



Tesis de Grado

*“CONOCIMIENTO DE UNA CORRECTA
POSTURA SEDENTE Y TRANSFERENCIA
EN NIÑOS CON PARÁLISIS CEREBRAL
EN UN CET; BENEFICIANDO TAMBIÉN
EL CUIDADO DE QUIENES LO
REALIZAN, AUXILIARES Y
TRANSPORTISTAS.”*

Universidad del Norte Santo Tomás de Aquino
Facultad de Ciencias de la Salud
Licenciatura en Terapia Ocupacional

Alumno: Medalla, Rubén Maximiliano.

Directora de Tesis: Lic. Salvatierra, María de los Ángeles.

Asesora metodológica: Dra. Aymat, Ana Carolina.

Tucumán

2017

AGRADECIMIENTO

La presente tesis va dedicada a personas muy especiales, que siempre estuvieron a mi lado apoyándome y dando lo mejor de sí para que siga formándome y creciendo académicamente. Y aquellas personas que me apoyaron y ayudaron en este camino a la Licenciatura de Terapia Ocupacional.

Por ello, quiero expresar mi profundo agradecimiento a:

En primer lugar, a mi familia, padres (Ana y Rubén), hermanas (Andrea y Milagros) y mi novia (Constanza), por proporcionar la mejor educación, enseñar que, con el esfuerzo, el trabajo y la constancia todo se logra, y confiar en mis decisiones. Ustedes cinco son el mejor regalo y mayor tesoro que la vida me ha podido dar.

A mis amigos de la vida, que me alentaron cada año y supieron entender lo que significa para mí esta hermosa profesión.

A los compañeros de facultad, que en sus años ganaron un gran aprecio de mí parte. Aprendí de ellos a realizar cada paso, con un gran compromiso de ser un Terapeuta Ocupacional y dar lo máximo como lo dio ella, que está mirándonos a todos desde el cielo y nunca la olvidaremos.

A todos los profesores de la carrera, en especial a quienes han dirigido esta tesis; mi directora (Lic. Salvatierra, María de los Ángeles) y mi asesora metodológica (Dra. Aymat, Ana Carolina), sin ella esta investigación no hubiera sido posible, por su dedicación y entrega inestimable.

Para concluir agradecer a la institución que fue estudio de esta tesis (CETCO) y a cada uno de los profesionales que trabajan en ella, quienes me apoyaron y colaboraron para poder culminar con mi investigación de campo.

“El que da, no debe volver a acordarse; pero el que recibe nunca debe olvidar” (M. J.)

GRACIAS A TODOS

Índice

Introducción.....pág. 4 a 7

Capítulo I

Planteamiento del problema.....pág. 8
Objetivos.....pág. 9
Interrogantes.....pág. 10
Justificación.....pág. 11

Capítulo II

Antecedentes.....pág. 12 a 17

Capítulo III

Marco teórico.....pág. 18 a 32

Capítulo IV

Metodología.....pág. 33 a 41

Capítulo V

Resultados.....pág. 42 a 52

Capítulo VI

Conclusión, discusión.....pág. 53 a 57
y propuesta

Capítulo VII

Biografía.....pág. 58 a 60

Anexos.....pág. 61 a 87

INTRODUCCIÓN

Este trabajo de investigación, surge luego de la experiencia vivida en el cursado de mis prácticas en un Centro Educativo Terapéutico.

En la provincia de Tucumán, existen varios Centros Educativos Terapéuticos (CET), según la resolución 1328/2006 del Ministerio de Salud de la República Argentina:

Se entiende por Centro Educativo Terapéutico, a aquel que tiene por objetivo la incorporación de conocimientos y aprendizajes a través de enfoques, metodologías y técnicas de carácter terapéutico. El mismo está dirigido a personas con discapacidad que presenten restricciones importantes en la capacidad de autovalimiento, higiene personal, manejo de entorno, relación interpersonal, comunicación, cognición y aprendizaje.

Este tipo de servicio cuenta con un equipo profesional y docentes que trabajan en forma simultánea y coordinadamente para lograr el mayor beneficio posible en cada niño. Además, un CET no funcionaría sin el personal administrativo, auxiliares y transportistas. Estos dos últimos, a través de las prácticas, se pudo observar la virtuosa relación que poseen con los niños que asisten al centro, debido a sus funciones respectivamente.

La principal función del auxiliar, es la tarea sanitaria rutinaria (higiene personal), como así también crear un ámbito agradable y de confianza con el niño que asiste, y una estrecha relación con las familias, docentes y equipo profesional. Es importante aclarar que los auxiliares que trabajan en el Centro Educativo Terapéutico Concepción (CETCO) son enfermeros. En cuanto al transportista, consiste en la movilidad del niño, desde su casa hasta al centro educativo y del centro educativo a su hogar, y al igual que el auxiliar, su relación con el chico, la familia, docentes y profesionales. Se percibe que tanto los auxiliares como transportistas, requiere para sus tareas transferir y posturar al niño en su silla de ruedas, lo que implica una gran fatiga a nivel físico, en el caso de los auxiliares transferir al niño desde su silla de ruedas a la camilla y viceversa, como los transportistas que transfieren desde sus autos a los niños hacia sus sillas de ruedas y viceversa.

Estos centros tal como nombra el Ministerio de Salud, asisten niños con Parálisis Cerebral, unas de las causas más frecuente de discapacidad motora en la edad pediátrica y el principal motivo de discapacidad física grave. Es un trastorno que aparece en la primera infancia y persiste toda la vida, y su prevalencia en países desarrollados se estima en 2-2,5 casos por cada 1.000 recién nacidos vivos (Salas, A. C; Alonso, C. R.; De la Cruz, J. B.; De las Heras, R. S.; Beato, F. M. 2007).

La parálisis cerebral (PC) se define como un “trastorno del movimiento y de la postura a un defecto o lesión del cerebro inmaduro” (Bax, 1964). La lesión cerebral no es progresiva y causa un deterioro variable de la coordinación de la acción muscular, con la resultante incapacidad del niño para mantener posturas normales y realizar movimientos normales. Este impedimento motor central se asocia con frecuencia con afectación del lenguaje, de la visión y de la audición, con diferentes tipos de alteraciones de la percepción, cierto grado de retardo mental y/o epilepsia. En la PC, se establece distintas clasificaciones basándose; según donde se localicé la lesión cerebral (Espástico, Atetósico, Atáxico, Forma Mixta), según la distribución del trastorno neuromuscular (Hemiplejia, Cuadriplejia, Paraplejia, Monoplejía, Triplejía, Hemiparesia Faciobraquial Crural) y según el tono muscular (Isotónico, Hipertónico, Hipotónico, Fluctuante). Tanto su definición, como sus características, son desarrolladas en mayor medida en el marco teórico.

Desde los principios fundamentales básicos, el objetivo de la Terapia Ocupacional es lograr el mayor grado de independencia posible, en las actividades de la vida diaria (AVD). Para que sea posible que el niño con PC se desempeñe en forma independiente en las AVD, es preciso que adopte una correcta postura en sedestación, con un tronco erguido, y equilibrado en forma simétrica sobre la pelvis, como así también una correcta transferencia, en la cual no sea brusca, ni una mala maniobra, afectando lo trabajado por los profesionales

a niveles motor, y favorezca así a sus funciones y conduciendo a mejorar componentes cognitivos, sensoriales, motores y psicosociales.

A partir de la investigación realizada en el Centro Educativo Terapéutico Concepción, y conociendo sobre la importancia de la postura sedente y transferencia en niños con parálisis cerebral y así pueda desempeñar en lo más posible en forma independiente el niño con PC y poder en forma ergonómica, mejorar la calidad física de transportistas y auxiliares.

El estudio se plantea saber, y desde la Terapia Ocupacional poder intervenir, en el conocimiento sobre dicha postura y transferencia de tales niños en el personal que lo asiste, como así también la importancia en el cuidado físico de auxiliares y transportista.

Capítulo I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1. Objetivos

1.1 General

- Indagar que conocimiento poseen transportistas y auxiliares, en cuanto a postura sedente y transferencia de los niños con parálisis cerebral, que asisten al Centro Educativo Terapéutico Concepción (CETCO) en el año 2016.
- Indagar el nivel de exigencia física que poseen transportistas y auxiliares a la hora de transferir a los niños con parálisis cerebral, que asisten al Centro Educativo Terapéutico Concepción (CETCO) en el año 2016.

1.2 Específicos

- Conocer que cantidad de niños con PC transfiere cada transportista.
- Conocer que cantidad de niños con PC transfiere cada auxiliar.

2. Interrogantes

- ¿Qué conocimiento poseen transportista y auxiliares, en postura sedente y transferencia de los niños con parálisis cerebral, que asisten al Centro Educativo Terapéutico Concepción (CETCO) en el año 2016?
- ¿Qué nivel de exigencia física poseen transportistas y auxiliares a la hora de transferir a los niños con parálisis cerebral, que asisten al Centro Educativo Terapéutico Concepción (CETCO) en el año 2016?
- ¿Cuál es la cantidad de niños con PC transfiere cada transportista?
- ¿Cuál es la cantidad de niños con Pc transfiere cada auxiliar?

3. Justificación

Es conveniente llevar a cabo esta investigación y describir el conocimiento en parálisis cerebral, como así también el nivel de exigencia física, por parte de auxiliares y transportistas que trabajan en el Centro Educativo Terapéutico Concepción. Debido a las horas que pasan los concurrentes con parálisis cerebral, ya sea en el trayecto con los transportistas, como el horario dentro de la institución de 8 hs. a 15 hs., en la cual son asistidos, para su cuidado en la higiene personal por los auxiliares. Esta tesis estima poder enmendar cuidado físico y evitar fatigas, también optimizar transferencias y postura sedente de los niños, favoreciéndolos en todos los aspectos posibles, funcional y emocional del niño.

Además, este estudio podrá resolver implicancias prácticas, que profesionales tratan día a día, a través de metodologías y actividades, con el objeto de lograr una mayor independencia, participación y calidad de vida para los niños con PC.

Capítulo II

ANTECEDENTES

Del Pazo, Carolina, Marconi, M.F.; *¿Cómo interviene el control postural en la coordinación óculo-manual en niños con Parálisis Cerebral?* Universidad Abierta Iberoamericana, Facultad de Medicina, Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría. 2004. Rosario, Santa Fe.

Estudio sobre las consecuencias de como interviene el control postural en la coordinación óculo-manual en niños con parálisis cerebral. Identifica que la postura alineada mediante un correcto control postural desde la posición sedente posibilita un efectivo desarrollo de la coordinación óculo-manual. Por otro parte, analiza que la posición en sedestación lograda mediante una postura alineada posibilita al niño una mejor exploración de estímulos y objetos provenientes del entorno, presentando así una conquista hacia la independencia del niño.

El trabajo fue realizado en diferentes establecimientos entre los que figuran:

- Policlínico San Martín
- ILAR (Instituto de Lucha Antipoliomelítico de Rosario)
- Centro de Rehabilitación Alem (San Lorenzo)
- Centro de Pedagogía y Terapéutica de la Diversidad (solo se efectuaron observaciones)

Los 8 niños investigados de edades entre 2 y 9 años con Parálisis Cerebral presentan cuadriparesia, cuyas características clínicas son diversas: espasticidad, atetosis, coreoatetosis y ataxia.

Los datos se obtuvieron a través de un seguimiento que se plantearon durante seis semanas. Se programaron actividades a través del juego con el objeto de que el niño pudiera adquirir la capacidad de aprender desde el contacto con ellos. A través del juego se lograron

diversos aprendizajes, los cuales influyeron en la capacidad motora y la coordinación óculo-manual.

El instrumento de medición que utilizaron fue un registro de progreso, el cual le permitió trazar una trayectoria evolutiva perspectiva sobre el rendimiento de cada niño, objetos de su muestra de investigación. El fin por los cuales midieron y evaluaron sus objetivos fueron dos; para establecer sus puntos de desarrollo y para evaluar el cambio relativo de un objetivo antes de llegar al próximo.

Los resultados demostraron que al optimizar los patrones de movimientos lo más normales posible, pudieron resaltar, que aumentó la cantidad de objetos manipulados, lo cual implicó mayor motivación en el niño en esa función, variabilidad en la aproximación hacia el objeto y diferentes tipos de prensión.

De Luca, M. M; *Postura y Alimentación. Estudio de caso único de niña con Parálisis Cerebral*. Universidad Abierta Iberoamericana, Facultad de Psicología y Relaciones Humanas, Licenciatura en Terapia Ocupacional. 2010. Rosario, Santa Fe.

Esta investigación tiene como objetivo, describir la influencia de la postura en el desempeño de las actividades de la vida diaria, específicamente en alimentación en niños con parálisis cerebral.

El caso se conformó por una paciente de 10 años de edad con diplejía espástica, el cual se llevó a cabo en un centro terapéutico de la ciudad de Rosario, Santa Fe.

