



GUÍAS DE CUIDADOS BÁSICOS DE REHABILITACIÓN

R B C

INSTITUTO NACIONAL
DE REHABILITACIÓN
PEDRO AGUIRRE CERDA



GUÍAS DE CUIDADOS BÁSICOS DE REHABILITACIÓN RBC



INSTITUTO NACIONAL
DE REHABILITACIÓN
PEDRO AGUIRRE CERDA

Producción: Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA)

Editor cuarta edición
Sra. Carmen García C.

Colaboradores 4ª Edición

Sr. Alan Martínez A. Kinesiólogo
Sra. Eloisa De Billerberck, Terapeuta Ocupacional
Srta. Laura Carandino S, Terapeuta Ocupacional
Srta. Anya O Kuingtonss, Kinesióloga
Sra. Pabla Peña , Enfermera

Diseño:

Oscar Mendoza

Diseño portada y rediseño interior:

Germán Goitandía

Ilustración:

Máximo Carvajal

Cristian Díaz

Mauricio Catalán

Fotografía portada:

Bernardo Carvajal

Impresión:

Ediciones Foto Gráfica, teléfono 29 27 029

Derechos INRPAC, Av. José Arrieta 5969, Peñalolen. Teléfono 5754428,5754360
Email: carmen.garcia@redsalud.gov.cl

Se puede reproducir cualquier parte de este libro sin permiso del autor, siempre y cuando sean distribuidas gratuitamente o al costo, sin fines de lucro.

Para cualquier tipo de reproducción con fines comerciales, se debe pedir permiso al autor. El autor agradecerá que se envíe una copia de cualquier material en el que aparezcan dibujos o parte del texto copiados

1 Edición INRPAC, febrero del 2005

2 Edición, INRPAC Abril 2008

3 Edición , INRPAC marzo 2009

4 Edición, INRPAC marzo 2010

ISBN: 956-8439-00-5

N° Inscripción: 145.607

Agradecimientos

Grupo de Madres CCR Infantil

Fondo Nacional de la Discapacidad,
(FONADIS)

Agencia de Cooperación
Internacional del Japón, JICA

Ser Normal no es lo importante.

*Lo importante es aprender a aceptar las diferencias entre
los seres humanos.*

¡Es vivir y amar lo que más podamos!

Palabras de inicio

Ser parte activa en la capacitación de futuros monitores en Cuidados Básicos de Rehabilitación nos ha entregado enormes aprendizajes y crecimiento profesional. La nueva edición de la Guía de Cuidados Básicos nace fruto de las propias necesidades y experiencias de dichos monitores, quienes han aportado con las inquietudes y necesidades presentadas en su quehacer diario.

Esta tercera edición ha agregado nuevos capítulos, los cuales buscan facilitar y contribuir al trabajo que los monitores realizan actualmente en los Centros Comunitarios de Rehabilitación.

Siguiendo los actuales postulados, que entregan una nueva visión respecto del concepto de rehabilitación como fenómeno psicosocial, esperamos que los monitores participen no solo en las actividades relacionadas con los cuidados básicos, sino que también sean capaces de trabajar de forma colaborativa para gestionar cambios al interior de su propia comunidad. Para ello, es necesario que cada monitor tenga conciencia de la importancia de su rol como parte de una red social, puesto que para que las personas en situación de discapacidad participen en la sociedad, es fundamental tanto el aporte de la labor de profesional, como el trabajo comunitario.

La Guía de Cuidados Básicos de Rehabilitación en su cuarta edición, es el resultado de un largo camino recorrido, del cual nos sentimos orgullosos y satisfechos. Por ello, solo nos queda agradecer a todos quienes han participado e hicieron posible la elaboración de este documento.



EQUIPO RBC
INRPAC

Autores

Carmen García C.

Kinesióloga
Terapeuta en Neurodesarrollo
Jefa Centro de Responsabilidad
Comunitario INRPAC

María Inés Bravo C.

Neurokinesióloga
Coordinadora Programa de Atención a
Prematuros INRPAC

Rodrigo Hidalgo S.

Neurokinesiólogo
Diplomado en Gestión y Pedagogía
Universitaria
Coordinador Programa de Deporte y
Recreación INRPAC
Instructor internacional en Deporte para
Personas en situación de discapacidad

Isabel Soza L.

Neurokinesióloga

Alan Martínez A.

Neurokinesiólogo
Instructor internacional en Deporte para
Personas en situación de discapacidad

Marcela Apablaza

Terapeuta Ocupacional
Coordinadora Programa Integración
Escolar Huechuraba

Pía Coletti C.

Terapeuta Ocupacional.
Terapeuta Neurodesarrollo

Francisco Olmos

Terapeuta Ocupacional
Terapeuta Neurodesarrollo
Especialista en deporte y recreación
adaptada

Irma Cubillos C.

Nutricionista
Post Grado “Gestión Directiva para
Administradores de Salud”

Rebeca Martínez

Enfermera

Monica Guajardo

Enfermera
Diplomada en salud del niño y del
adolescente

Paula Cabello R.

Enfermera

Rodrigo Morales F.

Fonoaudiólogo
Terapeuta Neurodesarrollo
Diplomado en Gerencia Estratégica en
Salud

Carolina Letelier A.

Psicóloga Infanto-juvenil
Diplomada en Neuropsicología Infanto-
Juvenil

Patricia Schmidt S.

Psicóloga Educacional Infanto-juvenil

Diplomada en Psicodiagnostico Infanto-Juvenil

Dr. Alberto Vargas P.

Medico Especialidad en Ortopedia y Traumatología.
Diplomado en Gestión Estratégica de Instituciones de Salud

Dra. Gloria Cornejo G.

Odontopediatra
Especialista en atención de pacientes odontológicos con patología sistémica

María Soledad Astorga L.

Asistente Social
Diplomada en Rehabilitación Psicosocial
Coordinadora Programa de Desarrollo Comunitario INRPAC

Mirla Arcos P.

Educadora Diferencial
Magíster en Ed. Diferencial
mención Necesidades Educativas Múltiples
Coordinadora Programa de Integración Escolar INRPAC

Luis Gallegos M.

Profesor de Educación Física, Deporte y Recreación en enseñanza básica y media
Miembro equipo Programa de Deporte INRPAC

Cristián Marchant R.

Profesor de Educación General Básica,
Fundación Carolina Labra Riquelme.
Postgrado en Pedagogía, Infancia y

Enfermedad, Universidad de Barcelona.

Paula Saavedra A.

Profesora de Educación General Básica
Psicopedagoga
Fundación Carolina Labra Riquelme
Postgrado en Pedagogía, Infancia y Enfermedad, Universidad de Barcelona.



ÍNDICE

GUÍA DE CUIDADOS BÁSICOS DE REHABILITACIÓN

PALABRAS DE INICIO

1.	BASES CONCEPTUALES	15
	Modelos en Discapacidad	15
	Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud	19
	Estrategia de RBC	23
	RBC Concepto	23
	Qué entendemos por Centro Comunitario	26
2.	GESTIÓN COMUNITARIA	28
	¿Qué es Gestión Comunitaria?	28
	¿Cómo podemos facilitar la Gestión Comunitaria?	28
3.	REDES SOCIALES	30
	¿Qué son las Redes Sociales?	31
	Valores que fortalecen el Trabajo en Red	31
	Qué tipo de Redes existen:	32
4.	GUÍA DE CUIDADOS BÁSICOS PARA PsD FÍSICA	33
	Introducción	33
	Manejo del Tono	34
	Respiración	38
	Actividades para Control de Cabeza y Tronco	40
	Actividades para los Brazos	41
	Actividades para las Piernas	45
	Traslados y Transferencias	47
5.	GUÍA DE CUIDADOS ESPECIALES PARA PsD	50
	Cuidados de la Piel	50
	Cuidados para la Gastrostomía	51
	Cateterismo Intermitente	53
6.	GUÍA DE ALIMENTACIÓN	56
	¿Qué es la Alimentación?	56

Algunas Sugerencias relacionadas con el Niño	56
Algunas Sugerencias relacionadas con el Alimento	58
Algunas Sugerencias relacionadas con el Cuidador	59
Algunas Sugerencias relacionadas con el Ambiente	61

7. GUÍA DEL JUEGO. **63**

El Juego en los Niños con Discapacidad Física	63
¿Qué debo Considerar para el Juego?	67
¿Qué Juguetes se pueden confeccionar?	68

8. GUÍA DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (A.V.D.) **70**

¿Por qué es importante estimular las A.V.D?	70
¿Qué son las A.V.D.?	72
Como Cuidador... ¿Qué puede hacer para ayudar?	72
Funciones como Cuidador de Niños con Discapacidad Física	73
¿Cómo enseñar a un Niño a vestirse?	74
¿Cómo enseñar a una Persona a bañarse?	78
¿Cómo enseñar al Niño a lavarse caras y manos?	82
¿Cómo enseñar a un Niño a ir al baño en forma independiente?	86
¿El Niño debe participar en el aseo del hogar?	89

9. AYUDAS TÉCNICAS: IMPLEMENTOS Y ADAPTACIONES PARA USO COTIDIANO **90**

¿Qué es una Ayuda Técnica?	90
¿Cómo puedo solicitar una Ayuda Técnica?	91
Algunas Ayudas Técnicas	92
Algunas Adaptaciones	95
Algunos Implementos Terapéuticos	98
Materiales confeccionados artesanalmente	101

10. GUÍA DE MANEJO BÁSICO DE LA SILLA DE RUEDAS **104**

Partes de una silla de ruedas	104
Manejo de silla de ruedas	106

11. AUTOCUIDADO DE LA PERSONA EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA **110**

¿Qué entendemos por Autocuidado?	110
Instancia de Autocuidado en la Vida del Ser Humano:	110

	Características del Autocuidado	111
	Cuidado Autocuidado	111
	Autocuidado ¿Enfoque Integral y Humano?	111
	Autocuidado en la Persona en Situación de Dependencia	112
	¿Cómo Enfrenta el Autocuidado la Persona en Situación de Dependencia?	113
	¿Qué Beneficios obtiene?	114
12.	AUTO CUIDADO DEL CUIDADOR	115
	Rol del Cuidador:	115
	Cómo Cuidarse Mejor...	117
	¿Qué consecuencias puede tener el cuidado en la vida diaria del cuidador?	119
	¿Qué intervenciones se pueden aplicar en los cuidadores para disminuir las consecuencias negativas?	120
13.	APOYO A LA INTEGRACIÓN EDUCATIVA A NIÑOS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD	121
	Introducción	121
	¿Qué es la Integración Escolar?	122
	¿Cómo podemos facilitar las actividades escolares de los niños/as y jóvenes?	123
	¿Qué adaptaciones se pueden realizar, para un niño con discapacidad física?	124
	¿Cómo se pueden apoyar los aprendizajes de los niños?	126
14.	SEXUALIDAD EN PERSONAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD: UNA GUÍA DE APOYO	128
15.	CUIDADOS BÁSICOS EN HIGIENE ORAL EN PERSONAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD	131
	Cuidados del Bebé	131
	Caries del Biberón	132
	Educación para la Salud	133
	Prevención en Odontología	134
	Pacientes con Gastrostomía	134
16.	GUÍA DE DEPORTE	135
	Actividad Física Adaptada	135
	Deporte Adaptado	138
17.	BIBLIOGRAFÍA	146



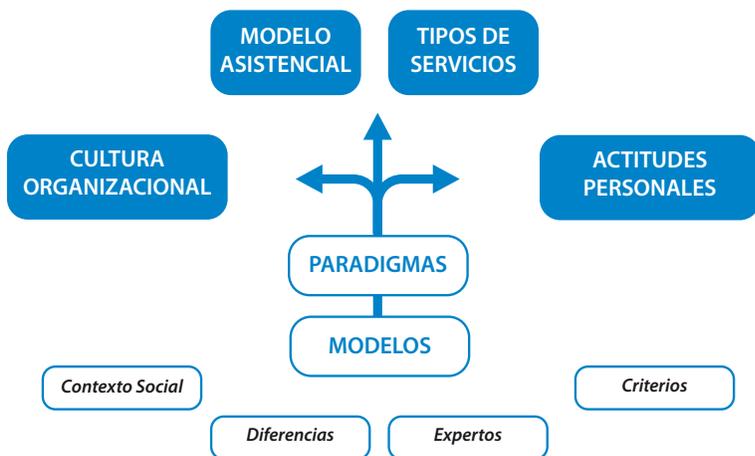


BASES CONCEPTUALES

Sr. Alberto Vargas P.
Traumatólogo

Modelos en Discapacidad

En general cuando nos enfrentamos a un problema en nuestro actuar profesional, nos preocupa contar con herramientas técnicas útiles que nos permitan solucionar el dilema en el cual nos vemos involucrados, pero pocas veces nos detenemos a pensar el porqué hemos optado por una u otra alternativa para resolver dicha situación. Los modelos conceptuales no son más que un intento de explicar una realidad y de ordenar los factores que interactúan para condicionar esa realidad determinada. Esta interpretación nos llevará a construir nuestros paradigmas y por tanto definir nuestra conducta personal frente a esta realidad, así como determinará la secuencia y estructura de nuestra organización, además de la calidad y el tipo de servicios que prestará.



