativo “Petite” relacionado control postural, mejorará el nivel de conocimiento de las madres sobre el control postural para la alimentación de los niños con parálisis cerebral

## 12. REFERENCIAS

- Castilla, S., & Ruíz, J. (2005). *Lectura, Metacognición y Evaluación*. Bogotá.
- Cerdán, E. y Cruz, C. (2016). *Vivencias de madres frente al cuidado de su hijo con parálisis cerebral infantil*. Trujillo: Tesis de la Universidad Nacional de Trujillo.
- Farouk, H. (2018). *The Effect of an Educational Intervention for Improving Mothers' Care for their Children with Cerebral Palsy* (Vol. Vol. 8). Obtenido de <http://www.innovativejournal.in/index.php/ijnd/article/view/2126>
- Fracica. (1988). *Metodología de la investigación*. Administración, economía, humanidades y ciencias sociales. Bogotá: Prentice Hall, Pearson Educación.
- Hayles , E., Harvey , D., Plummer , D., & Jones , A. (2015). *Parents' Experiences of Health Care for Their Children With Cerebral Palsy*. *Qual Health Res*.
- Hernandez, R. Fernandez, C. y Baptista, P. (2014). *Fundamentos de metodología de la investigación*. México D.F.: McGraw Hill.
- alhotra, N. (2004). *Investigación de mercados: un enfoque aplicado*. México D.F.: Pearson educación.
- Martínez, B. (2016). *Sistemas de posicionamiento para el control postural en parálisis cerebral infantil*. Elche: Tesis de la Universidad Miguel Hernández.
- Mazariegos, A. (2015). *Familias con niños deficientes y el tipo de educación que reciben*. Lima: *Revista cuerpo y salud mental*.
- Montalván. (2013). *La familia en las actividades de la vida diaria de los niños con parálisis cerebral infantil, que asisten al centro de atención y desarrollo para los niños, niñas y adolescentes especiales "C.A.D.E", de la ciudad de Loja*. Loja, Ecuador: universidad nacional de Loja área de la educación, el arte y la comunicación.
- Palau. (2004). *Guía de Orientación de Corrección postural, prevención de la inmovilidad y fomento de la actividad física En personas mayores con demencia* (1º ed.). Madrid.

Pozo, L. A. (2016). Conocimiento de los padres de familia y docentes sobre los hábitos higiénico -dietéticos de niños y adolescentes con discapacidad intelectual en el instituto fiscal de educación especial . Quito: universidad central del ecuador facultad de odontología carrera de odontología.

Quispe, G. B. (2017). Conocimientos y prácticas de autocuidados del paciente posoperado de catarata en el instituto nacional de oftalmología. Lima, Perú: UPCH. Obtenido de

[http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/959/Conocimientos\\_Quispe%20Lazo%2C%20Graciela.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/959/Conocimientos_Quispe%20Lazo%2C%20Graciela.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Salleras, L. (1985). Educación Sanitaria. (1º ed.). Madrid, España: Editorial Ediciones Diaz de Santos.



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación (CRAI)  
"César Acuña Peralta"

## FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DE LAS TESIS

### 1. DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres: (solo los datos del que autoriza)

..... *Acuedo Chíncha Gabriel* .....  
 D.N.I. : *411438136* .....  
 Domicilio : *Jr. In. Eleboros N°125 Urb. San Silvestre* .....  
 Teléfono : Fijo : *6058597* Móvil *997910408* .....  
 E-mail : *t.f.gabriela.cuevedo@gmail.com* ..... *SJL-Lima*

### 2. IDENTIFICACIÓN DE LA TESIS

Modalidad:

Tesis de Pregrado

Facultad : .....  
 Escuela : .....  
 Carrera : .....  
 Título : .....

Tesis de Post Grado

Maestría

Grado : *Maestría* .....  
 Mención : *Gestión de los Servicios de la Salud* .....

Doctorado

### 3. DATOS DE LA TESIS

Autor (es) Apellidos y Nombres:

..... *Acuedo Chíncha, Gabriel* .....  
 .....  
 .....

Título de la tesis:

..... *Programa educativo "Petite" en el conocimiento de las* .....  
*madres en el control postural del niño con parálisis cere-* .....  
*bral en una clínica privada de Lima.* .....  
 Año de publicación : *2018* .....

### 4. AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE LA TESIS EN VERSIÓN ELECTRÓNICA:

A través del presente documento, autorizo a la Biblioteca UCV-Lima Norte,  
a publicar en texto completo mi tesis.

Firma : *GAACH* .....

Fecha: *27-10-18* .....



# UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

## AUTORIZACIÓN DE LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

CONSTE POR EL PRESENTE EL VISTO BUENO QUE OTORGA EL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN DE

Escuela de Pos-Grado

A LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA:

Gabriel Acevedo Chíncha

INFORME TITULADO:

Programa Educativo "Petite" en el conocimiento  
de las madres en el control postnatal del niño con parálisis  
cerebral en una clínica privada de Lima.

PARA OBTENER EL TÍTULO O GRADO DE:

Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud

SUSTENTADO EN FECHA: 28-08-2018

NOTA O MENCIÓN: \_\_\_\_\_

  
FIRMA DEL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN

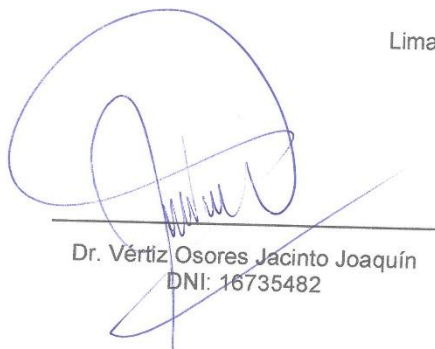


### ACTA DE APROBACIÓN DE ORIGINALIDAD DE TESIS

Yo, Dr. Vertiz Osores Jacinto Joaquín, docente de la Escuela de Postgrado de la UCV y revisor del trabajo académico titulado **“Programa educativo “Petite” en el conocimiento de las madres en el control postural del niño con parálisis cerebral en una clínica privada de Lima”**; del estudiante **Acevedo Chinchá Gabriel**; y habiendo sido capacitado e instruido en el uso de la herramienta Turnitin, he constatado lo siguiente:

Que el citado trabajo académico tiene un índice de similitud constato 24% verificable en el reporte de originalidad del programa turnitin, grado de coincidencia mínimo que convierte el trabajo en aceptable y no constituye plagio, en tanto cumple con todas las normas del uso de citas y referencias establecidas por la universidad César Vallejo.

Lima, 18 de agosto de 2018



Dr. Vertiz Osores Jacinto Joaquín  
DNI: 16735482



Feedback Studio - Google Chrome

Es seguro | <https://ev.turmitn.com/app/carta/es/?s=1&lang=es&io=931011071&u=16436167546;os=103>

feedback studio

Tesis Maestría 2da entrega

**ESCUELA DE POSGRADO**  
UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO

**Programa educativo "Petite" en el conocimiento de las madres en el control postural del niño con parálisis cerebral en una clínica privada de Lima.**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:**  
Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud

**AUTOR:**  
Br. Acevedo Chincha, Gabriel

**ASESOR:**  
Dr. Joaquin Vertiz

Filtros y configuración

Filtros

- Excluir citas
- Excluir bibliografía
- Excluir fuentes que tengan menos de:  palabras
- No excluir por tamaño

Configuración opcional

- Resúmenes multicolor

Informe nuevo

Aplicar cambios

Text-only Report | High Resolution |  Activado

Página 1 de 120 | Número de palabras: 25281

10:45 16/09/2018