Para realizar esta investigación, se utilizó un diseño cuasi-experimental, de pre y post test, de sujeto único (N=1), evaluándola a la niña en el desempeño de actividades de alimentación, el cual luego fue intervenido por un plan de tratamiento y finalmente se le aplicó una evaluación posterior al mismo, para que observara los cambios ocurridos. También utilizo como instrumento de recolección de datos dos evaluaciones no estandarizadas; una que correspondía a las actividades de la vida diaria, y la otra referente a postura. La cuales la aplico a inicio del tratamiento y a los diez días finalizando el mismo.

Los resultados que obtuvo, señalaron que la implementación de un plan de tratamiento dirigido a mejorar la postura en sedestación, favoreció el desempeño independiente de la niña durante su actividad en alimentación, la cual proporciono a su vez una experiencia de alimentación satisfactoria y segura.

Navarro, Romina Mariel; *Aplicación de Principios Ergonómicas en el trabajo administrativo con computadoras para prevenir lesiones musculoesqueletico*. Universidad del Norte Santo Tomas de Aquino, Facultad de Ciencia de la Salud, Licenciatura en Terapia Ocupacional. 2015. San Miguel de Tucumán, Tucumán.

Esta Tesis trata sobre el trabajo, la principal ocupación del hombre, demanda la mayor parte de su día. Éste es un medio por el cual controla y equilibra su vida, tanto en lo que respecta a la economía como a la realización personal. Por ello, la consideración de un diseño ergonómico y la estructura de cualquier tarea de trabajo, son básicas para las posturas de trabajo requeridas. Las aplicaciones de la ergonomía en Terapia Ocupacional, son importantes porque permiten la evaluación y adaptación de los ambientes de trabajo, con el objetivo de evitar la disfunción ocupacional. Este estudio se llevó a cabo en la oficina de avisos clasificados, de un diario de San Miguel de Tucumán, durante el mes de mayo del año 2015, donde el trabajo se realiza exclusivamente con computadoras.

El objetivo en este antecedente es describir y analizar los Desórdenes por Trauma Acumulativo (en adelante, DTA) y los Principios Ergonómicos del espacio de trabajo de los trabajadores del sector de avisos clasificados de un diario de la provincia de Tucumán, San Miguel de Tucumán, 2015.

El instrumento de materiales y medición alude a un estudio descriptivo, transversal. Se administró una encuesta estructurada auto-gestionada a los trabajadores que concurren a la oficina de avisos clasificados; una grilla de observación del puesto de trabajo y una grilla de observación del trabajador.

Los resultados obtenidos mostraron que el 75% de los trabajadores presenta leve desorden por trauma acumulativo, de los cuales, el 62,5% se encuentra localizado en la zona cervical. En cuanto a los puestos de trabajo, se demostró que hay incumplimiento de los

principios ergonómicos y que los trabajadores, por su parte, no los utilizan correctamente, en particular aquellos relacionados con la zona cervical.

Lo que se trata de mostrar en este antecedente, en relación con el presente trabajo de investigación, es el nexo entre la ergonomía y la terapia ocupacional en el trabajo.

Capítulo III

MARCO TEÓRICO

Dada que una de las miradas centrales de esta tesis está puesta en niños con parálisis cerebral y en su postura sedente, es necesario plantear algunos parámetros que sirvan de ejes conceptuales y facilite el conocimiento al lector.

Para empezar, entenderemos el concepto de PARÁLISIS CEREBRAL, propuesta por un comité de expertos en 2005, la cual tiene dos partes:

1. Trastorno del desarrollo del tono, postura y del movimiento de carácter persistente (aunque no invariable), que condiciona una limitación en la actividad, secundario a una agresión no progresiva, a un cerebro inmaduro.

- Trastorno postura y movimiento: es decir, los pacientes con trastorno del neurodesarrollo que no afectan primariamente al movimiento o la postura, no se consideran PC (aunque condicionen un retraso motor).

- Persistente: la PC es por definición un trastorno crónico, lo que tendrá importancia en la previsión de recursos: terapéuticos, educacionales, de hábitat.

- No invariable: debido a la interacción del trastorno de los patrones motores propio de la lesión y el proceso madurativo del SN que va activando nuevas áreas y funciones, puede darse la aparición de nuevos signos (meses e incluso años después) que darán al cuadro clínico una falsa imagen de progresividad. No se produce, no obstante, pérdida de adquisiciones.

- Implica una limitación en la actividad: trastornos sutiles del tono postural o el movimiento detectables a la exploración neurológica pero que no condicionan una limitación en la actividad: no pueden incluirse dentro del término PC.

- La noción de “lesión no progresiva”: excluye del diagnóstico de PC a aquellos niños con un trastorno motor de origen cerebral secundario a enfermedades degenerativas: con implicaciones pronosticas y de consejo genético muy diferentes.

- Secundario “una lesión en un cerebro inmaduro”: debido al fenómeno de plasticidad del SN en las primeras etapas, las consecuencias de la lesión serán más “impredecibles”. No obstante, esta plasticidad en el caso de lesiones motoras se da sobre todo en lesiones focales y muy precoces (1er trimestre gestación); y en ocasiones la plasticidad tiene un precio (pues esta capacidad del cerebro para reorganizar nuevos circuitos puede condicionar circuitos aberrantes responsables de nueva patología (p. ej.: distonía de inicio tardío, epilepsia, etc.). El límite de edad para considerar un trastorno motor cerebral adquirido como PC es ambiguo (cerebro inmaduro), pero, en general, se aceptan los 2-3 primeros años de vida.

2. En esta definición, se incluye al concepto que, en la parálisis cerebral, el trastorno motor estará acompañado frecuentemente de otros trastornos (sensitivos, cognitivos, lenguaje, perceptivos, conducta, epilepsia) cuya existencia o no, condicionará de manera importante el pronóstico individual de estos niños.

Así mismo es importante conocer las causas de la misma, como su clasificación, entendiendo que parálisis cerebral puede producirse tanto en el periodo prenatal, como perinatal, o posnatal. Teniendo el límite de manifestación transcurridos los cinco primeros años de vida.

Periodo prenatal; la lesión es ocasionada durante el embarazo y pueden influir las condiciones desfavorables de la madre en gestación. Suelen ocasionar el 35 % de los casos. Los factores prenatales que se han relacionado son las infecciones maternas (sobre todo la rubeola), la radiación, la anoxia, la toxemia y la diabetes materna.

Periodo perinatal; las lesiones suelen ocurrir en el momento del parto. Ocasionalmente ocasionan el 55% de los casos y las causas más frecuentes son: anoxia, asfixia, traumatismo por fórceps, prematuridad, partos múltiples, y en general, todo parto que ocasiona sufrimiento al niño.

Periodo posnatal; la lesión es debida a enfermedades ocasionadas después del nacimiento. Corresponde a un 10% de los casos y puede ser debida a traumatismos craneales, infecciones, accidentes vasculares, accidentes anestésicos, deshidratación, etc.

Concluyendo con parálisis cerebral, su clasificación, en función del trastorno motor predominante y de la extensión de la afectación, es de utilidad para la orientación del tipo de tratamiento, así como para el pronóstico evolutivo. Se conoce otra forma de clasificación, según la gravedad de la afectación: leve, moderada, grave o profunda, o según el nivel funcional de la movilidad: nivel I-V según la GMFCS (Gross Motor Function Classification System).

Parálisis cerebral espástica; es la forma más frecuente, los niños con PC espástica forman un grupo heterogéneo:

- Tetraplejía espástica, es la forma más grave. Los pacientes presentan afectación de las cuatro extremidades. En la mayoría de estos niños el aspecto de grave daño cerebral es evidente desde los primeros meses de vida. En esta forma se encuentra una alta incidencia de malformaciones cerebrales, lesiones resultantes de infecciones intrauterinas o lesiones como la encefalomalacia multiquística.

- Diplejía espástica, los pacientes presentan afectación de predominio en las extremidades inferiores. Se relaciona especialmente con la prematuridad.

- Hemiplejía espástica, existe paresia de un hemicuerpo, casi siempre con mayor compromiso de la extremidad superior.

La etiología se supone prenatal en la mayoría de los casos. Las causas más frecuentes son lesiones cortico-subcorticales de un territorio vascular, displasias corticales o leucomalacia periventricular unilateral.

Parálisis cerebral discinética; es la forma de PC que más se relaciona con factores perinatales, hasta un 60-70% de los casos. Se caracteriza por una fluctuación y cambio brusco del tono muscular, presencia de movimientos involuntarios y persistencia de los reflejos arcaicos. En función de la sintomatología predominante, se diferencian distintas formas clínicas: a) forma coreoatetósica, (corea, atetosis, temblor); b) forma distónica, y c) forma mixta, asociada con espasticidad.

Las lesiones afectan de manera selectiva a los ganglios de la base.

Parálisis cerebral atáxica; desde el punto de vista clínico, inicialmente el síntoma predominante es la hipotonía; el síndrome cerebeloso completo con hipotonía, ataxia, disimetría e incoordinación, puede evidenciarse a partir del año de edad.

Se distinguen tres formas clínicas: diplejía atáxica, ataxia simple y el síndrome de desequilibrio. A menudo aparece en combinación con espasticidad y atetosis. Los hallazgos anatómicos son variables: hipoplasia o disgenesia del vermis, o de hemisferios cerebelosos, lesiones clásticas, imágenes sugestivas de atrofia, hipoplasia pontocerebelosa.

Parálisis cerebral hipotónica; es poco frecuente, se caracteriza por una hipotonía muscular con hiperreflexia osteotendinosa.

Parálisis cerebral mixta; es relativamente frecuente que el trastorno motor no sea “puro”. Asociaciones de ataxia y distonía, o distonía con espasticidad son las formas más comunes.

Si bien esta tesis se aboca a la postura sedente en el niño con parálisis cerebral, es importante remarcar los tipos de postura que una persona toma en el transcurso de su vida, Julio B Quiroz, citados por Del pazo, C. y Marconi, M.M (2004); define postura “como la actividad refleja del cuerpo respecto al espacio”. Entendemos por postura, a la posición que adopta nuestro cuerpo en el espacio para preparar un acto, desencadenar una secuencia de movimientos, aprender y/o comunicarse.

Cuando se mantiene una postura corporal en la que los diferentes segmentos del cuerpo se alinean adecuadamente para vencer la fuerza de gravedad sin la realización de fuertes contracciones musculares no necesarias, se hace referencia a una postura corporal correcta. No debe de olvidarse también, que la correcta postura corporal, supone así mismo, una disponibilidad para el adecuado funcionamiento de los diferentes órganos vitales protegidos, por la estructura ósea.

El cuerpo humano es un todo que debe ser entendido como algo más que la suma de sus diferentes partes. Desde esta perspectiva la evaluación postural corporal de un sujeto debería contemplar el conjunto de la cadena cinética, es decir de los pies a la cabeza.

En la vida el hombre, como se dijo anteriormente adopta distintos tipos de posturas, la cual se nombra a continuación.

Postura bípeda: Para definir mejor esta postura nos serviremos del centro de gravedad (CG) y su eje. En Bipedestación el CG se sitúa por delante de L4 y el eje que define pasa ligeramente por delante de la articulación tibioastragalina, proyectándose hasta la línea de Chopart, por delante de la rodilla y por detrás de la articulación de la cadera. Hacia arriba, pasa por delante de los cuerpos vertebrales cervicales y se proyecta hasta un punto situado entre los cóndilos del occipital y el meato auditivo. (MIRALLES MARRERO RODRIGO C. y PUIG CUNILLERA MISERICORDIA (2000) Biomecánica clínica del aparato locomotor. 1ª edición. MASSON, S.A.)



Postura decúbito: se refiere a la postura que debemos adoptar cuando nos acostamos, las más adecuadas son las siguientes (Pazos y Arangude, 2000, citado por Recio, F. J. M):

- Decúbito supino
- Decúbito Lateral
- Tres cuartos de decúbito

Postura sedente: en la postura de sedestación, (Molina, 1992, citado por Recio, F. J. M)

en la cual se debe respetar que:

- La altura de la silla debe permitir apoyar los pies en el suelo. El tablero de mesa a la altura de los codos.
- Los antebrazos quedan horizontales al suelo o hacia abajo. Respaldo con forma lumbar.
- Rodillas quedan a la altura de las caderas, o un poco debajo de la misma.
- La profundidad del asiento que permita apoyarse en el respaldo quedando en el borde anterior de la silla a unos 5 cm. de la cara posterior de la rodilla.

Abocándonos a la postura que hace hincapié esta investigación, describimos los principales objetivos de la posición y la importancia de una correcta postura sedente, la posición se da en dos niveles (De Luca, M. M; 2010) uno relacionado con consideraciones médicas y fisiológicas; y el otro con consideraciones funcionales y estilo de vida, expresados en el siguiente cuadro.