Los modelos conceptuales para interpretar la discapacidad son diversos en las distintas sociedades y tiene una evolución en el tiempo de acuerdo a los hechos históricos y los cambios sociales, pudiendo coexistir diferentes modelos dentro de una misma sociedad. Un claro ejemplo lo encontramos en nuestra sociedad donde la visión proteccionista centrada en un enfoque caritativo convive con modelos de autonomía personal que se centra en los derechos de las personas en la autodeterminación.



MODELO BIOMÉDICO, MODELO SOCIAL Y MODELO UNIVERSAL

Dentro de los modelos predominantes hoy en la sociedad moderna encontramos el modelo médico y social como aquellos con mayor influencia en los grupos relacionados a los temas de discapacidad. Si bien existe un sinnúmero de sistematizaciones para explicar los distintos enfoques, hemos simplificado el tema a estos tres modelos que nos permitirá reflejar en mejor forma el comportamiento mayoritario de las personas en nuestra sociedad y en particular en el ámbito de la salud. Por otro lado hemos incluido el modelo universal dado que desde la perspectiva de salud permite dimensionar la importancia que tiene el comprender que la discapacidad es transversal a los distintos grupos sociales y por tanto una política de salud en este ámbito apunta a la sociedad en su conjunto.

El Modelo Biomédico

El Modelo Biomédico se basa en la concepción de que la discapacidad está directamente relacionada con la deficiencia o el problema de salud del individuo, existiendo una causalidad directa en forma lineal (fig. 1).

Fig. 1 Esquema Modelo Medico



Bajo este concepto la intervención está centrada en recuperar esta deficiencia o compensarla y de esta forma lograr la inclusión de la persona a la sociedad, centrando el problema en el individuo y focalizando los esfuerzos en la prestación de servicios de rehabilitación compensatorios, con un fuerte énfasis en los equipos profesionales y los elementos técnicos que permitan al individuo adaptarse a las exigencias de la sociedad. Sin duda que este modelo es fácil de entender a los profesionales del área de la salud y tiene clara lógica, donde una persona con retinopatía diabética está discapacitada visualmente por su deficiencia causada por una enfermedad.



El Modelo Social

El Modelo Social tiene un fuerte desarrollo ligado a los movimientos de derechos Humanos y civiles, en este modelo la discapacidad del individuo se centra en la resultante de las actitudes de la sociedad frente a la persona más allá de sus deficiencias o enfermedad. Por lo tanto la discapacidad es la resultante del fracaso de la sociedad de dar respuesta a las necesidades y aspiraciones de la persona con una deficiencia. Este fracaso está determinado tanto por barreras ambientales como actitudinales de los diferentes grupos sociales (fig. 2). Sin duda existen múltiples ejemplos que sostienen este modelo, tales como, la imposibilidad de ingresar a edificios públicos a personas en de ruedas por falta de accesos adaptados, donde la sociedad debiera considerar normas de accesibilidad universal.

Fig. 2 Esquema Modelo Social



El Modelo Universal

El modelo Universal parte de la premisa que la discapacidad es inherente al ser humano, en esencia, ser limitado. Por lo tanto desde esta perspectiva toda población está en riesgo de encontrarse en situación de discapacidad y que esta condición es siempre cambiante dado que el concepto de incapacidad es relativo a las propias condiciones del entorno y las capacidades del individuo. Esto lo podemos ejemplificar en una mujer embarazada de término, la cual no posee una condición de salud de enfermedad, sin embargo difícilmente podría realizar un deporte de alto rendimiento.

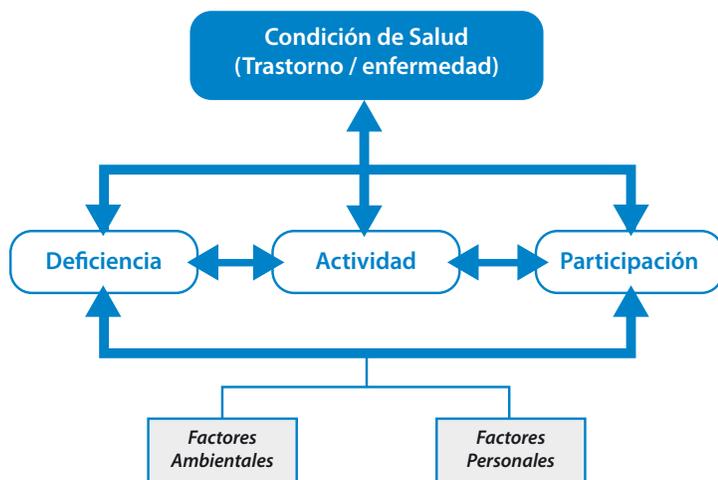
Estos modelos colocan el énfasis determinante de la situación de discapacidad en un aspecto principal, apareciendo antagónicos y con marcadas diferencias (tabla 1), no solo en el origen de la situación de discapacidad, sino que, en la forma de intervención.



Variable	Modelo Médico	Modelo Social
Enfoque	Individual	Holístico
Definición del problema	Deficiencia	Dependencia Impuesta
Localización del problema	Individuo	Entorno
Solución del problema	Intervención profesional	Autosuficiencia
Tipo de teoría	Tragedia personal	Opresión social
Rol social	Paciente / Cliente	Consumidor
Quién controla	Profesional	Consumidor
Tipo de cultura	Beneficencia	Cultura de derecho
Tipo de Política	Asistencial	Derechos Humanos
Resultado pretendido	Rehabilitación/Empleo	Autonomía Personal

Modelo Biopsicosocial

El modelo Biopsicosocial es un modelo integrador donde confluyen los modelos antes señalados. En este modelo se conjugan las dimensiones biológicas, las motivaciones psicológicas y los condicionantes sociales que determinan el funcionamiento del ser humano. Este modelo recoge los aspectos biológicos que determinan un déficit en un órgano o función, sin embargo, también considera los factores condicionantes tanto sociales como personales, que están influyendo en la condición de discapacidad del individuo.





En este modelo, por tanto, se conjuga una política sanitaria y social que se funda en una perspectiva de derecho que considera los cuidados en salud requeridos, buscando una adaptación individual, pero además un cambio social. En este enfoque debe coexistir un tratamiento individual con equipos profesionales de apoyo que acompañen en el proceso de rehabilitación, pero que fomente la responsabilidad colectiva e individual y que se complemente con la intervención social y medioambiental que genere los cambios sociales requeridos para la inclusión social.

Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud

La clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y Salud (CIF) es adoptada por la OMS desde el año 2001 y pretende ser una clasificación que permita describir la condición de salud de las personas. Esta clasificación pretende aplicar el modelo Biopsicosocial de discapacidad, entregando un lenguaje común, que enfatice en los aspectos positivos de la persona. En esta clasificación el funcionamiento humano y la discapacidad es consecuencia de la interacción de la condición de salud de la persona y su entorno físico y social.

¿Que nos entrega de nuevo esta clasificación?

Uno de los aspectos más importante es aclarar el concepto de Discapacidad. En esta clasificación se establece que la discapacidad no es un problema personal, sino un fenómeno multifactorial. En otras palabras una persona no es discapacitada por tener una deficiencia solamente, sino que es el resultado de la interacción entre factores del medio ambiente y la persona. Un ejemplo típico es la persona que tiene un problema visual que es corregible con lentes, donde un elemento externo compensa una deficiencia de una función del cuerpo y permite a la persona desarrollarse plenamente y participar en todo tipo de actividades de su comunidad, sin embargo, sin sus lentes la persona no puede leer (limitación en una actividad) o no puede participar de una película de cine (restricciones en la participación) y por lo tanto se encuentra en situación de discapacidad.



¿En qué aspectos debemos poner atención para describir el funcionamiento del individuo?

Debemos centrarnos en el nivel corporal, personal y social. En el nivel corporal, se relaciona el funcionamiento con el estado de las funciones y estructuras corporales. En el individual, con la capacidad de la persona de ejecutar actividades que le son propias para su rol y en el ámbito social, las posibilidades de la persona de participar en situaciones vitales en la comunidad de acuerdo a ciertas barreras o elementos facilitadores del ambiente. Para entenderlo mejor cuando queremos describir el funcionamiento de una persona con una amputación de extremidad, podemos establecer que la persona tiene una deficiencia corporal establecida como la amputación de la extremidad. En el nivel de la actividad la capacidad de trasladarse estará limitada, sin embargo, en relación al ambiente esta persona puede contar con ayudas técnicas que actúan como facilitador, como es el caso de una prótesis, que significarían que no existiría restricción para participar en las actividades vitales porque la capacidad de trasladarse sería compensada. En este sentido **la clasificación del funcionamiento humano nos obliga a realizar una evaluación global del individuo** y su entorno para establecer el grado de restricción de la persona y la influencia del mismo.

¿Cómo nos impacta esta clasificación en el enfoque de la discapacidad?

Nos obliga a tener una visión amplia del problema analizando la deficiencia de la persona, pero desde la perspectiva de la función y la capacidad de realizar actividades, rescatando las capacidades y la potencialidad del individuo. Además, nos fuerza a considerar los apoyos requeridos y las barreras en la sociedad que permitan igualdad de oportunidad para todas las personas. En la CIF el concepto de discapacidad NO ES UNA CARACTERÍSTICA DE LA PERSONA, es más bien una resultante entre el individuo y su entorno, por lo tanto existe responsabilidad en las personas y la sociedad para lograr la inclusión social de todos sus miembros. En este sentido los servicios de rehabilitación, las políticas de educación y trabajo, además de los sistemas de protección social deben considerar las situaciones que determinan discapacidad en las personas con un enfoque universal y en la perspectiva de derecho.



¿Cuál es la estructura de la Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y la salud?

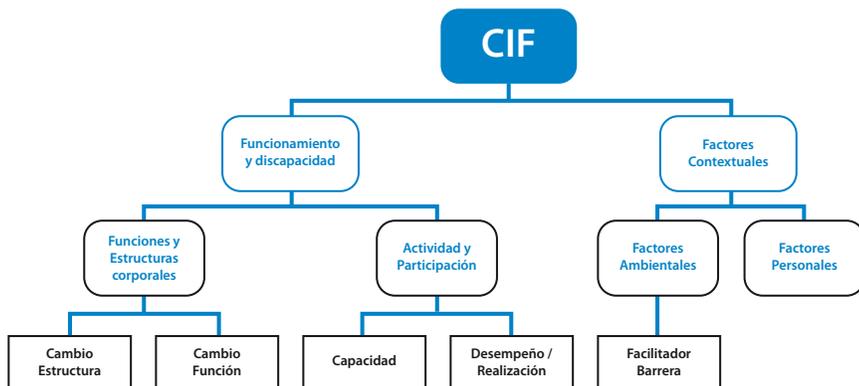
No podemos olvidar que la CIF es finalmente una de las clasificaciones que nos entrega la Organización mundial de la salud que pretende entregar las herramientas para describir el efecto de la salud sobre el funcionamiento del individuo y es por esto que tiene una organización jerárquica que nos permite describir en forma ordenada y clara.