Medicas	Funcionales	Personal y del estilo de vida
Reducir la posibilidad para deformidades	Aumentar la tolerancia a las actividades	Facilitar la comunicación en la comunidad y la sociedad
Mantener la capacidad de los órganos vitales	Aumentar al máximo la independencia funcional	Facilitar el cumplimiento de los objetivos y los roles vitales
Reducir la tensión sobre tejidos blandos	Aumentar el control motor distal	Facilitar la capacidad para movilizarse
Reducir el dolor y aumentar al máximo la comodidad	Aumentar la atención y comunicación	Facilitar la productividad personal

La importancia en cualquier niño con limitaciones motrices, como en el caso de niños con parálisis cerebral, la corrección en la postura de sedestación es vital importancia. (Hospkins, S. (2005), citado por De Luca, M. M).

- Mejora la función sensitiva: (sentidos e información neuromuscular) que reciben del entorno. Es decir, perciben mejor el cómo y el dónde están, y lo que sucede alrededor. Aumentan así las habilidades visuales y perspectivas.

- Disminuye o evita el riesgo de aparición de deformidades en el sistema musculoesquelético, así como de lesiones en piel (ulceras).

- Favorece un mejor funcionamiento de los sistemas vitales, como la respiración, deglución, digestión, circulación.

- Proporciona estabilidad para aumentar el desempeño en las distintas actividades.

- Aumenta el arco activo y pasivo de movimiento para el alcance y uso de objetos.

- Favorece la interacción con el ambiente, tanto físico como humano.

- Favorece el acceso a las actividades y aprendizaje escolares, proporcionándola un medio de aprovechamiento de sus capacidades.

- Proporciona comodidad y apoyo para realizar las actividades de la vida diaria.

Estos factores influyen positivamente en el estado emocional del niño, ya que le facilita una mayor posibilidad de éxitos en las distintas actividades de la vida diaria.

En cuanto a los auxiliares y transportistas, hacemos referencia a su cuidado físico en la transferencia de los niños con parálisis cerebral que día a día realizan. Es importante definir conceptos sobre tales profesiones, como también la ergonomía, para evitar futuras lesiones.

Definición de auxiliar, que proviene del vocablo latino “auxiliaris”, auxiliar es un término que se usa para calificar a aquello que auxilia. La acción de auxiliar, por su parte consiste en brindar colaboración o algún tipo de asistencia.

En un centro educativo terapéutico, las funciones son limitadas y se reducen al cuidado del cuerpo (traslado, alimentación, control de esfínteres, etc.), decimos entonces que se limita a atender las necesidades fisiológicas del niño.

Los transportistas, se define como; la persona que tiene como oficio transportar mercancía, generalmente por carretera.

El transportista para su habilitación, necesita requisitos, los cuales son provistos por el Sistema Provincial de la Salud (SIPROSA), el cual consta dos fichas, que se encuentran anexadas al final.

En esta tesis se incluye un antecedente de ergonomía en el trabajo, si bien es aplicado en administrativo con computadoras para prevenir lesiones musculoesquelético, se muestra las ventajas ergonómicas en unas de las ocupaciones humanas, que es el trabajo.

Para insertarnos más al tema ergonomía, según la definición oficial adoptada por el Concejo de la Asociación Internacional de Ergonomía (IEA) en agosto de 2000, “La ergonomía es una disciplina científica de carácter multidisciplinar, que estudia las relaciones entre el hombre, la actividad que realiza y los elementos del sistema en que se halla inmerso, con la finalidad de disminuir las cargas físicas, mentales y psíquicas del individuo y de adecuar los productos, sistemas, puestos de trabajo y entornos a las características, limitaciones y necesidades de sus usuarios; buscando optimizar su eficacia, seguridad, confort y el rendimiento global del sistema”.

Encontramos distintos tipos de ergonomía, remarcamos en negritas las que se abocan a esta tesis.

La ergonomía cognitiva (o como también es llamada 'cognoscitiva') se interesa en el cómo y en qué medida, los procesos mentales tales como percepción, memoria, razonamiento y respuesta motora afectan las interacciones entre los seres humanos y los otros elementos de un sistema. Tales como la tríada ergonómica (humano-máquina-ambiente).

Los asuntos que le resultan relevantes incluyen: carga de trabajo mental, la toma de decisiones, el funcionamiento experto, la interacción humano-computadora (por ejemplo, la ley de Fitts), la confiabilidad humana, el estrés laboral, el entrenamiento y la capacitación, en la medida en que estos factores pueden relacionarse con el diseño de la interacción humano-sistema

La ergonomía física se preocupa de las características anatómicas, antropométricas, fisiológicas y biomecánicas del usuario, en tanto que se relacionan con la actividad física.

Sus temas más relevantes incluyen posturas de trabajo, sobreesfuerzo, manejo manual de materiales, movimientos repetitivos, lesiones músculo-tendinosas (LMT) de origen laboral, diseño de puestos de trabajo, seguridad y salud ocupacional.

La ergonomía organizacional o macro-ergonomía, se preocupa por la optimización de sistemas socio-técnicos, incluyendo sus estructuras organizacionales, las políticas y los procesos.

Son temas relevantes a este dominio, los factores psicosociales del trabajo, la comunicación, la gerencia de recursos humanos, el diseño de tareas, el diseño de horas laborables y trabajo en turnos, el trabajo en equipo, el diseño participativo, la ergonomía comunitaria, el trabajo cooperativo, los nuevos paradigmas del trabajo, las organizaciones virtuales, el teletrabajo y el aseguramiento de la calidad.

Concluimos la ergonomía con los beneficios de la mismas, en negrita observamos el aprovechamiento de tales en la investigación realizada para el cuidado físico de los auxiliares y transportistas.

- Disminución de riesgo de lesiones y accidentes.
- Disminución de errores / rehacer.
- Disminución de riesgos ergonómicos.
- **Disminución de enfermedades profesionales.**

- Disminución de días de trabajo perdidos.
- **Disminución de Ausentismo Laboral.**
- **Disminución de la rotación de personal.**
- Aumento de la tasa de producción.
- **Aumento de la eficiencia.**
- Aumento de la productividad.
- Aumento de los estándares de producción.
- Aumento de un buen clima organizacional.
- **Simplifica las tareas o actividades.**
- **Rendimiento en el trabajo.**

Concluyendo este capítulo, hacemos hincapié en la terapia ocupacional definición y su incumbencia tanto en parálisis cerebral, como en ergonomía.

Definición: “La Terapia Ocupacional es la utilización terapéutica de las actividades de autocuidado, trabajo y lúdicas para incrementar la función independiente, mejorar el desarrollo y prevenir la discapacidad. Puede incluir la adaptación de las tareas o el ambiente para lograr la máxima independencia y mejorar la calidad de vida” (AOTA, 1986).

TO y Parálisis Cerebral: Cuando los terapeutas ocupacionales trabajan con personas con parálisis cerebral se enfocan en adaptar las tareas y el entorno para ayudar a aumentar la participación y la calidad de vida. Los profesionales de terapia ocupacional pueden desempeñar un papel clave ayudando a las personas con parálisis cerebral a elegir y tener acceso a dispositivos de asistencia y apoyos que promueven la función. Los profesionales pueden desempeñar un papel importante durante todo el curso de vital según las necesidades del individuo, y pueden formar parte de los servicios de intervención temprana, escuela y

rehabilitación. (D. N. Goldstein, Cohn y Coster, 2004; Ketelaar, Vermeer, Hart, van Petegem-van Beek y Helders, 2001, Zaffuto-Sforza, 2005).

En un tratamiento de Terapia Ocupacional, se debe tener en cuenta conceptos básicos y áreas de evolución.

Conceptos básicos:

Desenvolvimiento: el TO ve al niño dentro de su desenvolviendo diario y sus funciones. El desarrollo anormal interfiere en ese desenvolviendo desde lo motor, sensorial, social, etc.

Análisis funcional: esta evaluación debe ser vista dentro de dos componentes de movimiento necesarios para alcanzar un objetivo. Se debe identificar los componentes faltantes para el planteamiento y ejecución del tratamiento.

Áreas de Evaluación:

La evaluación se debe tomar pensando siempre en el niño como un todo, dentro de su medio ambiente.

Sistemas sensoriales: visión, audición/ procesamiento auditivo, táctil/ propioceptivo, vestibular, gusto.

Percepción: noción de línea media (cabeza, tronco y extremidades), noción de partes del cuerpo, tamaño y habilidades del movimiento. Planteamiento motor.

Manipulación: postura y movilidad de miembros superiores en reposo y durante el movimiento en posturas variadas. Amplitud del movimiento, como afectan los movimientos del cuerpo en los brazos. Si el niño es capaz de mover sus dos brazos e manera uni y bilateral. Asimetrías. Toma y suelta voluntariamente. Exploración manual. Movimientos alternados. Actividades de la vida diaria.

Juego: acorde a su edad cronológica y/o a su edad evolutiva.

Comportamiento social: relación con pares, con adultos, familia. Si se integra fácilmente, cuando no lo hace.

TO y Ergonomía: La terapia ocupacional abarca el estudio de todas las etapas de la vida del individuo, en cuanto a su desempeño ocupacional se refiere, lo cual garantiza un amplio campo de actuaciones profesional, que permiten profundizar e investigar en diversas áreas, para que desde su experiencia y resultados se facilite el aporte a muchos proyectos de investigación que requieren de conceptos que son transversales a diferentes disciplinas y que puedan constituirse en conocimientos nuevos para la sociedad. La terapia ocupacional y la ergonomía, pretende aplicarse en contextos laborales, escolares, sociales, familiares, que permitan la adaptación en sus diferentes entornos al ser humano y a su vez mejorar condiciones tendientes al logro de un óptimo desempeño y productividad.

Capítulo IV

METODOLOGÍA

Enfoque

- Cuantitativo

Se realiza una investigación desde el paradigma cuantitativo ya que se pretende cuantificar (Hernández Sampieri, 2010). Es decir, se intenta acercarse a una realidad social a través de observaciones, en esta investigación se quiere conocer la cantidad tanto de auxiliares como de transportistas, sobre conocimientos en parálisis cerebral y en sus exigencias físicas a la hora de transferir niños con este grupo de trastornos.

Alcance de la investigación

- Descriptiva

Se busca ser específico y describir en detalle las variables. Se describe a través de los gráficos, los porcentajes de las variables conocimiento y exigencia de cada población estudiada.

Tipo / diseño de estudio

Según la manipulación de la variable

- No experimental

No experimental, porque no se manipulan las variables, es decir se respeta su naturaleza, se observa y se mide a través de los cuestionarios sin manipular variables y resultados. Y se lo usa para proporcionar soluciones a los problemas.

Según la dimensión temporal

- Transversal

Los diseños de investigación transversal recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables, y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. En este estudio se recolecto los datos, en el Centro Educativo Terapéutico Concepción en el año 2016 – 2017.

Hipótesis y presentación de variables

- Los transportistas poseen un conocimiento escaso sobre la postura sedente y transferencia en niños con parálisis cerebral, que asisten al Centro Educativo Terapéutico Concepción en el año 2016.

- Los auxiliares poseen un conocimiento moderado sobre la postura sedente y transferencia en niños con parálisis cerebral, que asisten al Centro Educativo Terapéutico Concepción en el año 2016.

- El nivel de exigencia física que poseen los transportistas es excesiva, debido a la gran cantidad de niños con parálisis cerebral que transfieren, que asisten al Centro Educativo Terapéutico Concepción en el año 2016.

- El nivel de exigencia física que poseen los auxiliares es excesiva, debido a la gran cantidad de niños con parálisis cerebral que transfieren, que asisten al Centro Educativo Terapéutico Concepción en el año 2016.

Variable 1.1: conocimiento de los transportistas sobre la postura sedente y transferencia en niños con parálisis cerebral.

Variable 1.2: conocimiento de los auxiliares sobre la postura sedente y transferencia en niños con parálisis cerebral.

Variable 2.1: exigencia física de los transportistas en la transferencia de niños con parálisis cerebral.

Variable 2.2.: exigencia física de los auxiliares en la transferencia de niños con parálisis cerebral.

Definición de la variable 1

Conceptual: Hechos o información adquirida sobre como sentar a un niño con parálisis cerebral en su medio de movilidad o en la silla de ruedas, y como transferir desde su vehículo hacia la silla de ruedas y viceversa en los transportistas, o desde la silla de rueda hacia la camilla y viceversa, en el caso de los auxiliares.

Operacional: variable que se expresara en escaso, moderado y amplio conocimiento sobre postura sedente y transferencia en niños con parálisis cerebral, de acuerdo a los resultados obtenidos en 2 cuestionarios confeccionado por el investigador, uno de 7 preguntas sobre parálisis cerebral, y el segundo de 4 preguntan con imágenes sobre transferencia en niños con PC. El cual la sumatoria de los dos cuestionarios tendrá como resultado el grado de conocimiento.

8 a 11 preguntas correctas = conocimiento amplio

4 a 7 preguntas correctas = conocimiento moderado

0 a 3 preguntas correctas = conocimiento escaso

Definición de la variable 2

Conceptual: Requerimiento o necesidad forzosa para que se produzca la acción en la transferencia desde la silla de rueda hacia la camilla y viceversa en auxiliares, y del vehículo a la silla de rueda y viceversa en los transportistas.

Operacional: variable que se expresará en escasa, normal y excesiva exigencia física sobre transferencia en niños con parálisis cerebral, de acuerdo a los resultados obtenidos en un cuestionario confeccionado por el investigador, el cual consta con seis ítems, con una cantidad de niños que transfiere cada uno, que debe ser objetado con una X. sabiendo el resultado, se obtendrá el nivel de exigencia.

1 a 4 niños transferidos por días = exigencia física escasa.

5 a 9 niños transferidos por días = exigencia física normal.

10 o más niños transferidos por días = exigencia física excesiva.

Población

Población: 5 auxiliares y 6 transportistas que trabajan en el Centro Educativo Terapéutico Concepción, en el periodo 2016–2017. Se trabajó con la población completa.

Criterios de inclusión

Auxiliares que trabajan en el Centro Educativo Terapéutico Concepción, en el periodo 2016 -2017.

Transportistas que trabajan en el Centro Educativo Terapéutico Concepción, en el periodo 2016 -2017.

Criterios de exclusión

Transportistas que no movilizan niños con parálisis Cerebral, en el periodo 2016 – 2017.

Consideración Éticas

Permiso de las autoridades

Se solicita autorización, de las autoridades del Centro Educativo Terapéutico Concepción, para poder realizar observaciones a auxiliares y transportistas, recolección de datos que pudieran aportar antecedentes y modos de intervención, a través de cuestionarios en carácter anónimo.

Consentimiento informado

Se realizó 3 cuestionarios de carácter anónimo, luego del consentimiento de los auxiliares y transportistas.

Técnica de recolección de datos y presentación de instrumentos

Posterior a la firma del consentimiento informado por parte de los auxiliares y transportistas, se procede a la recolección de datos a través de los instrumentos propuestos por el investigador.

El procedimiento de recolección consta de 3 instancias y se realizó de forma anónima.

En primer momento se entregó a los auxiliares y transportistas un cuestionario confeccionado por el investigador, de 7 preguntas sobre parálisis cerebral, y se pide que respondan al mismo siguiendo las instrucciones expresadas en él.

En un segundo momento se entregó otro cuestionario, también confeccionado por el investigador, de 4 preguntas con imágenes sobre transferencia y postura en parálisis cerebral, y se pidió que respondan al mismo siguiendo las instrucciones expresadas en él.

En un tercer momento se entregó otro cuestionario, también confeccionado por el investigador, de una pregunta, con 3 ítems, en el cual hay cantidades de niños que se transfieren en el día, y se pide que respondan al mismo siguiendo las instrucciones expresadas en él.

Análisis de datos

Los datos son procesados mediante una planilla de Excel y se realizó un análisis descriptivo de los mismos. Se presentó los resultados en gráficos según la distribución de frecuencia.

Capítulo V

RESULTADOS

Esta investigación se propone a describir el conocimiento en parálisis cerebral, como el nivel de exigencia física, por parte de auxiliares y transportistas que trabajan en el Centro Educativo Terapéutico Concepción. El centro se encuentra ubicado en el departamento Chicligasta, en la ciudad de Concepción, provincia de Tucumán, es el único CET del departamento, y recibe aproximadamente a más de 80 chicos de diferentes lugares, siendo en su mayoría niños que viven en el sur de la provincia de Tucumán.

Entre los concurrentes del CET, tenemos a quienes asisten en jornada completa, horarios de 8 a 15 hs, allí poseen sus respectivos tratamientos (kinesioología, terapia ocupacional, psicología, etc.), desayuno, colación y almuerzo, otros tipos de concurrentes son quienes tienen sus prestaciones, es decir solo asisten para los servicios que necesitan en sus tratamientos y se retiran a sus hogares.

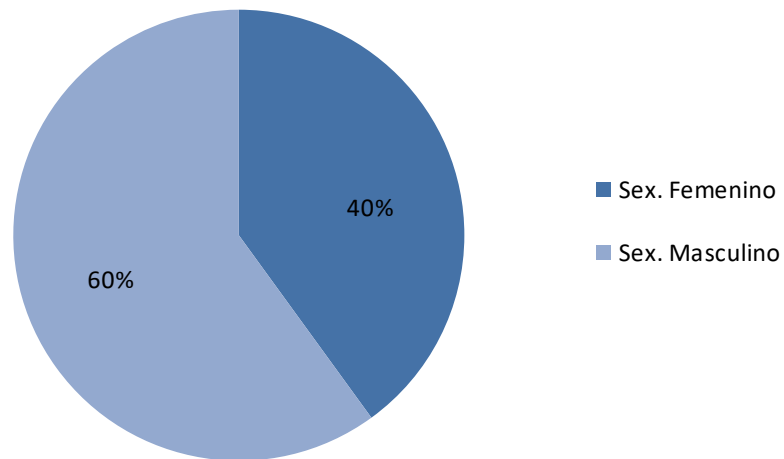
Los niños que asisten a la institución, poseen obra social, la cual le cubre todos los servicios, incluyendo el traslado desde su casa a la institución y una vez terminada su jornada en la institución, el regreso a sus casas. En relación a la estructura edilicia del Centro, posee dos entradas, la cual una es la que se usa habitualmente, donde posee un ascenso para el vehículo que llega y un portón grande, allí los auxiliares esperan a los niños para poder bajarlos de su transporte. Todos los servicios que posee el CET, se encuentra en planta baja, lo que facilita la libre deambulaci3n por parte de los concurrentes y la utilizaci3n de las sillas de ruedas. Como anteriormente se mencion3 muchos niños son del sur de la provincia de Tucumán, y de lugares muy lejanos, que requieren horas de viajes, es allí uno de los planteamientos a esta investigaci3n, los transportistas y las horas que pasan en la instituci3n, en donde son los auxiliares quien se encargan de asistirlos, en caso que deban cambiar sus pañales, bañarlos, o cualquier otra dificultad que necesiten.

A continuaci3n, se presentan los principales resultados en relaci3n al problema de investigaci3n planteado.

Característica de la muestra

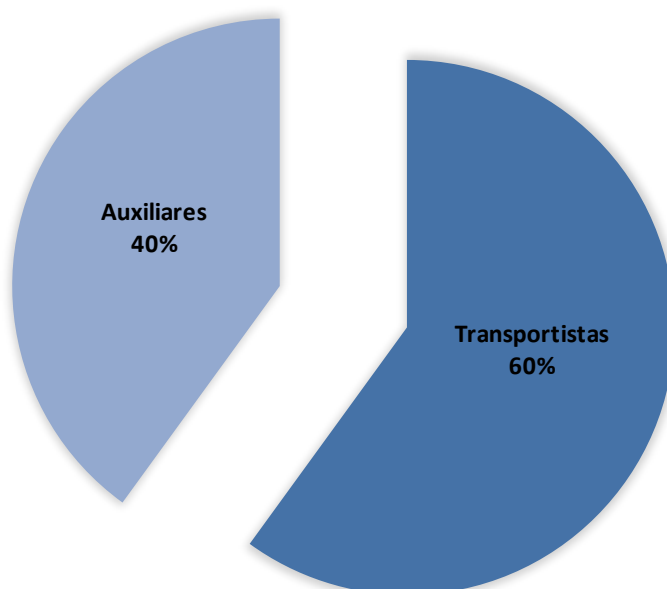
Analizando el sexo de los encuestados se encontró que éste se distribuyó de manera heterogénea, alcanzando al 40% el sexo femenino (n=5), y el 60% al sexo masculino (n=6), de un total de 11 personas encuestadas.

Gráfico N° 1: Distribución en porcentaje según el sexo de los encuestados (n=11)



En el siguiente gráfico se muestra la distribución en cuanto a la profesión de los encuestados, en donde se observa que el 60 % son transportistas (n=6) y el 40% restante a los auxiliares (n=5).

Gráfico N° 2: Distribución en porcentaje según la profesión de los encuestados (n=11)



Resultados de las encuestas

Como se expresó anteriormente en el capítulo número IV, la encuesta consta de tres instancias, dos referidas a parálisis cerebral y una sobre el nivel de exigencia física de parte de los encuestados.

Se especifica el cuestionario de parálisis cerebral, consiste de dos instancias, la primera de 7 preguntas referida exclusivamente a parálisis cerebral (PC) y la segunda de 4 preguntas referida a posicionamiento y ayuda en transferencia. Es necesaria de las dos encuestas para confeccionar el nivel de conocimientos, a continuación, se muestra en gráficos la distribución de las preguntas correctas y el nivel de conocimiento alcanzado por parte de los auxiliares y transportistas.

En los gráficos nº3 y nº 4 se observó en porcentaje sobre los encuestados del total de las 11 preguntas, tanto transportistas como auxiliares, el nivel de conocimiento en parálisis cerebral.

Transportistas, con conocimiento amplio 0 % (n=0), moderado 15% (n=1) y escaso 85% (n=5).

Auxiliares, con conocimiento amplio 20 % (n=1), moderado 80% (n=4) y escaso 0% (n=0).

Gráfico N° 3: Distribución en porcentaje del cuestionario de nivel de conocimiento en parálisis cerebral, de los transportistas sobre el total de 6 personas.

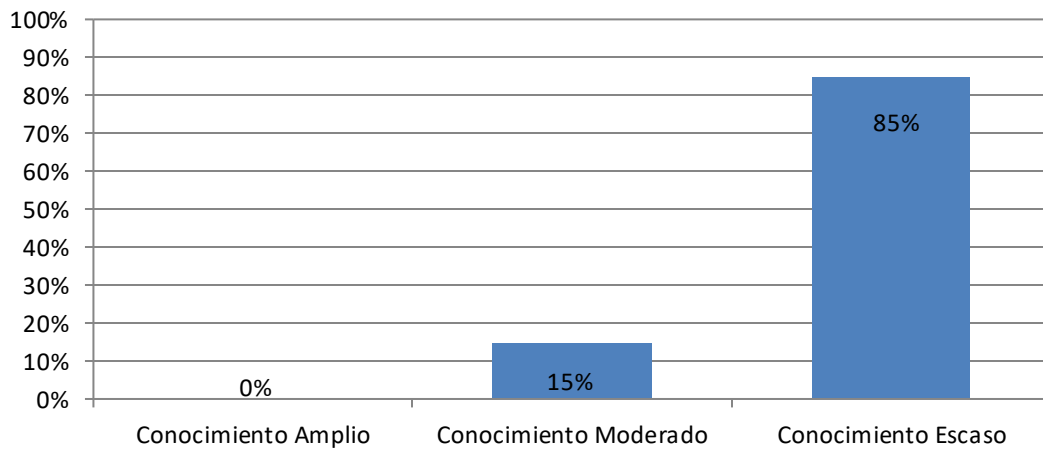
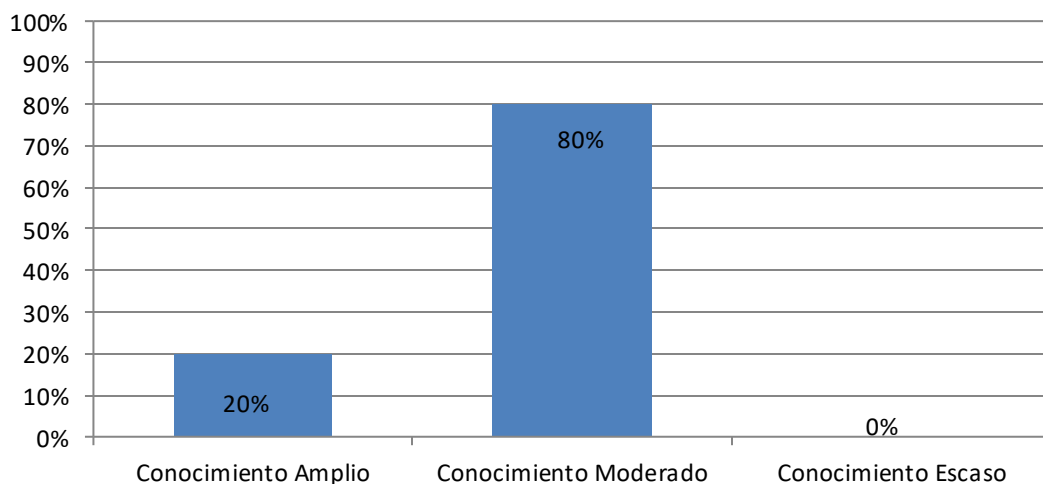
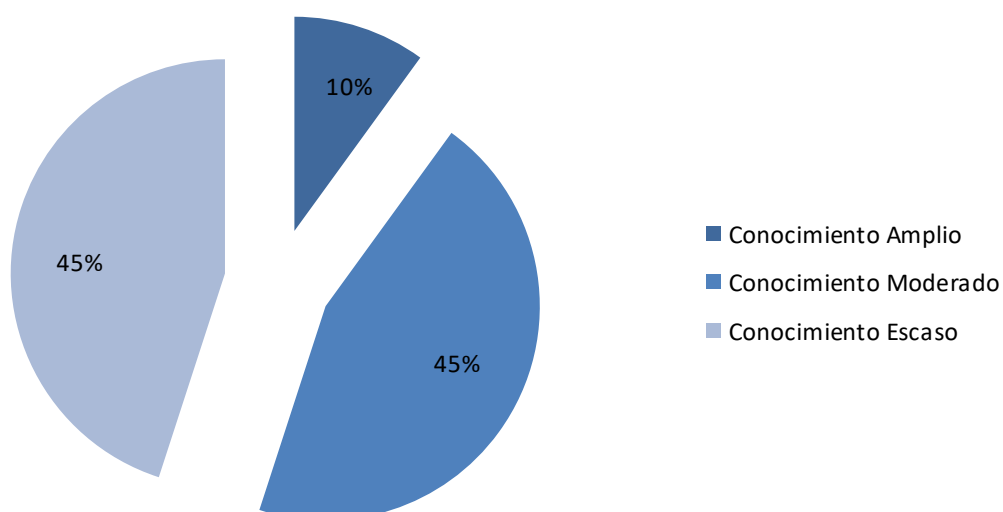


Gráfico N° 4: Distribución en porcentaje del cuestionario de nivel de conocimiento en parálisis cerebral, de los auxiliares sobre el total de 5 personas.