Está organizada en 2 partes (ver esquema) que son:

1. *Funcionamiento y discapacidad*
2. *Factores contextuales*

Cada una de estas partes esta dividido en sus componentes principales que son:

1. *Funciones y estructura corporal*
2. *Actividad y participación*
3. *Factores ambientales*
4. *Factores personales*





¿Cuáles son las definiciones importantes?

- **Funciones corporales:** son las funciones fisiológicas del organismo incluidas las psicológicas (*Ej: Funciones de la voz y el habla*).
- **Estructuras corporales:** se refiere a las partes del cuerpo incluido órganos, sistemas y extremidades (*estructuras relacionadas con el movimiento*).
- **Deficiencia:** son problemas en las estructuras o funciones corporales
- **Actividad:** Es la realización de una tarea o acción por parte de una persona (*Ej: alimentarse*)
- **Limitación de la Actividad:** cualquier limitación en el desempeño o realización de una actividad que tenga una persona relacionado con un estado de salud.
- **Participación:** Es el acto de involucrarse en una situación vital, es la dimensión de la experiencia vivida en contexto real de la persona (*Ej: participación en las actividades comunitarias*).

Sin duda que la CIF es una herramienta técnica que nos entrega una forma común de entendernos y analizar el impacto que puede tener un estado de salud en la capacidad de funcionamiento de una persona y por lo tanto es un tema que puede parecer difícil de entender, sin embargo, el motivo principal es entregar estos elementos a los lectores y mostrar que se recogen conceptos fundamentales para todos nosotros, lo que nos permiten tener claro como analizar el problema de la discapacidad, entendiendo que la discapacidad no solo depende de la persona, sino que hay factores ambientales y sociales que debemos considerar y que pueden actuar como barrera o facilitadores para las personas.



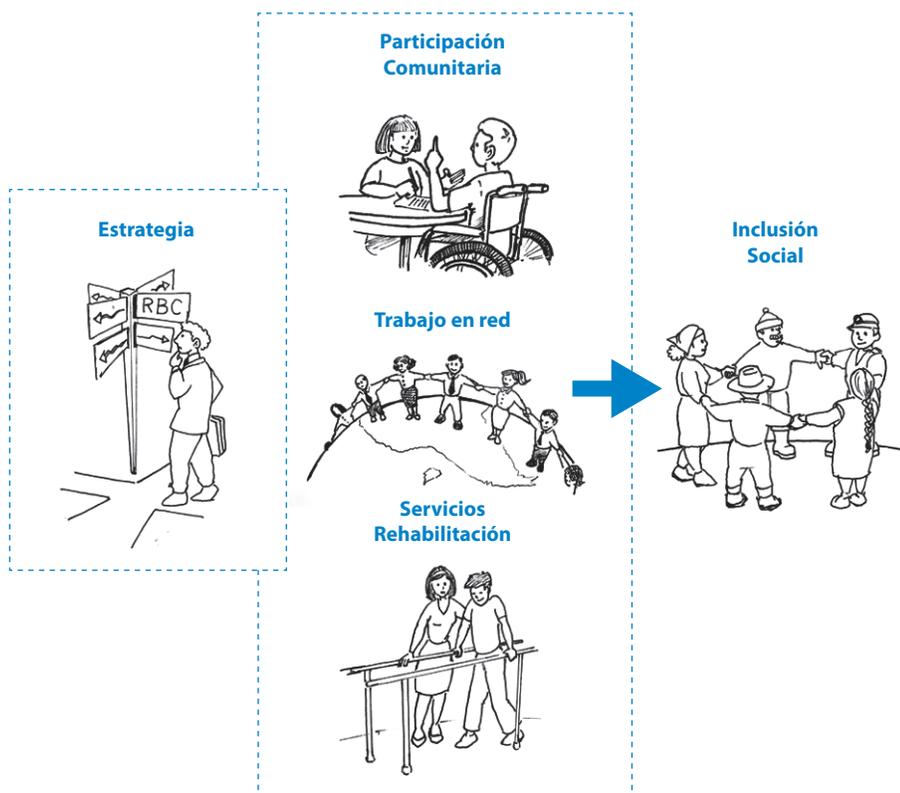
Estrategia de RBC

Sra. Carmen García C.
Kinesiólogo

Rehabilitación basada en la Comunidad (RBC)

La Organización Mundial de la Salud (OMS), LA Oficina Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) consideran la RBC como una Estrategia de desarrollo comunitario para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades y la integración social de todas las personas en situación de discapacidad.

RBC Concepto





¿Qué es RBC?

Es una estrategia de trabajo, con metas a corto y mediano plazo, que reúne todas las medidas adoptadas para aprovechar los recursos materiales y humanos de la localidad (las personas en situación de discapacidad, las familias, los servicios de salud, Educación, trabajo, organizaciones de base y comunidad en general), con el fin de facilitar su integración, autonomía y participación para que estudien, trabajen y se diviertan en los mismos sitios que lo hacen el resto de personas de su comunidad y exigiendo a la sociedad respeto por su condición sin exclusión o sobreprotección.



Características de RBC

Las principales características que se consideran en la implementación de la RBC en el INRPAC son:

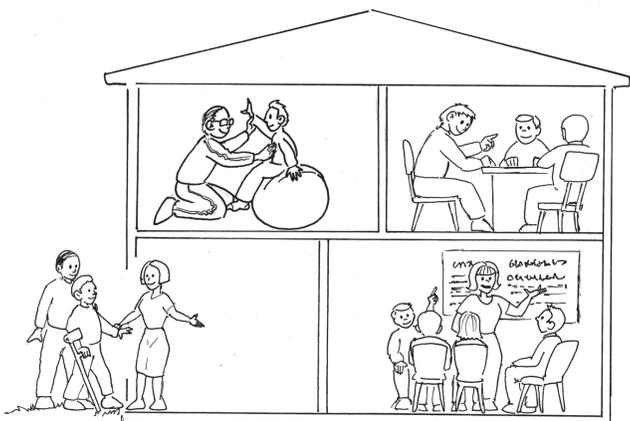
- Centrada en el usuario y la comunidad.
- Flexible.
- Coordinarse con sistemas de referencia.
- Proveer conocimientos adecuados a la comunidad.
- Selección apropiada de tecnología.
- Destaca el rol de los cuidadores y voluntarios apoyados por profesionales guías.
- Considera a la familia como unidad de intervención.
- La unidad territorial es la comuna.
- La unidad técnica es el equipo de rehabilitación.
- Favorece las actividades de extensión comunitaria.
- Considera ámbitos de acción rural y urbano.



Características del Equipo de Rehabilitación

La implementación de la RBC considera un rol activo del equipo de rehabilitación, acorde al modelo biopsicosocial, destacando:

- Equipo inter-transdisciplinario de acuerdo a las necesidades de las personas y con una visión integral.
- Asesor, guía y facilitador de los procesos.
- Capacitador y orientador capaz de transferir las herramientas que permitan un efectivo empoderamiento de las personas y su familia.
- Relación Horizontal donde exista una asociatividad fundada en la cooperación entre el profesional y las personas.



Qué debemos tener en cuenta para poder implementar un programa de RBC

Para llevar a cabo un programa de RBC es necesario que se ponga en práctica las siguientes estrategias:

- Movilización y participación comunitaria.
- Construcción de diagnóstico participativo.
- Planificación de las acciones prioritarias.
- Ejecución de acciones.
- Evaluación y seguimiento continuos.



¿Quiénes Participan?

- Personas en situación de discapacidad.
- Sus Familias.
- Organizaciones de base.
- Sector Salud.
- Sector Educación.
- Gobierno Local.
- Comunidad en General.

Qué entendemos por Centro Comunitario

Una dimensión importante en la expresión física de RBC propuesto por el Instituto Nacional De Rehabilitación Pedro Aguirre Cerda (INRPAC), son los Centros Comunitarios de Rehabilitación (CCR) entendidos como una instancia de participación Comunitaria que aplicando la estrategia de RBC, acogen a la comunidad y en particular a las personas en situación de discapacidad (PsD) y su familia, articulando acciones y recursos de la comunidad para detectar y dar soluciones a sus propias necesidades de acuerdo a su realidad local, propendiendo a una real inclusión social.

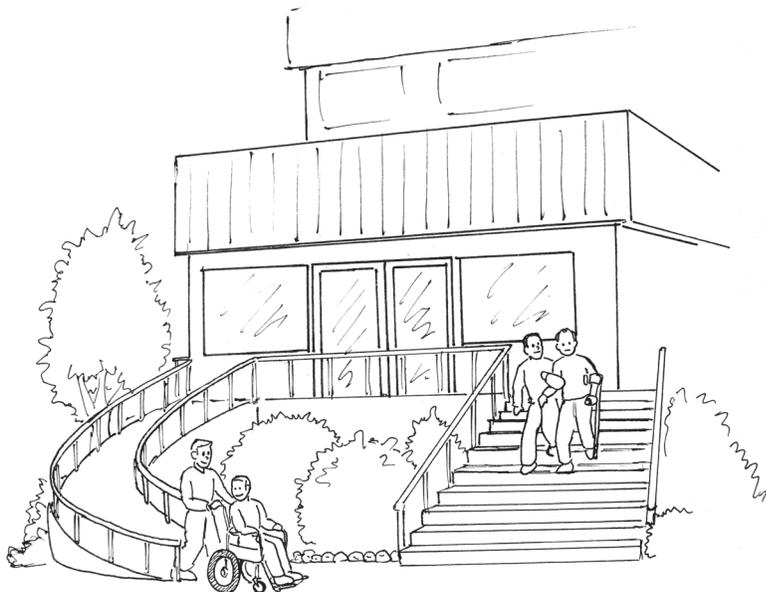
Esta entidad reúne orgánicamente y da soporte organizacional a diversas actividades como son:

- Servicios de Cuidados básicos de rehabilitación de baja complejidad favoreciendo con esto el acceso oportuno con el propósito de optimizar los resultados funcionales, manteniendo y generalizando los logros obtenidos y previniendo la pérdida de las capacidades de las personas.
- Fortalecimiento y desarrollo social en rehabilitación potenciando el trabajo en Red que optimice el uso de los recursos disponibles en la comunidad y potencie la multisectorialidad de las organizaciones sociales e instituciones que se relacionan con las personas.



- Participación comunitaria que se traduzca en la representación de sus propias necesidades y empoderamiento, en la búsqueda de soluciones.

Se considera la inclusión social como eje fundamental y a la comunidad como base, poniendo al servicio de ésta las herramientas técnicas que le permitan fijar, objetivar y acotar las metas, así como la planificación y ejecución de la estrategia diseñada para lograrlas.





GESTIÓN COMUNITARIA

Sra. Carmen García C.
Kinesiologa

¿Qué es Gestión Comunitaria?

Es un proceso que facilita la participación activa de todos los miembros de la comunidad, en todas las etapas de nuestro accionar: el diagnóstico, la toma de decisiones y la distribución de tareas, de manera que podamos encontrar las más variadas y mejores alternativas para resolver nuestros problemas.

Ella nos permite posibilitar la equiparación de oportunidades, fortalecernos y apropiarnos de herramientas y estrategias que nos permitan las soluciones más acertadas frente a los temas que afectan a nuestra comunidad

¿Cómo podemos facilitar la Gestión Comunitaria?