Para concluir con este cuestionario se muestra el conocimiento total de la población, necesaria para reflejar el entendimiento sobre Parálisis Cerebral, se observa que el 10% solo posee un conocimiento amplio (n=1), conocimiento moderado y escaso se dividen en igual cantidad de personas (n=5) con un 45 % cada uno.

Gráfico N° 5: Distribución en porcentaje del cuestionario de nivel de conocimiento en parálisis cerebral, sobre la población total (n=11).



En el posterior gráfico, se observó el nivel de exigencia que realiza tanto de los auxiliares, como transportistas a la hora de transferir al niño con parálisis cerebral, en el centro educativo terapéutico, ya sea dentro del auto, como dentro del baño (para cambiarlos, bañarlo), u otra transferencia pedida por profesionales de la institución en su jornada laboral.

El grafico nº 6, se observó el nivel de exigencia física de los transportistas (n=6), con un porcentaje de 0% en exigencia escasa, y distribuyendo en igual valores con un 50% entre niveles de exigencia normal (n=3) y excesiva (n=3).

El grafico nº 7, se observó el nivel de exigencia física de los auxiliares (n=5), con un 20% en exigencia escasa (n=1), 40% exigencia normal (n=2) y 40% exigencia excesiva (n=2).

Gráfico N° 6: Distribución en porcentaje del cuestionario de nivel de exigencia física, en transportistas (n=6).

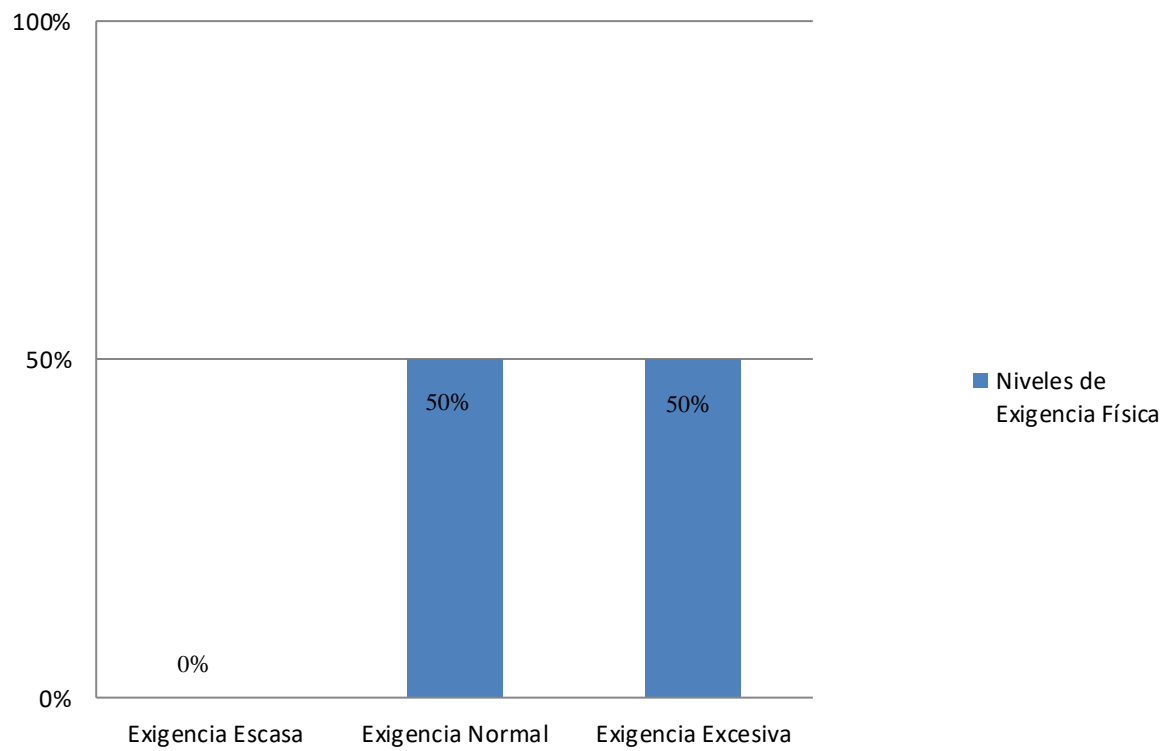
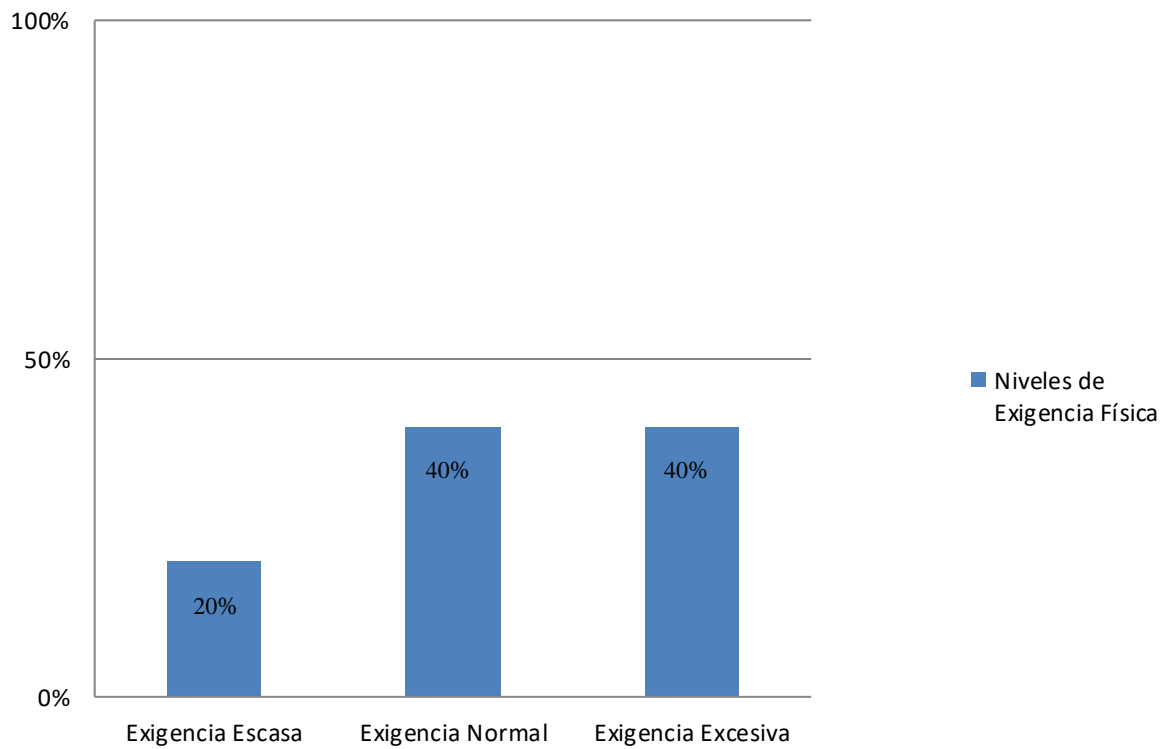
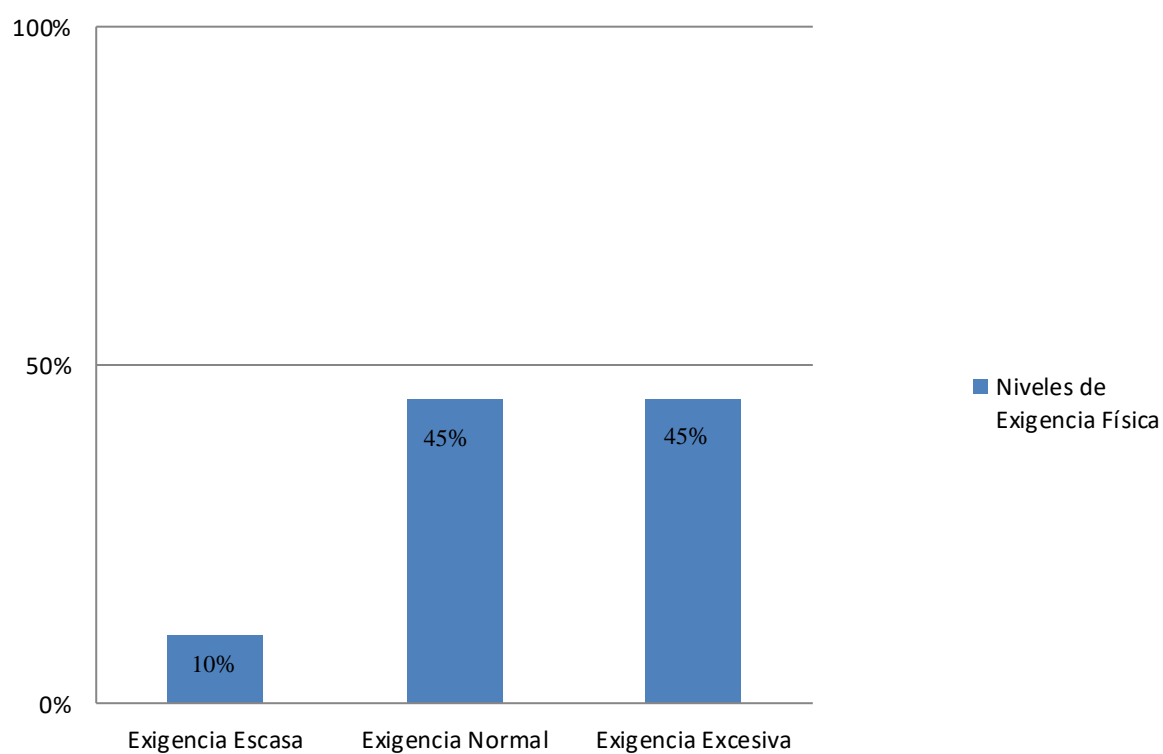


Gráfico N° 7: Distribución en porcentaje del cuestionario de nivel de exigencia física, en auxiliares (n=5).



El último gráfico nº 8, se observó que, de un total de 11 personas encuestadas, el 10% tiene un nivel de exigencia escasa (n=1), un nivel de exigencia normal el 45% (n=5) y una exigencia excesiva un 45% (n=5).

Gráfico N° 8: Distribución en porcentaje del cuestionario de nivel de exigencia física, sobre la población total (n=11).



Capítulo VI

CONCLUSIÓN

DISCUSIÓN

Y

PROPUESTA

Conclusión, discusión

La presente investigación se desarrolló entre los meses de Julio del año 2016 a Marzo del año 2017 en la ciudad Concepción, provincia de Tucumán y tuvo como objetivo principal conocer y describir los niveles de conocimientos en pautas posturales y de transferencias (de su silla de rueda a una camilla y viceversa, o del transporte a su silla de rueda y viceversa) en niños con parálisis cerebral que se encuentran en sillas de rueda, efectuados por auxiliares y transportistas en un centro educativo terapéutico, debido a que ellos son el primer contacto del niño en la institución; también se evaluó los niveles de exigencia físicas al realizar la transferencia de estos niños. Se trabajó con la población total del CET, un total de 11 personas encuestadas, de las cuales 5 fueron auxiliares, estos mismos son enfermeros, los restantes transportistas. Los cuales no se objetaron al realizar el cuestionario.

Se llevó a cabo esta investigación, a través de las observaciones realizadas en las prácticas de la carrera en Licenciatura de Terapia Ocupacional, podemos decir que allí se aprecia en primera medida la gran confianza que la familia deposita en los auxiliares y transportistas, los cuales pasan un periodo de tiempo con estos niños, ya sea debido al periodo que dura el viaje de sus hogares al CET y viceversa (transportistas), como a las horas dentro de la institución, y que los niños requieren asistencia en las actividades de la vida diaria y en algunos casos esta asistencia es máxima y quienes la realizan son los auxiliares.