Lo básico es tener en cuenta que todos somos diferentes, cada uno tiene una historia propia que le hace ver la vida de una manera diferente y está marcada por sus experiencias, historia de vida, sexo, religión, etc.; las cuales debemos tomar en cuenta y RESPETAR a la hora de trabajar.

Los elementos básicos para facilitar la Gestión Comunitaria son:

1. Movilización Comunitaria:

Para lograrlo debemos involucrar a todas las personas interesadas, mostrando a los distintos sectores los beneficios de trabajar en conjunto para alcanzar las metas y por último y lo fundamental promoviendo el EMPODERAMIENTO de la comunidad en la resolución de sus propios problemas.

2. Participación Comunitaria:

Es el trabajo conjunto entre todos los sectores de la comunidad en pos de la resolución de sus propios problemas, para lograr este trabajo es necesario:

- Conocer la comunidad donde se trabaja.
- La participación debe ser de carácter voluntario.

- Debe haber coordinación entre sectores.
- No hacer falsas promesas.

3. Toma de decisiones:

La toma de decisiones debe ser planificada y tomar en cuenta al menos los siguientes aspectos:

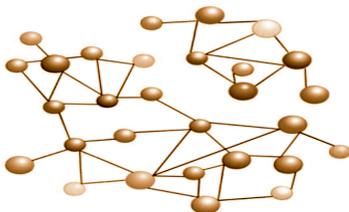
- Fijar objetivos claros.
- Identificar los problemas sentidos y reconocidos por la comunidad.
- Establecer y evaluar las posibles alternativas de solución.
- Llevar a cabo lo planificado.
- Establecer mecanismos de monitoreo y evaluación.



REDES SOCIALES

Sra. María Soledad Astorga L.
Asistente Social

Las personas, las familias, las instituciones, las organizaciones, todos se desenvuelven en un espacio, en un territorio en donde el encuentro diario permite que nos relacionemos.



La mayor parte de estas relaciones que generamos en nuestra vida cotidiana, nos permiten sobrevivir y lograr satisfacer necesidades de una o de otra forma. Por ejemplo: si tenemos buenas relaciones sociales con nuestros vecinos, podemos ayudarnos mutuamente con la tacita de azúcar, de arroz o cuando necesitamos que alguien cuide de los nuestros. Además, en el caso de los amigos nos pueden ayudar a conseguir otro trabajo.



¿Qué son las Redes Sociales?

Son espacios de diálogo y coordinación en las cuales se encuentran instituciones públicas y privadas en función de un objetivo común. Es una forma de asociarnos basándonos en la confianza y las relaciones.

La red es una forma de organización horizontal, todos participan en igualdad de condiciones.

Existe una variedad de redes sociales, pero en general todas poseen una característica básica: Un propósito u objetivo común que convoca a los miembros de la red. Este objetivo común es la razón de ser de la red, lo que hace que los diversos actores se unan.



Valores que fortalecen el Trabajo en Red

Este trabajo nos permite:

- Establecer relaciones sociales estables y formales entre participantes de distintas organizaciones e instituciones.
- Reconstruir la confianza con nuestros vecinos, con las organizaciones, aprendemos a creer en el otro, compartimos los conocimientos, saberes y tecnologías entre los distintos miembros de la red.
- Crear lazos de cooperación al realizar actividades que benefician al conjunto de los participantes.
- Relaciones de reciprocidad, la cooperación es para uno y otro lado.



Qué tipo de Redes existen:

Podemos formar redes según el...

- **Criterio territorial**
Redes comunales, regionales, nacionales, internacionales.
- **Criterio de pertenencia**
Redes de organizaciones sociales, de organismos no gubernamentales, de instituciones, mixtas.
- **Criterio de funcionalidad**
Redes temáticas, de información, de empoderamiento.

Una red puede combinar estos tres criterios.

EL RESULTADO DEL TRABAJO EN RED ES SIEMPRE SUPERIOR AL QUE CADA UNO OBTIENE POR SEPARADO (EL TODO ES MÁS QUE LA SUMA DE LAS PARTES).

Cuando trabajamos juntos $2 + 2 = 5$

Tomado de "Trabajar en Red: Una oportunidad para liderar"
CIREC

GUÍA DE CUIDADOS BÁSICOS PARA PSD FÍSICA

Sra. María Inés Bravo, Kinesióloga
Sra. Carmen García, Kinesióloga

Introducción

El propósito de esta guía es que sirva como base para actividades que una cuidadora realice con un niño con discapacidad física en un CCR.

Deberán ser actividades guiadas por las indicaciones de los profesionales de rehabilitación que atienden al niño, que la cuidadora deberá averiguar antes de iniciar su actividad.

En esta guía se presentarán algunos ejemplos de actividades, pero se podrán modificar a fin de hacerlas más placenteras o divertidas para el niño, de forma que esto sea un proceso divertido y no una obligación.

Existen actividades que son obligatorias y que pueden ser “desagradables”, como mover el pie cuando ha sido operado recientemente, por la sensación de dolor que puede aparecer con esta acción; es necesario explicarle por qué hay que hacerlo y crear formas divertidas de hacerlo.

Recuerde siempre:

UN NIÑO HARA MEJOR LAS ACTIVIDADES SI SON ENTRETENIDAS, SON EN FORMA DE JUEGO Y NO ALGO OBLIGATORIO.

Al realizar las actividades hay que aprovechar de relacionarse con el niño, nunca olvidar que es una persona que siente aunque no hable, por lo que siempre hay que explicar lo que se va a hacer, muy importante es invitarlo a participar y a ayudar, y nunca realizar cosas sorpresivas o violentas.

Muchas veces se va a enfrentar a niños pequeños o que les cuesta concentrarse, por lo que la actividad deberá ser corta y siempre ir cambiando para que no sea aburrida.



La actividad puede calmar o activar a un niño, le permite relacionarse con la cuidadora, con otros niños y consigo mismo, por lo que siempre debe ser especial y distinta para cada uno.

Las Personas en situación de discapacidad tienen necesidades diferentes según características propias, diagnósticos, intereses personales y realidad psicosocial, entre otras.

Esta guía muestra los cuidados básicos en rehabilitación más comunes, sin olvidar que es posible realizar adaptaciones a las actividades propuestas, para que sean más efectivas, entretenidas o fáciles de realizar.

Manejo del Tono

¿PARA QUÉ SIRVE QUE MANEJEMOS EL TONO?

En niños con tono muscular alterado (niños rígidos o espásticos, blandos o hipotónicos o con movimientos involuntarios), la relajación es momentánea y tiene como finalidad dos cosas:

- | | |
|---|---|
| <p>1. Que el niño mantenga la flexibilidad en sus articulaciones para disminuir el riesgo de deformaciones, favorecer la circulación de la sangre y evitar problemas respiratorios.</p> | <p>2. Prepararlo para la siguiente actividad o juego que vaya a realizar.</p> |
|---|---|

Como por ejemplo: Mover brazos, ponerse en pie, dar pasos, etc.

Antes de realizar cualquier actividad, es necesario conocer qué tono tiene la persona.

Esto se puede hacer:

Tocando y moviendo sus brazos y piernas:

Para saber si están duros o “espásticos”, muy blandos o “hipotónicos” o variando entre duros y blandos o “distónicos”.

Mirando cómo se mueve:

Si su postura es muy rígida es porque es “espástica”, si está muy tranquilo y le cuesta mucho moverse es porque es “hipotónico”, y si tiene movimientos que no puede controlar es “distónico”.



¿CÓMO PODEMOS HACER PARA QUE EL TONO SEA MÁS NORMAL?

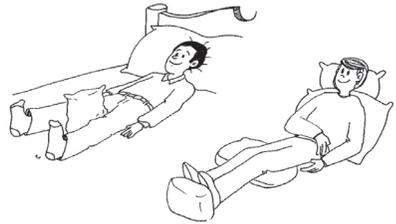
Niños Espásticos o Distónicos:

La postura de ellos es muy rígida o “espástica”, o tiene movimientos que no puede controlar (“distónico”). Al tocarlo o mover sus brazos y piernas se encuentran rígidos o son difíciles de mover.

Alinear al niño:

Si esta acostado de espalda:

Se debe colocar una almohada bajo su cabeza y entre sus piernas, enderezar su espalda y acomodar sus brazos y piernas para que no estén doblados o girados.



Si está acostado de lado:

Colocar una almohada bajo su cabeza, entre sus piernas y detrás de su espalda para que no se gire, enderezar brazos y piernas.



Si está sentado:

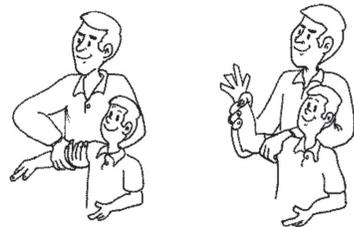
Que su espalda esté derecha, con la cabeza mirando de frente, piernas estiradas o , si está sentado en una banca, que sus rodillas estén dobladas y sus pies apoyados en el suelo, brazos frente al niño sin que estén girados.



Movilice al niño:

Mueva sus articulaciones muy suavemente, para que pueda sentir el movimiento y relajarse con él.

El movimiento suave también permite que sienta las distintas partes de su cuerpo, nómbrelas a medida que las va tocando.





IMPORTANTE:

NUNCA hacer un movimiento brusco o sin avisar, si el niño se asusta, su tono aumentará y no podrá relajarlo.

El movimiento debe empezar por su tronco y luego seguir por las extremidades, hasta llegar a los dedos de manos y pies.

Es importante detener el ejercicio o movilización, cuando observe que el niño parezca mostrar DOLOR o incomodidad, a través de quejidos o aumento de tono, (se pone "tieso"). Busque formas de calmarlo para volver a iniciar la actividad.



Masaje:

Con crema, talco o telas suaves por todo el cuerpo del niño, de manera lenta y calmada, será más fácil que se relaje.

Es bueno partir por su tronco y pecho, y luego ir avanzando por sus brazos y piernas, dejando manos y pies para el final.



Niños Hipotónicos:

La postura común de ellos es de relajación como "muñecos de trapo", son muy tranquilos y se le dificulta mucho el moverse. Al tocar o mover sus brazos y piernas se encuentran blandos y muy fáciles de mover.

¿Qué podemos hacer?

Al movilizar las diferentes partes del cuerpo de estos niños, debe hacerlo presionando con las manos sobre su piel, para que sienta su cuerpo y se "activen" sus músculos.



Masaje:

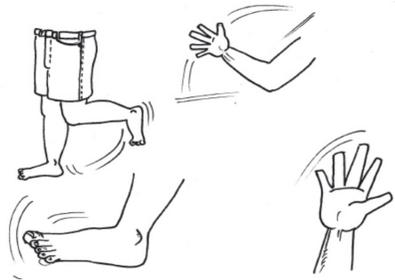
Usando talco o cremas de diferentes texturas, debe ser un masaje enérgico y corto.

Puede ir presionando la piel o dando pequeños golpecitos con los dedos, hacerle "cosquillas"

**OJO: ¿Cómo mover cada parte del cuerpo del niño?:**

Debemos llevar sus brazos o piernas a posiciones en que habitualmente no están, por ejemplo: estirar el codo si acostumbra tenerlo doblado, o doblarlo si acostumbra tenerlo estirado, contar hasta 30 y soltar suavemente, y moverlo hacia otra posición.

Si tiene dudas sobre como mover una parte del cuerpo, puede probar consigo mismo moviéndose y viendo las distintas formas de movimiento que tiene o consultar al equipo de profesionales guías del CCR.