Los niños necesitan del afecto y motivación para lograr grandes cambios, y estos son dados por los encuestados en esta pesquisa, pero no solo el cariño, el aprecio, la incentivación son importantes, también juegan un papel considerable el conocimiento que deben tener a la hora de tratar con niños con parálisis cerebral, es allí el principal objetivo de este estudio. Los profesionales de un CET, como ser Kinesiólogos, Terapeutas

Ocupacionales, entre otros, trabajan en niños con parálisis cerebral, para mejorar su calidad de vida. En el capítulo III se expuso los beneficios que implican, una buena postura sedente y manipulación en estos niños, se comprobó, que una postura alineada mediante un correcto control postural desde la posición sedente posibilita un efectivo desarrollo de la coordinación óculo-manual. Por otro parte, la posición en sedestación lograda mediante una postura alineada, posibilita al niño una mejor exploración de estímulos y objetos provenientes del entorno. Se observa también en el antecedente de la página 14, como es beneficioso una buena postura sedente, la cual favorece el desempeño independiente en una actividad de la vida diaria, como es la alimentación, en esa niña con parálisis cerebral.

Se comprende que la manipulación en los niños con parálisis cerebral, requiere de un gasto físico considerable, y aún más cuando se realiza varias veces en la jornada laboral, por lo tanto se estudia las exigencias físicas en los auxiliares y transportistas para favorecerlos en un futuro, por ello se elabora el cuestionario de transferencia por día y se toma como antecedente la ergonomía en terapia ocupacional, en donde el trabajo es la principal ocupación del hombre, demanda la mayor parte de su día. Éste es un medio por el cual controla y equilibra su vida, tanto en lo que respecta a la economía como a la realización personal. Por ello, la consideración de un diseño ergonómico y la estructura de cualquier tarea de trabajo, son básicas para las posturas de trabajo requeridas y como desde la terapia ocupacional poder mejorar dichas posturas.

Antes de realizar las encuestas y obtener los resultados, se pensó que los mismos se vería reflejado en mayor medida en auxiliares, se piensa que su nivel de conocimientos es mayor al de los transportistas, al ser enfermeros, poseen un juicio amplio sobre este trastorno.

En cuanto a las exigencias físicas, se cree que los transportistas tendrían mayor exigencia a la hora de trasladarlos de su transporte a su silla de rueda o viceversa, basándose

en que no poseen ayuda de otra persona, ya que cada transportista maneja de manera individual su automóvil.

Una vez realizada las encuestas y en conclusión de sus resultados sobre las 11 (once) personas encuestadas, se puede decir que los niveles de conocimientos sobre pautas posturales y transferencias, como así también los niveles de exigencia físicas, no son los esperados, obteniendo casi la mitad de los encuestados niveles de conocimientos escasos (45% conocimiento escaso, 45% conocimiento normal y 10% conocimiento amplio) y de exigencia excesivas (45% exigencia excesiva, 45% exigencia normal y 10% exigencia escasa), lo cual no es beneficioso para el niño con parálisis cerebral, el cual no podrá obtener los beneficios máximos debido a una mala postura sedente, y los niveles de exigencia física de los que realizan la manipulación, llegaran a tener a un largo plazo tipos de lesiones.

Propuesta

Luego de concluir con la investigación y de la identificación de los niveles de conocimiento y exigencias que se presentaron en los resultados, se estableció como posible propuestas, actuar desde los conocimientos de la Terapia Ocupacionales a través de charlas informáticas y vivenciales de manera semestral, para lograr el conocimiento apropiado en las posturas y manipulación en niños con parálisis cerebral, también mejorando el nivel de exigencias físicas que día a día se observa en un centro educativo terapéutico, a través de técnicas y utilización de materiales para proponer en la institución en el cuidado de su personal, que se encuentran al final de esta investigación anexados.

El conocimiento apropiado sobre niños con parálisis cerebral, llevara a una mejora en todos sus aspectos y beneficiaran el trabajo de los demás profesionales del CET.

Como contribución a la comunidad de profesionales se propone extender a los mismos, los resultados obtenidos en este trabajo de investigación con el fin de que los terapeutas ocupacionales de la provincia de Tucumán, logren realizar charlas para beneficia tratamiento de los demás profesionales en niños con pc.

Desde el punto de vista de su alcance, esta investigación servirá como marco referencial, abriendo caminos para que instituciones puedan observar patrones de conducta tanto de auxiliares, como transportistas en la postura, como en la transferencia de estos niños.

Por último, profesionalmente pondrá de manifiesto los conocimientos adquiridos durante la carrera y permitirá sentar las bases para otros estudios que surjan, partiendo de la problemática aquí especificada.

BIBLIOGRAFIA

- Camacho-Salas, C.R. Pallás-Alonso, J. de la Cruz-Bértolo, R. Simón-de las Heras, F. Mateos-Beato, REV NEUROL 2007; 45: 503-8.
- American Occupational Therapy Association (2008). *American Journal of Occupational Therapy*, 62, 625-683. Occupational Therapy practice framework; Domain and process (2nd ed.)
- BERKOW, R (1999) *Manual Merck de Información Médica para el hogar*. Barcelona: Océano Grupo Editorial, S.A
- Crepeau, E.B; Cohn, E. S; Schell, B. A. (Ed). (2003) *Willard & Spackman. Terapia Ocupacional*. Estados Unidos: Lippincott Williams & Wilkins.
- Colaboradores de Wikipedia (2014). *Parálisis Cerebral*. Wikipedia. La Enciclopedia libre. Recuperado de http://es.wikipedia.org/wiki/Par%C3%A1lisis_cerebral
- Cuzco, M. R (2013). *Introducción, justificación y antecedentes del instituto fiscal especial de parálisis cerebral "Stephen Hawking"*. Recuperado de <http://186.42.96.211:8080/jspui/bitstream/123456789/436/1/cambios.pdf>
- De Luca, M. M. (2010). *Postura y Alimentación. Estudio de caso único de niña con Parálisis Cerebral*. Universidad Abierta Iberoamericana, Facultad de Psicología y Relaciones Humanas, Licenciatura en Terapia Ocupacional. Rosario, Santa Fe.
- Del Pazo, Carolina & Marconi, M.F. (2004). *¿Cómo interviene el control postural en la coordinación óculo-manual en niños con Parálisis Cerebral?* Universidad Abierta Iberoamericana, Facultad de Medicina, Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría. Rosario, Santa Fe.
- Federación ASPACE Castellano Leonesa. (1997). *Parálisis Cerebral*. Recuperado de <http://www.federacionaspacecyl.org/definicion/>
- Ministerio de Salud Presidencia de la Nación. (2006). *Programa Nacional de Garantía de la Calidad de la Atención Médica*. Recuperado de http://www.msal.gov.ar/pngcam/resoluciones/msres1328_2006.pdf
- Ministerio de Sanidad, Servicio Sociales e Igualdad (2012). *Guía de orientación en la práctica profesional de la valoración reglamentaria de la situación de desentendencia en personas con parálisis cerebral*. Recuperado de http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/g_v_paralisc.pdf

- Recio, F. J. M. (2009, agosto). *La postura corporal y sus patologías, prevención y tratamiento desde la educación física*. Innovación y Experiencias Educativas. Recuperado de http://www.csicsif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_21/FRANCISCO%20JESUS_MARTIN_RECIO02.pdf
- Guzmán O.B.: Ergonomía y Terapia Ocupacional. TOG (A Coruña). 2008; volumen 5 (num1): Disponible en: <http://www.Revistatog.com/num7/pdfs>
- Colaboradores de Wikipedia (2014). *Ergonomía*. Wikipedia. La Enciclopedia libre. Recuperado de <https://es.wikipedia.org/wiki/Ergonom%C3%ADa>

ANEXOS

Cuestionario sobre Parálisis Cerebral

- Marcar con una X la opción correcta

1. ¿Que es para Usted la Parálisis Cerebral?

- A. Un grupo de trastorno generalizados del desarrollo, caracterizado por alteraciones cualitativas en la comunicación social unidas a un patron de intereses y comportamientos restringidos y estereotipados.
- B. Un grupo de trastornos del desarrollo psicomotor, que causan una limitación de la actividad de la persona, atribuida a problemas en el desarrollo cerebral del feto o del niño.
- C. Es una enfermedad del sistema nervioso central de avance rápido, que afecta a la parte del sistema nervioso responsable del control voluntario de los músculos esqueléticos.

Concejos prácticos para una buena relación.

2. ¿Para Usted la Parálisis Cerebral es?

- A. Contagiosa y progresiva.
- B. No es contagiosa, pero si progresiva.
- C. No es contagiosa y no es progresiva.



Pregúntale directamente cómo quiere ser ayudado



Háblale de frente. Camina a su lado y a su paso

3. ¿Usted sabe si la Parálisis Cerebral tiene clasificacion específica?

- A. SI
- B. NO



Atiende a su forma de comunicarse

4. ¿Le es familiar alguno de estos términos?

- A. Espástico, atetósico, atáxico.
- B. Espástico, atetósico, atáxico y forma mixta.
- C. Espástico, atáxico y forma mixta.



Escucha, dale tiempo. Si no entiendes, pregunta

5. ¿Le es familiar alguno de estos términos?

- A. Hemiplejia, diplejia, cuadriplejia, monoplejia y triplejia.
- B. Hemiplejia, diplejia, cuadriplejia y monoplejia.
- C. Hemiplejia y cuadriplejia.



Déjale tomar sus decisiones

6. ¿La diplejia, afecta que parte del cuerpo?

- A. Uno de los hemicuerpos.
- B. Miembros inferiores.
- C. Miembros superiores.



No te sientas mal si rechaza tu ayuda. Déjase lo hacer

7. ¿En su Trabajo, el Niño tiene su tono muscular características de?

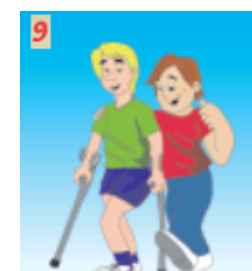
- A. Hipotonía.
- B. Hipertonía.



¿Has pensado: qué puede hacer esta persona por mí?



No le crees falsas expectativas

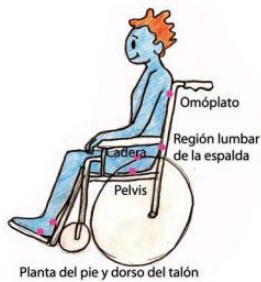


Es una persona. Olvida las etiquetas

Cuestionario sobre transferencia, postura y conocimiento general del transportista y auxiliar sobre la temática.

- Marcar con una X la opción correcta

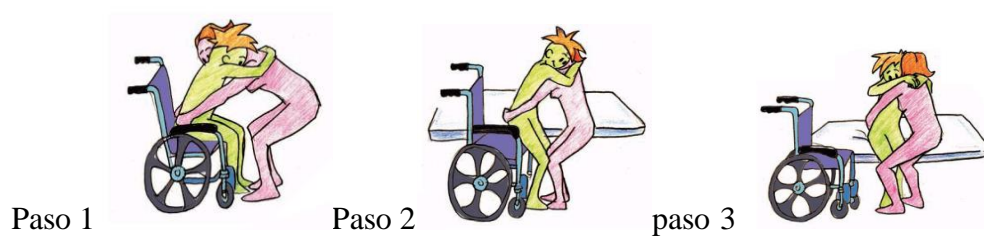
1. ¿Es correcta la postura en silla de rueda?



A. Si

B. NO

2. ¿En caso de que el niño posea diplejia, es correcta esta secuencia?



A. Si

B. NO

3. ¿Utiliza algún dispositivo o material para realizar la transferencia?



A- SI

B- NO

4. ¿En la transferencia del niño a su silla, lo hace de manera individual o con ayuda? Si tiene ayuda, marque SI.



A- SI

B- NO

Cuestionario sobre Cantidad de Niño que Transfiere en el día

1. ¿Que cantidad de niño trasnfiere en el día, en su trabajo cotidiando del CET?.
Marque con una X la que corresponda.

A. De 1 a 4 niños en el día.

B. De 5 a 9 niños en el día.

C. De 10 o más niños en el día.

REQUISITOS PARA HABILITACIÓN/REHABILITACIÓN BASE Y MÓVILES DE TRASLADO PROGRAMADO

- A) Nota solicitando habilitación/ rehabilitación del servicio especificando datos del móvil, domicilio de la base, teléfono, datos del chofer, tipos de pacientes a trasladar.
- B) Formulario de solicitud provisto por la dirección.
- C) Comprobante de depósito bancario en la cuenta recaudadora habilitada en Banco del Tucumán N° 007/76205/6.
Valor: \$160. – por móvil.
- D) Formulario 924 provisto por la Dirección General de Rentas de la Provincia. Abonar \$30 en el Banco del Tucumán.
- E) Razón Social del Establecimiento. Original y copia del contrato y/o acta constitutiva.
- F) Certificado de Cumplimiento Fiscal D.G.R. (libre deuda), a nombre del solicitante.