Respiración

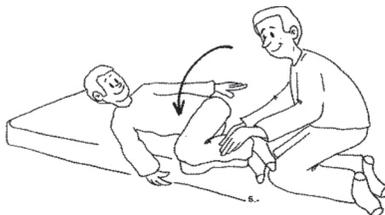
La respiración en todo niño con discapacidad física está comprometida, ya sea porque tiene un tono muscular alterado que le impide respirar o toser adecuadamente, o porque simplemente le cuesta moverse y pocas veces practica el respirar profundamente, como ocurre después de correr un rato.

¿QUÉ ACTIVIDADES ME AYUDAN A RESPIRAR MEJOR Y PREVENIR ENFERMEDADES RESPIRATORIAS?:

Si el niño no controla cabeza ni tronco:

Movilizar el tronco:

Teniendo al niño acostado de espalda, doblar sus rodillas y llevarlas de un lado a otro, sin que se despeguen los hombros de la colchoneta, de forma que gire su columna.



El movimiento debe ser suave.

Siente al niño sobre la colchoneta y siéntese detrás de él, **RECUERDE** mantener bien alineada la espalda, brazos y piernas, tómelo desde los hombros y haga girar su columna con suavidad.



Siente al niño sobre la colchoneta y siéntese detrás de él, **RECUERDE** mantener bien alineada su espalda, brazos y piernas, tome uno de sus brazos y levántelo suavemente, manténgalo hasta contar 30 y bájelo suavemente, realizar lo mismo con el otro brazo.



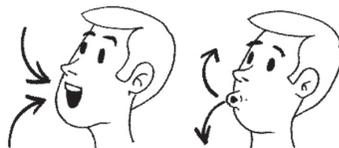
Si el niño está tosiendo por acumulo de secreciones, póngalo de lado o siéntelo un poco inclinado hacia delante, para que le sea más fácil eliminar secreciones.



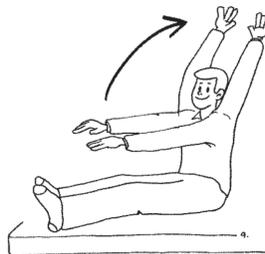
Si el niño controla cabeza y tronco, pero le cuesta mover otras partes del cuerpo:

Practicar la respiración:

Tomar aire suavemente por la nariz y eliminar aire por la boca, repetir 3 veces.

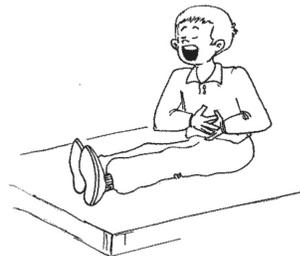


Siente al niño sobre la colchoneta y siéntese detrás de él, **RECUERDE** mantener bien alineada su espalda, brazos y piernas; pida al niño que levante los brazos y empújeselos hacia atrás suavemente, que el niño sienta que “tira” no que “duele”; mantener posición hasta contar 30 y bajar brazos suavemente.



Practicar la tos:

Pedir al niño que ponga sus manos sobre el abdomen y que tome aire profundamente, luego que tosa eliminando el aire, se siente la acción en la contractura de los abdominales, repetir 3 veces.



Juegos que impliquen tomar o botar aire:

Hacer burbujas, inflar globos, soplar pelotitas livianas, cantar, etc.



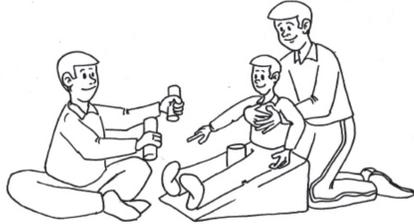
RECUERDE: Las actividades deben ser realizadas por el niño, por lo que debemos ayudarlo o apoyarlo lo **MÍNIMO NECESARIO** en cada una de ellas.



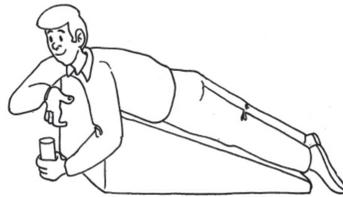
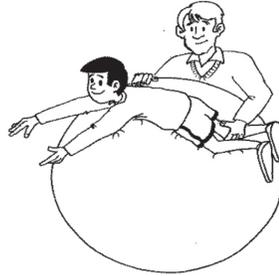
Actividades para Control de Cabeza y Tronco

El niño no tiene control de cabeza:

Siente al niño sobre una colchoneta y colóquese detrás de él y haga pequeños balanceos. Puede sujetarlo por los hombros con mínimo apoyo, para ayudar a que afirme su tronco y cabeza. Ubique sus manos cerca de la cabeza, para sostenerlo en caso de que caiga. Recuerde que el niño debe estar bien alineado.



Ponga al niño sobre su estómago en una cuña, o sobre una pelota, o encima de algunos cojines o sobre sus piernas y muéstrelle juguetes a la altura de sus ojos y mas arriba, para que levante su cabeza e intente moverla de un lado a otro. Puede estimularlo además poniéndolo frente a un espejo.

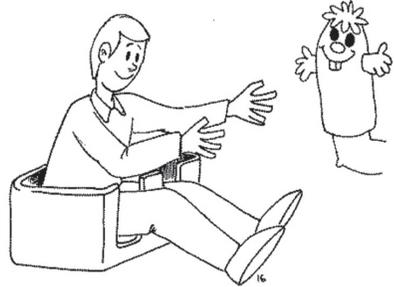




El niño no controla tronco, pero controla cabeza:

Siéntelo sobre la pelota o colchoneta y colóquese detrás de él, afirmándolo bien. Haga pequeños balanceos o pídale que se enderece, o que mire o juegue con una persona o juguete frente a él a la altura de sus ojos.

También puede hacer lo mismo sentado en sus piernas.



El niño no se sienta, pero controla cabeza y tronco:

Con el niño acostado de espalda, debe darle un impulso sobre un hombro y afirmar su cadera contraria, para ayudar a que se sienta; debe ser lento para que alcance a ayudarse con un brazo.

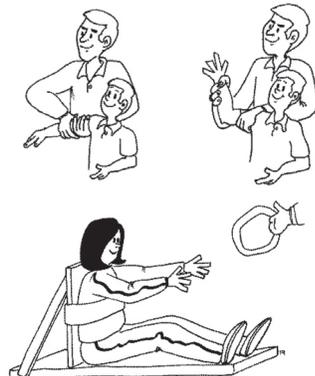
También puede probar con una cuña o cojín en la espalda, que se siente a partir de ahí, haciendo esfuerzos para enderezarse.

Actividades para los Brazos

El niño mueve hombros, brazos y manos con dificultad:

Comience a mover suavemente los brazos haciendo un círculo, inténtelo lentamente para que estos se relajen o se suelten. Los movimientos deben ser amplios y suaves.

Hacer juegos para que el niño mueva sus brazos desde el hombro hasta sus dedos y en distintas posiciones: sentado, sobre su estómago, de espalda, de pie, etc.



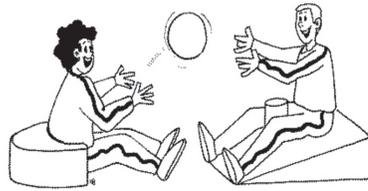


Estimule las reacciones de apoyo y que aprenda a colocar las manos rápido para evitar una caída.

Ejemplo: siente al niño sobre colchoneta o pelota, muévelo suavemente hacia un lado y otro, ayúdelo a sacar brazos para que se apoye, puede empujarlo hacia los lados, hacia delante o hacia atrás.

Los niños pequeños se pueden tomar boca abajo y hacer como que caen hacia adelante, usted sujételo o frénelo, hasta que el niño intente estirar los brazos y apoye las manos en el suelo o colchoneta.

Juegue a tocar o empujar pelotas, globos, o juguetes grandes en distintas direcciones o hacia un canasto.



Si el niño tiene dificultad para tomar cosas:

Antes de comenzar la actividad, mueva suavemente las muñeca y dedos del niño intentando que se relajen, suelten y / o estiren.

Que juegue con juguetes que encajen unos con otros, o con juguetes a pilas en los que hay que apretar 'botones' o hacerlos sonar, etc.

Lleve los brazos del niño hasta algún objeto y ayúdelo a tocar, mover o empujarlos.



Si tiene mucha dificultad para abrir la mano y tomar objetos, ayúdelo a que intente tomar aquellos del tamaño de la apertura que logre con los dedos, pero que sean de formas distintas, livianos y de texturas semi-blandas para hacer más fácil el tomarlos.

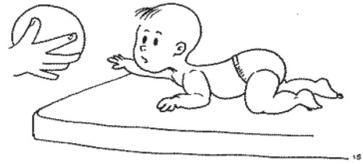


Use objetos que encajen unos dentro de otros, que comience a ponerlos en algún tarro o tiesto de diámetro ancho, y a medida que el niño pueda, use tiestos más pequeños (como por ejemplo el diámetro de la boca de una botella), para que los introduzca dentro.



Realice actividades en las que tenga que apoyar manos sobre la colchoneta o pelota

Por ejemplo: gatear, aplastar pelotas, arrastrarse, hacer carretillas, sentarse de lado y apoyar un brazo mientras se juega con el otro, etc.



Al comienzo si no abre la mano, deje que solo la use para apoyarse, a medida que pueda, motívelo o ayúdelo a abrir la mano para que apoye el peso de su cuerpo, con los dedos estirados.

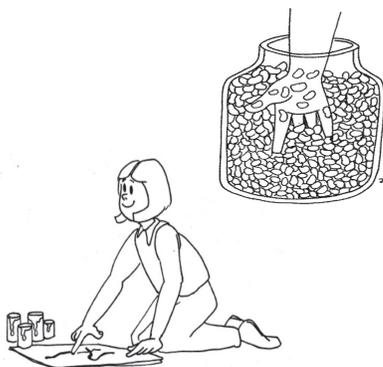


Si el niño tiene dificultad para usar sus dedos:

Hágalo sentir diferentes texturas introduciendo sus manos en cajas con porotos, lentejas, alpiste, arroz, bolitas u otros materiales.

Que pinte con los dedos, lápices o pinceles, sosteniendo su muñeca y brazo cuando se requiera.

Que haga collares con argollas de diferentes tamaños.



Si el niño es espástico (tiene el tono alto) o es distónico:

Realice sacudidas suaves y constantes para relajar todo el brazo y manos.

Ayúdelo a mover el brazo en forma lenta hacia algún juguete de su interés.



Si el niño es distónico (su tono varía y puede tener movimientos involuntarios):

Realice sacudidas suaves y constantes para relajar todo el brazo y manos.

Coloque un peso en un brazo mientras trabaja con el otro.

Estimúlelo a que comience a realizar movimientos cortos con el brazo, donde sea capaz de controlar los movimientos involuntarios.

A medida que tenga mas control, que amplíe los movimientos.

Actividades para las Piernas

Si el niño no puede mover sus piernas estando acostado de espaldas:

Ayúdele a levantar sus piernas para que pueda mirarlas y tocarlas con sus manos.

De ese modo las sentirá como parte de su cuerpo.

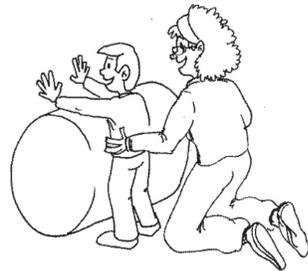


Si el niño no se para, pero controla su cabeza y tronco y es capaz de sentarse solo :

Siéntelo en una banca o sobre un rollo, cuidando que sus pies estén apoyados en el suelo y permita que juegue o realice una A.V.D en una mesa frente a él.

Al principio necesitará su ayuda para no caer y cada vez le costará menos realizar esta actividad.

Puede parar al niño frente a una pelota o rollo, permitiéndole el apoyo en sus manos y estómago, cuidando que los pies se mantengan bien apoyados en el suelo; es posible que él necesite su ayuda para equilibrarse o para que no se doblen sus rodillas.