BASE OPERATIVA

- A) Original y copia de escritura, si es propietario. Si es cedido en comodato, original y copia del mismo. Si es alquilado, original y copia del contrato de locación sellado (D.R.G.). Si es prestado, original y copia de la cesión legal. La documentación deberá estar debidamente sellada y certificada por autoridad competente.
- B) Contrato vigente de la empresa Transporte 9 de Julio. Original y copia.
- C) Constancia de inscripción en el registro Único de Generadores de Residuos Patológicos de la Provincia, en División Registros y Matriculas. (Calle Catamarca 963). Original
- D) **Dos** planos de la Base Operativa, en escala 1:50 o 1:100, según reglas del dibujo técnico, con distribuciones y medidas. Los planos deberán estar actualizados al momento de la inspección.
- E) Listado de profesionales de la salud del Servicio (Director Médico, Médico, Enfermeros, Farmacéuticos, otros).
- F) Presentar copia del título que los acredite y constancia de Matrícula original.
- G) Listado de conductores con sus respectivos carnet de manejo categoría “**D**” y DNI. Original y copia.
- H) Diagrama de horarios del personal impreso y visible.
- I) Equipamiento: Presentar boleta de pago de teléfono. Original y copia.

MÓVILES CONTEMPORIZACIÓN

· AMBULANCIA:

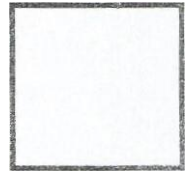
- A) Baja Complejidad (enfermero, conductor)**
- B) Alta Complejidad (medico, enfermero, conductor)**
- MÓVIL DE TRASLADO PROGRAMADO (conductor).**

- A) Detallar los siguientes datos del móvil: número, dominio, modelo, categorización.
- B) El ploteo del móvil deberá limitarse a mencionar el tipo de servicio que solicita habilitar (móvil de traslado programado, ambulancia), así mismo deberá llevar impreso el emblema de vida, absteniéndose de mencionar en el mismo la palabra **SIPROSA**.
- C) Cada vehículo debe contar con **TARJETA VERDE y/o TITULO DE PROPIEDAD DEL AUTOMOTOR, PÓLIZA DE SEGURO (del vehículo y contra terceros transportados), VERIFICACIÓN TÉCNICA VEHICULAR OBLIGATORIA.**
- D) Listado de instrumental, equipamiento y medicamentos de cada móvil.

“CONOCIMIENTO DE UNA CORRECTA POSTURA SEDENTE Y TRANSFERENCIA EN NIÑOS CON PARÁLISIS CEREBRAL EN UN CET; BENEFICIANDO TAMBIÉN EL CUIDADO DE QUIENES LO REALIZAN, AUXILIARES Y TRANSPORTISTAS.”



FORMULARIO DE HABILITACION Y REHABILITACION Y BAJA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD



CLASIFICACION ESTABLECIMIENTOS PARA
RESOLUCION 585/SPS

FORMULARIO CÓDIGO OD-OI-DFSS REVISION OO VIGENCIA //
LOS DATOS AQUÍ CONSIGNADOS TIENEN CARÁCTER DE DECLARACION JURADA

DIRECCION DE FISCALIZACION SANITARIA DEPARTAMENTO DE FISCALIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

San Miguel de Tucumán.....

AL DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIO DE SALUD

PRESENTE DE MI MAYOR CONSIDERACION

EL/LA QUE SUCRIBE.....

EN SU CARÁCTER DE:

DEL ESTABLECIMIENTO:

SITIO EN:

TELEFONO/CELULAR:

E-MAIL:

SE DIRIJE A UDS. A FIN DE SOLICITAR: HABILITACION REHABILITACION BAJA OTROS

.....
.....

MARQUE LO QUE CORRESPONDE

EQUIPO	CANT
RX USO MEDICO	
RX ARCO EN C	
RX USO ODONTOLOGICO	
RX USO VETERINARIO	
RX INDUSTRIAL O INVETIG.	
ABGIOGRAFIA HEMODINAMIA	
TOMOGRAFIA COMPUTADA	
MAMOGRAFIA	
DENSITOMETRIA OSEA	

EQUIPO	CANT
MEDICINA NUCLEAR	
RADIOTERAPIA	
BRAQUITERAPIA	
ACELERADOR LINEAL	
LASER	
LUZ PULSADA INTENSA (PL)	
RESONANC. MAGNETICA NUC.	
ECOGRAFIA	
OTROS / BAJA	

SE GENERA RESIDUOS PATOGENICOS SI NO

“CONOCIMIENTO DE UNA CORRECTA POSTURA SEDENTE Y TRANSFERENCIA EN NIÑOS CON PARÁLISIS CEREBRAL EN UN CET; BENEFICIANDO TAMBIÉN EL CUIDADO DE QUIENES LO REALIZAN, AUXILIARES Y TRANSPORTISTAS.”

FIRMA Y SELLO

LA PRESENTE SOLICITUD ENCUADRA EL ESTABLECIMIENTO MENCIONADO ANTERIORMENTE DENTRO DE LA CLASIFICACION DE ESTABLECIMIENTO PARA LA SALUD PARA EL ARANCELAMIENTO COMO:

NIVEL

EL ARANCEL CORRESPONDIENTE AL TRAM\TE SOLICITADO A LA CLASIFICACION Y AL NIVEL DEL ESTABLECIMIENTO.....

ES \$NUM. DE CLIENTE 76205/6 BANCO DEL TUCUMAN, SUC. CIUDADELA AV. ALEM 299 – TUCUMAN

CATAMARCA 963 TEL.: 4522447 - TUCUMAN

1º CHARLA, TEÓRICA-PRÁCTICA, SOBRE CORRECTA POSTURA SEDENTE Y TRANSFERENCIA EN UN NIÑO CON PARÁLISIS CEREBRAL, BENEFICIANDO TAMBIEN, EL CUIDADO DEL PERSONAL QUE LA REALIZA.

- Día 5 de febrero de 2018, a las 9 horas.
- Duración 45 minutos.
- Presencia obligatoria, de Transportistas y Auxiliares.
- Temas a tratar:

“Parálisis Cerebral”

“Los beneficios de una correcta postura sedente en un niño con parálisis cerebral, en silla de rueda”

“Técnicas y maniobras para el transportista y auxiliar en la transferencia”

“Parálisis Cerebral” (breve resumen)

Definición: Trastorno del desarrollo del tono, postura y del movimiento de carácter persistente (aunque no invariable), que condiciona una limitación en la actividad, secundario a una agresión no progresiva, a un cerebro inmaduro.

Clasificación:

Nosológica

- Espástica: Existe hipertonía, dificultad para disociar movimientos de una parte del cuerpo respecto de otra.
- Atetoide: Existe imposibilidad de relajación con movimientos voluntarios, los cuales son de tipo serpenteante y rotario.
- Atáxica: Afecta la capacidad de equilibrio, la capacidad de coordinación y de regular la precisión del movimiento.
- Formas mixtas: Se caracteriza por la presencia de más de una de las características señaladas en las anteriores formas, siendo las formas mixtas las más frecuentes.

Topográfica

- Tetraparesia o tetraplejía: afectación del movimiento o parálisis de los dos miembros superiores y de los dos inferiores, también puede estar afectada la capacidad de mantenimiento postural del tronco.
- Diparesia, diplejía o paraplejía: afectación, sobre todo, de los miembros inferiores.
- Hemiparesia o hemiplejía: se refiere a la afectación de un lado del cuerpo.

Funcional

- Grave: afectación de los cuatro miembros. Desplazamiento en silla e imposibilidad de utilización funcional de las manos, ausencia de prensión.

- Moderado: afectación de dos o más miembros. Ausencia de marcha autónoma o marcha con muchas dificultades y ayudada por apoyos externos. Prensión gruesa de objetos, ausencia de prensión fina, aunque puede realizar actividades de manipulación fina con el apoyo de Ayudas Técnicas.

- Leve: posibilidad de marcha autónoma y prensión fina de objetos por lo menos con una de las manos.

“Los beneficios de una correcta postura sedente en un niño con parálisis cerebral, en silla de rueda”

Primer caso “POSTURA Y ALIMENTACION. ESTUDIO DE CASO UNICO DE NIÑA CON PARALISIS CEREBRAL” (De Luca, M. M)

Objetivo General:

Describir la influencia de la postura en el desempeño de las actividades de la vida diaria, específicamente en la alimentación, de niños con parálisis cerebral.

Paciente de 10 años de edad con Diplejía espástica, por parálisis cerebral. La investigación consto de tres etapas.

En la primera etapa; se realizan dos evaluaciones no estandarizadas.

1. Evaluación de las actividades de la vida diaria, especifica de alimentación.
2. Evaluación de postura.

En la segunda etapa; se implementó un plan de tratamiento de terapia ocupacional, dirigido a mejorar la postura en sedestación, durante la actividad de alimentación, de manera de optimizar el desempeño de la niña durante dicho proceso.

En la tercera etapa; se volvieron a administrar las evaluaciones realizadas en la primera etapa, para obtener los resultados del tratamiento. Los resultados obtenidos señalan que la implementación del plan de tratamiento dirigido a mejorar la postura en sedestación, ha logrado favorecer el desempeño independiente de la niña durante la actividad de alimentación, proporcionando al mismo tiempo una experiencia de alimentación satisfactoria y segura.

Segundo caso “¿CÓMO INTERVIENE EL CONTROL POSTURAL EN LA COORDINACIÓN ÓCULO-MANUAL EN NIÑOS CON PARÁLISIS CEREBRAL?”

(Del Pazo, Carolina, y Marconi, M.F.)

Objetivo General:

Indagar acerca de la incidencia del control postural en sedestación en relación al desarrollo de la coordinación óculo-manual en niños con Parálisis Cerebral.

Ocho niños investigados con Parálisis Cerebral presentan cuadriparesia, cuyas características clínicas son diversas: espasticidad, atetosis, coreoatetosis y ataxia. Presentan edades entre los dos y nueve años.

Se plantearon una serie de actividades lúdicas óculo-manuales, durante seis semanas. Los resultados se dejaron constancia en un “registro de progreso”, en donde se evaluó tres posibilidades de realización de la actividad, solo, con ayuda y no lo realiza.

A través de asistencia brindadas para el control postural, se obtuvieron respuestas satisfactorias, ya que no tuvieron que ocuparse con gran esfuerzo en el mantenimiento de la alineación de los diferentes segmentos corporales. Por lo tanto, pudieron ser capaces de excluir su cuerpo, con lo cual se limitó únicamente a dirigir su atención a las actividades óculo-manuales que le propiciaron.

El método de evaluación escogido para la evaluación, le permitió comprobar de manera simple y objetiva, que, brindando un correcto control postural, los niños pueden desarrollar distintos niveles de capacidades para mejorar la coordinación visomotora.

• **Hopkins, Smith** (2005); de acuerdo con sus aportes, para cualquier niño con limitaciones motrices, como en el caso de un niño con parálisis cerebral, la corrección en la postura de sedestación es de vital importancia por muchos motivos:

1. Mejora la función sensitiva que recibe del entorno. Es decir, perciben mejor el cómo y el dónde están, y lo que sucede a su alrededor. Aumentan así las habilidades visuales y perceptivas.
2. Disminuye o evita el riesgo de aparición de deformidades, en el sistema musculoesquelético, así como de lesiones en la piel.
3. Favorecer un mejor funcionamiento de los sistemas vitales (respiración, deglución, digestión, circulación)
4. Proporciona estabilidad para aumentar el desempeño en las distintas actividades.
5. Aumenta el arco activo y pasivo de movimientos para el alcance y uso de objetivos.
6. Favorece la interacción con el ambiente, tanto físico como humano.
7. Favorece el acceso a las actividades y aprendizajes escolares, proporcionándola un medio de aprovechamiento de sus capacidades.
8. Proporciona comodidad y apoyo para realizar las actividades de la vida diaria.

“Técnicas y maniobras para el transportista y auxiliar en la transferencia”

Son movimientos que se realizan de una superficie a otra. Realizar transferencias consiste en desplazar a la persona de una superficie o lugar a otro (por ejemplo, de silla de ruedas a sofá, de la cama a la silla de ruedas, de silla de ruedas al urinario).

Objetivos de las técnicas transferencias:

- Prevenir los trastornos musculoesqueléticos, principalmente el dolor de espalda por esfuerzo o postural.
- Facilitar la actividad del transportista y auxiliar a partir de la adopción de posturas y gestos seguros.
- Ofrecer seguridad y confort del niño en situación de dependencia.
- Minimizar los riesgos de salud derivados de la atención del niño en situación de dependencia.
- Proporcionar una mejor calidad de vida y autonomía al niño que transferimos.

Pautas generales para las transferencias:

- Valorar la carga a desplazar (talla y peso).
- Determinar su grado de dependencia, para solicitar o no su colaboración.
- La piel debe estar seca, libre de agua o sudor, para no aumentar la adherencia de la piel al tejido y así no provocar lesiones por fricción.
- Agarrar al niño por los hombros, codos, cadera y/o tobillos.
- Proporcionar seguridad en todo momento.
- Explicar al niño al que se transfiere lo que se va a hacer y pedir su colaboración siempre

que sea posible, además de comentarle lo que no tiene que hacer durante la actividad.