Cada vez necesitará menos apoyo para mantener la posición. Luego podrá practicar la posición de pie, usando cualquier mueble como apoyo; aproveche que el niño use sus manos tomando objetos y jugando con ellos.

Haga juegos o ejercicios de pararse desde una o desde el suelo.



Si el niño no puede ponerse de pie, pero puede gatear:

Permitir que gatee con diferentes juegos (ver guía de juego)

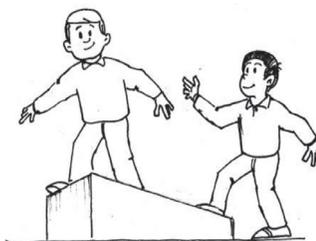
Haga que se pare sobre los pies o sobre sus rodillas estimulado por diferentes juegos (ver guía de juegos), si es necesario usando una banca delante de él para el apoyo de sus manos y estómago.



Si el niño se para, pero no camina:

Llévelo a caminar: averigüe antes si debe ser tomado de la mano o debe usar algún aparato, como un carro o bastones, o si sólo puede hacerlo en barras paralelas.

Realice juegos en los que tenga que usar los dos pies (ver guía de juegos).



**Y RECUERDE:**

- Si un niño no realiza una actividad, puede que ésta sea muy exigente para él; propóngale un juego más simple o aumente el apoyo (con bancas o cuñas) durante la actividad.
- Si cualquier actividad le provoca dolor al niño, detenga la actividad y consulte al profesional a cargo.
- Y recuerde que para un niño cualquier ejercicio será más fácil si se le enseña a través del juego.

Traslados y Transferencias

El trasladarse en forma independiente es una actividad crucial, permite conocer el ambiente, explorar situaciones nuevas, disponer libremente del entorno, y al niño le permite desde alcanzar su juguete preferido hasta satisfacer necesidades tan básicas como jugar desplazándose o ir al baño.

El rol de la cuidadora y/o monitor es ayudar a ejercitar la musculatura con poca fuerza en los brazos y piernas, facilitar el empleo de aparatos externos que apoyen en el traslado de los niños, y usar la creatividad para la adaptación o enriquecimiento de todo lo que está involucrado en estas actividades.

FORMAS BÁSICAS DE TRASLADARSE

Silla de Ruedas:

Se utiliza si la persona no puede caminar porque no puede sostenerse sobre sus piernas de ninguna forma, o para que el traslado sea más rápido.

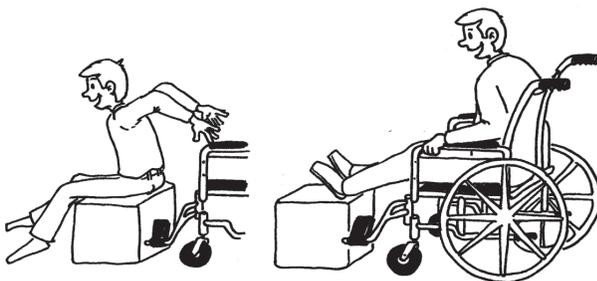
Para el manejo independiente de la silla de ruedas se debe:

- Fortalecer el control y fuerza de los brazos.



Para trasladarse desde la silla a la cama deberá:

1. Acercarse con la silla de ruedas al lado de la superficie a la cual se quiere trasladar, como la cama o el sillón.
2. Frenar la Silla de Ruedas.
3. Del lado de la superficie a la que se trasladará sacar el apoya brazos, si es removible.
4. Tomar ambas piernas y colocarlas sobre la superficie a la que se quiere trasladar.
5. Con sus brazos apoyados firmes sobre la silla levantar el cuerpo, despegando los glúteos del asiento de la silla.
6. Dándose impulso trasladarse hacia la superficie nueva.



7. Al enfrentar un obstáculo que él niño por sí solo no puede pasar, se le debe enseñar a pedir ayuda e indicaciones que debe dar a quien lo ayude, a fin de evitar accidentes.

Burrito o Carrito:

Se utiliza cuando el niño es capaz de sostenerse sobre sus piernas, pero requiere de un apoyo externo para estabilizarse y no caer.

Es importante que se fije si él niño se siente seguro con el carrito, de no ser así se debe realizar entrenamiento diario y con aumento progresivo del tiempo de uso.



Si el niño no se puede transferir sólo, la cuidadora debe tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Si es muy grande o pesado **DEBE** pedir ayuda a otra persona, si se arriesga a transferirlo sola, puede significar una caída para ambos y daño en la espalda de la cuidadora.
- SIEMPRE acerque la silla de ruedas al lugar donde se transferirá al niño.
- Como último recurso si lo debe tomar en brazos usted sola, haga el movimiento con las piernas **NO CON LA ESPALDA**, y acerque lo más posible el niño a su cuerpo.
- Utilice adaptaciones para hacer más fácil la transferencia, como por ejemplo tablillas, cinturones, lifter, etc.



GUÍA DE CUIDADOS ESPECIALES PARA PSD

Srta. Mónica Guajardo, Enfermera
Srta. Paula Cabello, Enfermera

Introducción

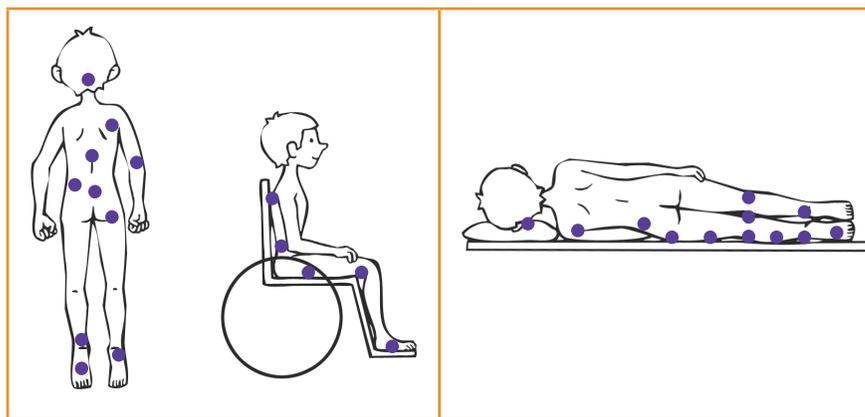
Las personas en situación de discapacidad, cursan algún grado dependencia o disminución de su autonomía para la resolución de sus necesidades básicas, por lo que es necesario realizar algunos cuidados especiales con el fin de prevenir complicaciones a futuro.

A continuación en este capítulo se describirán aquellos cuidados que tienen relación con la piel, el intermitente y los cuidados de la gastrostomía.

Cuidados de la Piel

La piel es un órgano de nuestro cuerpo que actúa como barrera protectora que aísla al organismo del medio que lo rodea, protegiéndolo y contribuyendo a mantener íntegras sus estructuras, siendo también un sistema de comunicación con el entorno.

A continuación, la figura muestra los lugares del cuerpo donde podemos reconocer los sitios de la piel que tienen mayor riesgo de presentar alguna lesión, ya que son los puntos de apoyo:





Existen cuidados generales y cuidados específicos de la piel.

Los cuidados generales corresponden al tratamiento de cualquier alteración de la piel y la mantención de una nutrición e hidratación adecuada. Los cuidados específicos los podemos dividir en: cuidados de la piel, control de la humedad y manejo de la presión.

CUIDADOS DE LA PIEL

- Examine el estado de la piel a diario.
- Mantenga la piel en todo momento limpia y seca.
- Utilice jabones neutros o de glicerina.
- Lave la piel con agua tibia y realice un secado meticuloso sin fricción.

CONTROL DE LA HUMEDAD

- No utilice sobre la piel ningún tipo de alcoholes (de romero, colonias, etc.)
- Aplique cremas hidratantes, procurando su completa absorción.
- Preferentemente usar ropas de tejidos naturales (algodón).
- En caso de irritación en zona genital, realizar lavado en cada muda y si fuera necesario colocar crema protectora.

MANEJO DE LA PRESIÓN

- Para reducir las posibles lesiones por fricción pueden usarse apósitos (gasas) protectores.
- No realizar masajes sobre prominencias óseas (codos, rodillas, cadera, etc.)
- No utilice cojines (por ejemplo picarones) en zonas de apoyo, pues pueden generar presión y producir lesiones en la piel.
- Realice cambios de posición cada 4 horas, en caso de permanecer en cama todo el día.
- Movilice de acuerdo a los ejercicios que haya aprendido en el proceso de rehabilitación.

Cuidados Para Gastrostomía

La gastrostomía es un orificio en el estómago y en los músculos del abdomen, realizados quirúrgicamente, donde se introduce una sonda por medio de la cual es posible alimentar a una persona que no puede alimentarse por la boca de manera normal. La gastrostomía puede ser transitoria o permanente.



Cuidados para gastrostomía



Estoma : orificio de entrada de la sonda.

PARA MANTENER LA GASTROSTOMÍA EN LAS MEJORES CONDICIONES DEBEMOS REALIZAR LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES:

- Lavarse las manos antes y después de manipular la sonda o de alimentar por esta vía.
- Después de usarla, debe lavar la sonda con 5 a 10 cc. de agua tibia para mantenerla permeable.
- Evitar que la persona con gastrostomía se tire la sonda.
- Si es necesario, fijar la sonda con tela adhesiva para que no se salga.
- Mantener la piel sana lavando con agua fría, previamente hervida, la piel circundante.
- Mantener la piel seca y limpia; si es necesario deje una gasa o apósito seco.
- Lavar la jeringa después de cada uso.
- Mantener todo el material que usa limpio y seco.
- Limpie la boca y dientes de la persona gastrostomizada 3 veces al día, a pesar de que no coma por aquí.
- Colocar vaselina en los labios de la persona con gastrostomía para prevenir la sequedad.
- No mezclar medicamentos con alimentos.

PARA ALIMENTAR POR GASTROSTOMÍA DEBEMOS SEGUIR ESTOS PASOS:

- Lávese las manos
- Junte todos los materiales: jeringa, recipiente con alimento, toalla nova, agua hervida fría.

- Coloque a la persona con gastrostomía en posición sentada.
- Inserte la punta de la jeringa en la mamadera o vaso y aspire unos 20 cc de alimento.
- Luego conecte la jeringa a la sonda.
- Pase el alimento lentamente hacia la cavidad estomacal. Sin ejercer presión.
- Espere unos 5 minutos y vuelva a repetir.
- Cuando le haya dado toda la alimentación, lave la sonda, pasando por ella 5 ml. de agua hervida fría.
- Deje todo limpio, seco y ordenado.

¿CUÁNDO CONSULTAR O ACUDIR AL CENTRO DE SALUD MÁS CERCANO?

- Si la sonda se sale.
- Si la sonda se tapa (puede intentar destaparla pasando agua tibia con una jeringa pequeña).
- Si su niño tiene dolor en el sitio del estoma.
- Salida de contenido amarillento o verdoso de mal olor desde el estoma.
- Sangramiento del estoma.
- Salida de leche o alimento en abundancia, desde el estoma.
- Náuseas o vómitos.

Cateterismo Intermitente

El objetivo del cateterismo intermitente es evacuar completamente la vejiga, este procedimiento puede ser realizado por el cuidador o por las mismas personas que requieren cateterismo.

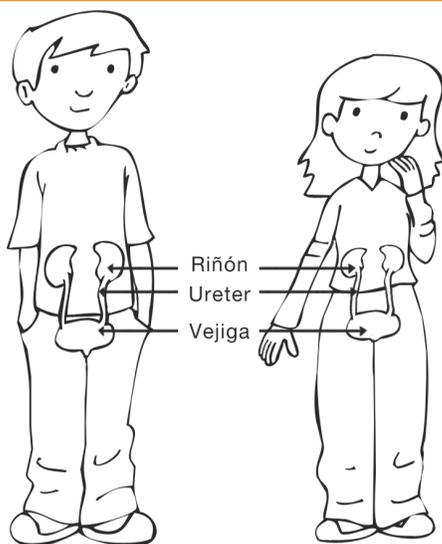
Existen algunos puntos importantes para realizar el cateterismo como son, conocer la anatomía del sistema urinario, tener la capacidad física para realizarlo (alcanzar la uretra) y conocer la técnica.