- La coordinación es esencial cuando se hacen entre dos personas, ya que cada una debe saber su función dentro del equipo, así como definir quién marca los tiempos.

- En muchos casos se hace necesario el uso de ayudas técnicas como grúas, barras de transferencias, en estos casos será conveniente contar con la formación e información adecuada sobre su utilización. (tema a tratar en la segunda charla)

- Las superficies han de ser estables, estar cerca y, en los desplazamientos horizontales, a la misma altura.

- Mantener el equilibrio a lo largo de la transferencia.

- Utilizar tanto tiempo como sea necesario, en relación a las condiciones del niño.

- Antes y durante la realización del movimiento, las caderas y rodillas estarán flexionadas, la columna recta, la cabeza erguida y los pies separados para obtener una base de sustentación firme y poder mantener el equilibrio.

- Cualquier ayuda u objeto necesario debe estar a mano y el lugar preparado. El camino que debamos recorrer estará libre de obstáculos.

- Es aconsejable conocer la mejor colocación para realizar la maniobra, los posibles desplazamientos de peso y hacia donde se hacen las mayores cargas.

- Vestir con ropa cómoda y que permita la movilidad y calzado adecuado, firme y antideslizante.

Transferencia de la camilla a una silla de ruedas:

- Colocar la silla de ruedas en el lateral de la camilla, con los reposapiés retirados. El respaldo de la silla se colocará hacia los pies de la cama y casi paralela a la misma.
- Si la camilla está muy alta, pero tiene la posibilidad de bajar de manera articulada o eléctrica, bajar a nivel de la silla de ruedas, para no tener que forzar la espalda.
- Lo primero y más elemental es frenar la silla de ruedas antes de iniciar la transferencia.
- Las ruedas pequeñas de la silla tienen que estar colocadas hacia delante, ya que así la silla de ruedas tiene más estabilidad.
- Para realizar esta maniobra la persona debe sostenerse por sí sola sentada en la cama, si no es posible, se necesitará la ayuda de otro cuidador para sujetarla mientras realizamos o la utilización de ayudas técnicas.
- Colocarse delante de la persona con la espalda doblada y la espalda recta.
- Proteger la pierna de la persona más cercana a la silla de ruedas, con un pie adelantado y el otro más atrasado.
- Abrazar a la persona bajo los brazos, con una mano a la altura del hombro y la otra a la altura de la parte baja de la espalda.
- Desplazar el peso de su cuerpo hacia atrás para despegar al niño de la camilla.
- Una vez que la cola del niño se ha levantado ligeramente, gire sobre la punta de los pies para orientarla hacia el asiento de destino.
- Al acabar el giro, asegúrese de que el niño queda bien sentado con las nalgas atrás y apoyada en el respaldo para acomodarlo correctamente.
- Para la realización de esta transferencia es conveniente que la altura de la cama esté al mismo nivel que la altura de la silla de ruedas.
- Se debe retirar el brazo de la silla de ruedas del lado del giro para facilitar el paso.

- El cuidador debe mantener siempre la posición con las rodillas flexionadas y desplazando el peso de su cuerpo atrás, para evitar cargar con todo el peso del cuerpo del niño en situación de dependencia

Transferencia de una silla de ruedas a otro asiento:

- Colocar la silla de ruedas frenada perpendicular a la silla a la que va a transferir a la persona en situación de dependencia.

- Quitar el reposabrazos del lado que queda más cercano a la silla.

- Colocarse delante del niño con las piernas flexionadas y la espalda recta.

- Proteger la pierna del niño más cercana al asiento con un pie adelantado y el otro más atrasado.

- Abrazar al niño bajo los brazos, con una mano a la altura del hombro y la otra a la altura de la parte baja de la espalda.

- Desplazar el peso de su cuerpo hacia atrás para despegar al niño de la silla.

- Una vez las nalgas del niño se han levantado ligeramente, girar sobre la punta de los pies para orientarla hacia el asiento de destino.

- Al acabar el giro, asegurarse de que el niño queda bien sentado con las nalgas atrás y apoyada en el respaldo para acomodarla correctamente.

- Para la realización de este desplazamiento es recomendable que la altura de la silla de ruedas está al mismo nivel que la altura del sillón.

- Asimismo, debemos retirar el brazo de la silla de ruedas de lado del giro para facilitar el paso.

- El auxiliar y transportista, debe mantener siempre la posición con las rodillas flexionadas y desplazando el peso de su cuerpo hacia atrás, para evitar cargar con todo el peso del cuerpo del niño en situación de dependencia.

Transferencia de silla de ruedas a inodoro:

- En primer lugar, nos aseguraremos que la silla de ruedas continúa frenada y situada junto al inodoro con el apoyabrazos retirado.
- Colocarse delante de la persona con las piernas dobladas y la espalda recta.
- Proteger la pierna del niño más cercana al inodoro, con un pie adelantado, y el otro más atrasado.
- Abrazar al niño bajo los brazos, con una mano a la altura del hombro y la otra a la altura del hombro y la otra a la altura de la parte baja de la espalda.
- Desplazar el peso de su cuerpo hacia atrás para despegar al niño de la silla.
- Una vez las nalgas del niño se han levantado ligeramente, girar sobre la punta de los pies para orientarla hacia el asiento de destino.
- Al acabar el giro, asegurarse de que la persona queda bien sentada con las nalgas centradas en el inodoro y apoyada en el respaldo para acomodarla correctamente.
- Para la realización de este desplazamiento es recomendable que la altura de la silla de ruedas esté al mismo nivel que la altura del inodoro.
- Asimismo, debemos retirar el brazo de la silla de ruedas del lado del giro para facilitar el paso.
- El transportista y auxiliar debe mantener siempre la posición con las rodillas flexionadas y desplazando el peso de su cuerpo hacia atrás para evitar cargar con todo el peso del cuerpo de la persona en situación de dependencia.

2° CHARLA TEÓRICA-PRÁCTICA, SOBRE
USO Y TECNICAS DE IMPLEMENTACION EN
MATERIALES ADQUIRIDOS POR LA
INSTITUCION, PARA FAVORECES
TRANSFERENCIAS Y CUIDADO EN LOS
NIÑOS CON PARALISIS CEREBRAL, ASÍ
TAMBIEN EL CUIDADO DEL PERSONAL
QUE LO REALIZA.

- Día 13 de agosto de 2018, a las 9 horas.
- Duración 45 minutos.
- Presencia obligatoria, de Transportistas y Auxiliares.
- Tema a tratar:

“Correcta utilización de materiales y herramientas, provistas por la institución”

Tabla de Transferencia

Una tabla de transferencia deslizante es el puente fundamental para los pacientes de sillas de ruedas que cambian lugares cuando no son capaces de hacerlo de pie. Hecho de madera o de plástico, que se desliza debajo del muslo y las nalgas del concurrente y se extendió sobre la brecha entre las superficies. Muchas personas pueden soportar su peso ligeramente para deslizarse a través del puente, aunque puede que tenga que ser asistido mediante el uso de una cinta de transferencia de una persona pasiva. Esta tabla de transferencia, la utilizan personas que poseen mayor independencia en su movilización de su silla de rueda al lugar que necesiten trasladarse.

Instrucciones (desde la silla de rueda a la cama)

1- Coloque la silla de ruedas lo más cerca posible de la cama como sea posible, y posicionarla en un ángulo de 30 grados con la cama.

2- Bloquee los frenos de la silla de ruedas, mover los reposapiés fuera del camino, y quitar el reposabrazos en el lado más cercano al paciente.

3- Ayuda al paciente a sentarse en el borde de la cama con los pies apoyados en el suelo.

4- Ayudar al paciente a apoyarse sobre un poco lejos de la silla de ruedas, y deslice con cuidado un extremo de la tabla de transferencia debajo del muslo que está más cerca de la silla de ruedas. El punto final de la tabla hacia abajo en la cama mientras lo hace, para evitar pellizcar la piel del paciente.

5- Coloque el otro extremo de la tabla de transferencia horizontal sobre el asiento de la silla de ruedas con el extremo de la tabla señaló en la parte trasera del asiento rincón más alejado de la cama.

6- Ayudar al paciente con varios movimientos cortos "El desplazamiento rápido" en el tablero. Si la placa se encuentra en la izquierda del paciente, haga que se incline el torso

ligeramente hacia la derecha antes de cada movimiento scooting. El paciente puede colocar sus manos sobre la cama y descansar un poco de su peso en sus manos para que sea más fácil moverse en el tablero.

7- Asegúrese de que el paciente no se caiga mientras se mueve a través del tablero en varios movimientos pequeños, hasta que él está sentado en la silla de ruedas.

8- Retire la placa, vuelva a colocar el reposabrazos, y la posición de los reposapiés.

Consejos y advertencias:

- Transferir al paciente entre las superficies de la misma altura.
- Nunca trate de mover la piel desnuda a través del tablero. Es posible poner una hoja entre el paciente y el tablero para reducir la fricción.
- Asegúrese de que la tarjeta que está utilizando es el tamaño y tipo correcto para el paciente.
- tableros de transferencia varían, así que lea las instrucciones que vienen con la placa con cuidado.
- Tenga mucho cuidado de no permitir que el paciente caiga.
- Sea consciente de su espalda cuando la transferencia de un paciente.

Grúa para transferencia

Una grúa es una ayuda técnica que permite realizar las transferencias de forma más segura y cómoda para las personas dependientes y con menos esfuerzo para el trabajador que las transferencias hecha de forma manual.

Las aplicaciones más frecuentes de las grúas son:

- Realizar todo tipo de transferencias: silla de ruedas, cama, inodoro, ducha, bañera, etc.
- Realizar traslados (por ejemplo, del dormitorio al cuarto de baño).
- Elevar al usuario desde el suelo.
- Uso conjunto con otras ayudas técnicas (por ejemplo, sillas de ducha).

Algunas personas son reticentes al uso de las grúas y prefieren hacer las transferencias por otros medios, sin embargo, las causas de rechazo no están justificadas:

El arnés arropa a la persona aplicando las fuerzas de manera uniforme, por el contrario, en las transferencias a mano estas fuerzas son mucho mayores y pueden producir incomodidad y dolor.

Las grúas no son lentas: aunque se utiliza algo más tiempo en hacer las transferencias, sólo es necesario una persona en lugar de varias como ocurre en las transferencias de forma manual. Además, la práctica en el uso continuado de grúas reduce considerablemente el tiempo de transferencia.

Las transferencias con grúa permiten al trabajador prestar más atención al usuario al no estar ocupado haciendo un esfuerzo.

Las grúas son fáciles de usar, las transferencias con las grúas necesitan menos precisión y entrenamiento que las transferencias manuales.

La aceptación de la grúa depende del trabajador, el cual debe transmitir seguridad y confianza al usuario.

Antes de adquirir una grúa es necesario tener en cuenta una serie de criterios o aspectos relacionados con las personas que van a utilizar la grúa, el lugar donde se va a utilizar y para qué se va a utilizar. A continuación, se resumen algunos criterios que no hay que olvidar:

Adecuación al usuario: La grúa y el arnés deben ser adecuados al peso, las dimensiones y las características personales.

Adecuación al uso: La grúa debe estar preparada para realizar todas las transferencias y traslados que sean necesarios de la forma más cómoda y sencilla para el usuario y el trabajador.

Adecuación al entorno: Es necesario analizar el lugar donde se va utilizar la grúa para comprobar que ésta puede funcionar de forma correcta en todas las situaciones previstas. Hay que considerar, por ejemplo, las dimensiones de las habitaciones donde se van a utilizar las grúas móviles o la resistencia de la estructura de la vivienda en grúas de pared y techo.

Confort: El arnés tiene que ser cómodo para el usuario y no clavarse en las axilas ni en los muslos. Debe ser fácil y rápido de colocar. Todos los controles para elevar o bajar a la persona elevada deben ser fácilmente accesibles y manejables.

Durabilidad: Deben tener una vida útil mínima de tres a cuatro años sin deteriorarse ninguno de sus componentes, siempre que se realice un correcto mantenimiento.

Estabilidad: La grúa ha de ser estable al vuelco en todas las direcciones, tanto cargada como descargada.

Facilidad de plegado y/o de desmontaje: Deben ser plegables o desmontables sin herramientas para facilitar su almacenaje y transporte.

Facilidad de limpieza y mantenimiento: El arnés ha de ser fácilmente lavable y la grúa debe disponer de un diseño que no dificulte su limpieza. El mantenimiento tiene que ser el mínimo posible y deben existir instrucciones claras para llevarlo a cabo.

En función del tipo de movilización que se realice y de la frecuencia puede ser necesario elegir un modelo específico de grúa. Los tres tipos más habituales son los siguientes:

- Grúas móviles (o grúas con ruedas)
- Grúas fijas
- Grúas de techo