ANATOMÍA DEL SISTEMA URINARIO

Tenemos dos riñones que fabrican la orina y luego los uréteres que llevan la orina a la vejiga. En la vejiga se acumula la orina y cuando alcanza su capacidad, se abre el esfínter y la orina sale al exterior



Sistema Urinario



TÉCNICA DEL CATETERISMO

Lo primero que debemos realizar es reunir los materiales; sonda para cateterismo, lubricante (vaselina estéril), guantes, recipiente.

Luego, se lavan las manos con abundante agua y jabón, se realiza un aseo genital y se abre la sonda para cateterismo, la cual se lubrica.

En el caso de los varones, se sostiene el pene de los lados perpendicular al cuerpo, se inserta la sonda y se avanza lentamente. A nivel de la próstata se siente un poco de resistencia, se debe avanzar suavemente la sonda y cuando aparece orina es necesario introducir 1 a 2 cm. Una vez que termina de fluir orina la vejiga esta vacía, se retira la sonda lentamente y se desecha todo el material.

Sistema Urinario



En el caso de las mujeres, se ubica el orificio uretral (meato) que está ubicado bajo el clítoris; con ayuda de los dedos separar los labios y comenzar a introducir la sonda en el meato suavemente y en dirección al ombligo. Cuando se introduzca entre 5 a 7 cm. comenzará a fluir la orina. Al cese del flujo de orina, retirar poco a poco la sonda para asegurarse que la vejiga se haya evacuado completamente. Finalmente desechar el material utilizado.

En ambos casos es bueno mantener un registro del horario y cantidad de orina eliminada.

¿CUÁNDO ACUDIR AL MÉDICO?

- En presencia de dolor o picazón
- Disminución de la cantidad de orina eliminada
- Sangre en la orina
- Fiebre
- Mal olor o cambios en el color de la orina



GUÍA DE ALIMENTACIÓN

Srta. Carolina Letelier, Psicóloga

Sra. Irma Cubillos, Nutricionista

Sr. Rodrigo Morales, Fonoaudiólogo

Sr. Francisco Olmos, Terapeuta Ocupacional

¿Qué es la Alimentación?

La alimentación es un proceso vital y complejo que permite al ser humano incorporar los nutrientes necesarios para su funcionamiento interno y desarrollo adecuado.

Este proceso lo podemos dividir en dos grandes etapas:

- 1) Alimentación extraoral: capacidad de seleccionar, preparar y llevar el alimento hacia la boca. Esto incluye la manipulación de utensilios tales como: cuchara, tenedor, cuchillo, vaso, mamadera, etc.
- 2) Alimentación Intraoral: es aquella donde se transforma los alimentos y/o líquidos dentro de la boca para luego deglutirlos (tragarlos) y conducirlo hacia el estómago, para que posteriormente el cuerpo los utilice en funciones tales como crecer, reparar tejidos, aportar energía para las actividades del diario vivir, entre otras.

ALGUNAS SUGERENCIAS

En el desarrollo de este capítulo hemos estructurado una serie de sugerencias relacionadas con:

- 1) El niño
- 2) El alimento
- 3) Cuidador
- 4) Ambiente

Al finalizar este capítulo usted encontrará algunas ideas para reforzar la capacidad de que el niño se alimente por sí mismo.

1) NIÑO

Es importante considerar que la disposición a alimentarse varía según la edad del niño, del estado de ánimo, del vínculo con la persona que lo alimenta, si está enfermo o no y de sus preferencias de comida.

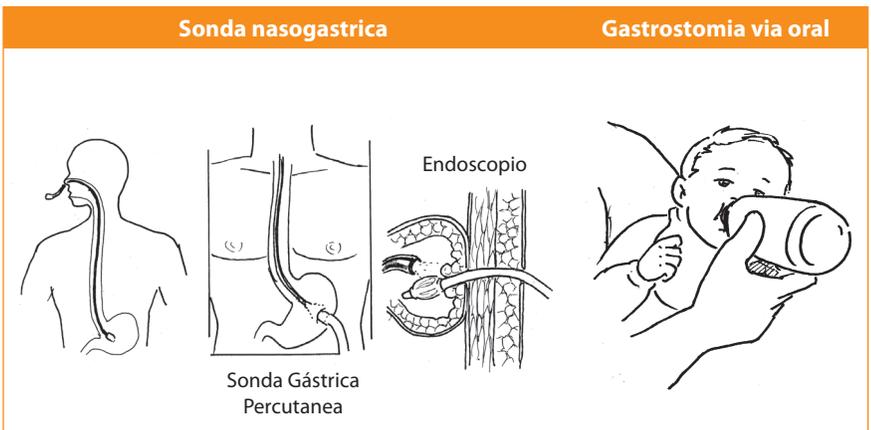
Considerando que el objetivo final de la alimentación es lograr mantener y en algunos casos mejorar el estado nutricional de los niños, debemos evaluar periódicamente su peso y talla.

Uno de los cuidados más importantes en el proceso de alimentación es evitar que el niño se atore provocando aspiración, lo cual puede producir grandes problemas respiratorios como por ejemplo: neumonía o bronconeumonía, pudiendo llegar a provocar la muerte.

Con el fin de evitar complicaciones averigüe si el niño presenta alguna alergia alimentaria como por ejemplo al plátano, pescado, huevo, chocolate, lactosa de la leche u otros.

Muchos niños que en alguna etapa de su vida no se alimentaron por boca, desarrollan un rechazo a ser tocados en la cara y principalmente dentro de la boca, por lo que es necesario tomarlo en cuenta y trabajarlo según las indicaciones de un profesional especializado en el tema.

- Antes de comenzar a alimentar a un niño con discapacidad física es necesario conocer la vía por la cual se alimenta: sonda nasogástrica, (N-G) gastrostomía, vía oral o forma mixta (combinación de sonda N-G con boca o gastrostomía con boca).





- La posición en que se debe ubicar al niño durante la alimentación es muy importante ya que facilita o dificulta esta actividad. Tener en cuenta:

Postura correcta en brazos



Postura correcta en silla



2) ALIMENTO

El objetivo principal de la alimentación consiste en proporcionar los nutrientes y líquidos que necesita cada niño. De esta manera evitamos la desnutrición y/o deshidratación.

La mayoría de los niños con discapacidad física tienen algún tipo de dificultad (es) para alimentarse, lo que hace indispensable que se cumpla la pauta de alimentación indicada por el médico o nutricionista.

Para evitar que el niño se aburra y prevenir conflictos a la hora de la comida se deben presentar los alimentos de manera atractiva y tratar de buscar un equilibrio entre lo que el niño prefiere y lo que el niño necesita.

El menú diario debiera considerar:

- Combinación de distintos tipos de alimentos, con distintos sabores, colores y texturas.
- Variar la cantidad de ingredientes aunque prepare el mismo tipo de comida.
- Utilice ingredientes de la estación así estos serán mas frescos y de menor costo.
- Considere el consumo de frutas, verduras y legumbres.
- Prefiera carnes como pollo, pavo y pescado.
- Prefiera aceites vegetales y evite el uso de manteca.
- Modere el consumo de azúcar y sal.

Adecue la consistencia de la alimentación de acuerdo a la edad y capacidad del niño (papilla, chancado o entero). Si tiene dudas pregunte al profesional especializado.

Los niños con discapacidad física presentan frecuentemente estitiquez o estreñimiento. Ayúdelo incorporando a su dieta alimentos ricos en fibras como legumbres, frutas, verduras, cereales, y abundante líquido.

Averigüe si el niño sólo debe tomar líquidos espesados y si los bebe en taza, por mamadera, con cuchara, bombilla o por jeringa, y si durante la alimentación debe ser asistido.

Los cambios en la alimentación deben ser graduados. Tanto en la consistencia como en la incorporación de alimentos nuevos, (alergias, tolerancia, etc.).

Cualquier cambio en esto debe ser consultado y autorizado con el profesional especializado.

3) CUIDADOR

Es importante tener en cuenta que la alimentación forma parte de un proceso de interacción social, donde la relación que establece el cuidador y/o monitor con el niño es un factor determinante para lograr que este acto sea agradable, ameno, relajado y se pueda disfrutar de este momento tan cotidiano.

Una alimentación exitosa requiere de la actitud alerta del cuidador y/o monitor en relación a la información que el niño le entrega respecto del ritmo, cantidad y preferencia hacia los alimentos.

El estado de ánimo y disposición del cuidador y/o monitor, como también el conocimiento del niño a quien se alimentará determinará la relación que se establezca entre ambos.

Recomendaciones

Se debe tener en cuenta la posición que el cuidador adopte mientras alimenta al niño, cuidando su espalda, manteniendo una postura cómoda la que le permitirá permanecer el tiempo requerido.



1. Lávese manos antes y después de dar de comer.



2. Durante toda la actividad debe contar al niño qué es lo que se está haciendo.
Por ejemplo: ¡ahora vamos a tomar la cuchara con tu manito, untamos la comida y la llevamos a la boca! .
3. Acompañar de frases y gestos de refuerzo.
Por ejemplo: ¡muy bien, lo estás haciendo súper bien!
En caso de que una conducta sea inadecuada, con tono firme comunicar la conducta mal hecha, sin gritar, recriminar o enjuiciar al niño.
Por ejemplo: ¡No, No se debe escupir la comida! Y mostrar inmediatamente la acción correcta.
4. Cada etapa que se le enseña al niño debe ser destacada, sin combinarla con otras, de tal forma que éste se concentre en una sola tarea y la aprenda correctamente, para después pasar a la siguiente etapa.
Por ejemplo: Si se le quiere enseñar cómo tomar la cuchara y llevársela a la boca, no debe importar si se ensucia o si no usa la servilleta, sólo se debe reforzar el cómo tomar la cuchara. Una vez aprendido esto se podrá enseñar a usar la servilleta.
5. Para centrar al niño en la actividad y hacer que se interese y la considere como suya, lo puede incluir en las actividades previas y posteriores.
Por ejemplo: colocar la mesa, recogerla, llevar el plato a la mesa, etc.
6. Es fundamental dar el tiempo necesario para que el niño aprenda. No debemos apurar el proceso de alimentación, y si se demora mucho, la cuidadora no lo debe hacer por él; se debe planificar el tiempo para que realice la actividad de acuerdo a sus tiempos de aprendizaje.
7. Es importante mantener una rutina clara y ordenada de alimentación. Colocar siempre el servicio y utensilios en el mismo orden, con la finalidad de organizar al niño y que éste aprenda hábitos. Mantener las mismas reglas y no cambiarlas, para que al niño le quede claro qué es lo que debe y no debe hacer.

Consideraciones para ayudar a que el niño se alimente por si mismo

El cuidador y/o monitor debe observar cómo realiza el niño la actividad.

- 1) Si el niño es capaz de comer solo o intenta hacerlo, permítaselo y déle la ayuda mínima que requiera.
- 2) Si el niño puede comer solo, pero tiene dificultad para tomar la cuchara, llevársela a la boca, tomar líquidos, etc., pregunte a un Terapeuta Ocupacional y él lo orientará.
- 3) Observe y anote qué es lo que el niño realiza y cuáles son los movimientos y tareas que más le dificultan y ¿por qué?

Por ejemplo: No logra sostener el vaso porque no tiene oreja (asa), es muy ancho y pesado.

- 4) Cada actividad se debe realizar permitiéndole participación, independiente que él no pueda realizarla.

Por ejemplo: si no puede tomar la cuchara solo, sientese detrás de él y tome la cuchara con su mano guiando los movimientos a la boca del niño. Es importante darle autonomía sobre la actividad, permitiéndole decidir y preguntándole sobre la actividad que realiza.



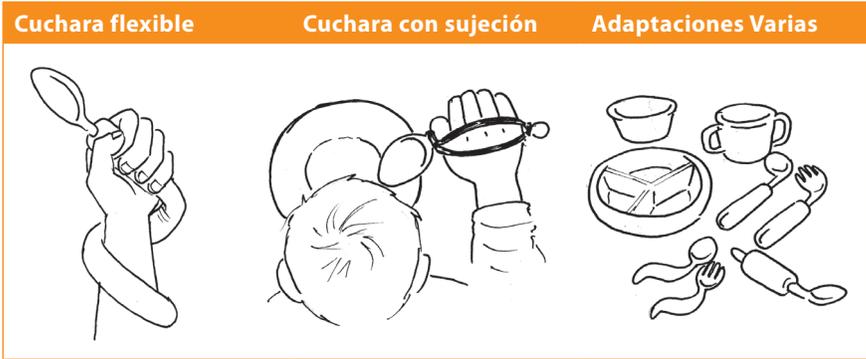
4) AMBIENTE

La sesión de alimentación debe ser desarrollada de forma cálida, y ojalá siempre junto a los demás miembros de la familia, esto permitirá que el niño se sienta parte integral de ella y aprenda normas y hábitos que le ayudarán a una mejor socialización.

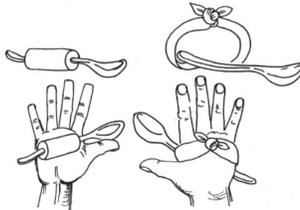
- El lugar físico donde se debe ser iluminado, espacio apropiado, temperatura agradable y buena ventilación.



Seleccione los implementos de alimentación más adecuados, considerando su discapacidad, nivel de desarrollo como edad. Existen una gran variedad de clases de servicios, vasos y platos.



- a. ¿Qué servicio deberá ocupar? cuchara, tenedor, cuchillo.
- b. ¿Requiere de alguna adaptación? como engrosar el mango o alargarlo, curvar el servicio, la cuchara deberá ser plana o cóncava, etc.



- c. Qué plato deberá ocupar el niño? bajo, hondo, con rebordes, con adherencia a la mesa para que no se mueva, etc.
- d. ¿Qué tipo de silla y mesa debe utilizar para mantener una altura adecuada?.



GUÍA DEL JUEGO

Sra. Pía Coletti C.
Terapeuta Ocupacional

El Juego en los Niños con Discapacidad Física

INTRODUCCIÓN

Este capítulo ha sido elaborado para permitir que la persona que realiza los cuidados básicos de rehabilitación, conozca la importancia del juego en los niños, y de alguna manera poder entregar ideas de actividades y materiales que podrían utilizar con el niño con discapacidad física.

El juego es una potente herramienta para aprender y relacionarse con el mundo. Ninguna persona deja de jugar salvo casos muy excepcionales, no importa que limitación se tenga, se puede jugar con la mente, con el cuerpo o con ambos a la vez; el jugar con la mente es soñar, cuando te cuentan una historia, cuando ves una película o te cantan una canción... Nos permite liberarnos y disfrutar. Jugar también es sentir el viento en el pelo, sentir el movimiento en una hamaca o en un auto, sentir una cosquilla hecha por una mano amiga, una textura diferente, un sonido o un sabor agradable.



El juego es una ocupación, es la principal ocupación del niño y casi la única hasta los 4 años y perdurará toda la vida. A través del juego, el bebé y el niño se conectan con el mundo, tomando los objetos y descubriendo las posibilidades de relacionarse con el medio que le rodea.



Características del Juego

- Le provoca placer al niño.
- Es importante para el niño.
- Provoca curiosidad.
- No necesita que lo motiven para jugar.
- Facilita el aprendizaje y el descubrimiento de lo nuevo.
- Facilita el desarrollo y el perfeccionamiento de las destrezas.
- Desarrolla la creatividad.
- Es un medio de expresión, comunicación e interacción.
- Satisface sus necesidades afectivas.

A través del juego, los niños aprenden a conocerse a sí mismos, a los demás y al mundo que los rodea. Además descubren la alegría del estar en esta actividad.

Aquellos niños a los que se les da la oportunidad de jugar, pasan casi la totalidad de sus primeros años de vida entregados al juego. Desde este punto de vista de lo "útil", este hecho puede resultar incomprensible, pero si se tiene en cuenta que jugando el niño ejercita su actividad física, sus sentidos y su pensamiento se le dará al juego la importancia que realmente tiene.

Lo importante en el juego no es lo que hace ni el resultado, es decir, el niño que juega está libre, y esta actividad de libertad le puede permitir vivir de manera distinta experiencias pasadas desagradables, o adquirir otras por medio de la imitación de actividades observadas en el adulto.

Desarrollo del Juego

Al nacer, el niño no sabe jugar. Esto se desarrolla gradualmente al lado de la madre, del padre o del cuidador/a. la seguridad que conlleva el amor de quien cuida al niño permite que este pueda alejarse del adulto y dedicarse a explorar el mundo que lo rodea. Más aun, es la madre o cuidadora la que inicia al niño en el juego. Durante los primeros días de su vida, su juguete más interesante es su propia madre o cuidadora, que será la primera que le ayudará y animará a desarrollar sus juegos.



Jean Piaget ha distinguido tres tipos de juegos según la edad:

Juego Sensoriomotor (de 0 a dos años)

Mediante el cual el niño adquiere el control sobre sus movimientos y aprende a regularizar sus gestos. En esta etapa, el juego consiste en repetir movimientos variados, mueve brazos y piernas, sigue los objetos con la mirada, los toma y los lleva a la boca, los cambia de mano, los tira, los guarda dentro de cajas, los saca... etc. En general le llama la atención los colores brillantes, los objetos con sonido, que se muevan, gran parte del juego es explorar las cosas.



Juego simbólico o representativo (de 2 a 6 años)

El niño puede recordar sus experiencias en forma de símbolos, es decir, puede recordar imágenes de acontecimientos pasados y cambiar éstas imágenes según sus fantasías. Aparece el juego paralelo, lo que quiere decir que el niño juega en compañía de otros niños, pero no con ellos, cada niño establece un juego individual (esto no quiere decir que no sea importante que el niño se relacione con otros niños). Entre los 3 y 5 años aparece el juego con otros niños y/o adultos.





Juego Social y Juego de reglas (desde los 6 años hasta la adolescencia)

Comienza el juego social, acepta las reglas y asume la situación del grupo en el que está jugando. El juego es de tipo competitivo, es decir para el niño es muy importante “ganar”. Esto ayuda al desarrollo intelectual (inteligencia) y social (participación con otros), y también influirá en el desarrollo afectivo, emocional.



SIEMPRE ES BUENO JUGAR SÓLO POR EL HECHO DE DIVERTIRSE Y EXPLORAR COSAS NUEVAS

En resumen, que el niño explore el ambiente que le rodea como así mismo, desarrolla el esquema corporal, la integración de los sentidos, las habilidades motoras, etc.

De los 2 a los 4 años están indicados los juegos que estimulan: la motricidad gruesa, es decir que involucre gran parte de su cuerpo (correr, saltar, rodar, tirar, empujar, etc.) juegos de construcción simple (como hacer torres, jugar con legos, armar puzzle, rompecabezas, etc.)



Entre los 4 y los 7 años el niño perfecciona sus habilidades motoras y de los sentidos, escogiendo juegos donde pueda poner en práctica sus destrezas. Comienza el juego en pareja y en grupos, ya no juega solo, comparte el juego con otros niños.

No queremos que olvide que para un niño jugar **SIEMPRE ES DIVERTIDO** si no es así, él sentirá que está **TRABAJANDO** y **EL TRABAJO NO ES DIVERTIDO**. El juego tiene como objetivo que él niño mejore su capacidad motora, que explore y manipule los elementos que hay en su ambiente, que despierte todos sus sentidos y los ponga en práctica; de esta forma jugar también se considera a cantar, mecer, hacer cosquillas, morisquetas, jugar al “estoy – no estoy”, imitar, tocar, etc.

RECUERDA:

El Juego ayuda a aprender de:

Su cuerpo: habilidades, limitaciones.

Su personalidad: intereses, preferencias.

Otras personas: reacciones, cómo llevarse con adultos y con niños.

El medio ambiente: explorar posibilidades, reconocer peligros y límites.

La sociedad y la cultura: roles, tradiciones, valores.

Dominio propio: esperar, perseverar, tolerar derrotas.

Solución de problemas: considerar e implementar estrategias.

Toma de decisiones: reconocer opciones, escoger y ver consecuencias.

¿Qué debo Considerar para el Juego?

Lugar de juego

- Debe estar limpio y organizado, además con iluminación, ventilación y espacios adecuados para los niños.
- Debe ser seguro y supervisado constantemente.

Juguetes

Los juguetes son para el niño sus “herramientas” y él se desarrolla a través de ellas. Es aquí donde los padres o cuidadores tienen una función importante en la selección de los juguetes que entran en la casa, pues el niño no tiene la capacidad de elección.



Un juguete perfecto no necesariamente es un juguete costoso, sofisticado, simplemente es aquel que hace que el niño aprenda, se divierta con él. Cada juguete en un mundo para el niño. De esta forma el niño puede jugar con juguetes propiamente tal (preferentemente acorde a su edad) o con los que usted le pueda confeccionar. Dentro de estos últimos, se puede utilizar elementos que se encuentran dentro de la casa., como por ejemplo: botellas desechables, los conos de papel higiénico o de papel absorbente, cajas de cremas, etc.



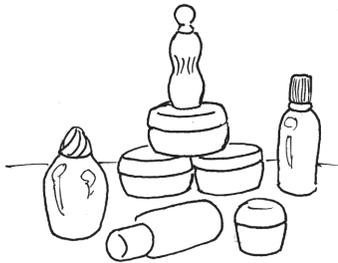
¿Qué Juguetes se pueden confeccionar?

CON LOS ELEMENTOS QUE ANTES LE SEÑALAMOS USTED PODRÍA CONFECCIONAR:

Sonajero o cascabel: con una botella plástica desechable (de bebidas de 250cc) agréguele porotos, lentejas, bolitas, etc. Si quiere estimular la parte visual del niño, utilice la botella agregándole papel picado metálico y agua.

Si no tiene botella puede utilizar los conos de papel higiénico, se forran con papel de colores o papel celofán, pudiendo o no agregarle en su interior (antes de forrarlos) porotos, lentejas u otro elemento que suene al moverlo.

Cubos para construir torres: con las cajas desocupadas de, por ejemplo, pasta dental, cremas, colonias, etc. Se forran con papeles de colores llamativos y sirven para hacer juegos de construcción.



Pelotas de colores: utilice globos de diferentes colores (sin inflar) y rellénelos con harina, sal, arena fina (de playa) o arroz.



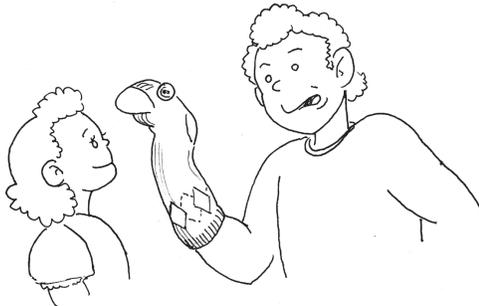
Burbujas: si bien este tipo de burbujas actualmente las encontramos en el comercio en general, podemos fabricarlas en casa utilizando champú o jabón para bebé y hacer las burbujas con una bombilla o un lápiz pasta sin la parte del centro (lápiz tipo marca "bic"). Recuerde tener precaución de ser usted quien haga las burbujas, ya que el niño puede ingerir el líquido.



Palitroques: con los envases desocupados de leche líquida de 1 litro o con las botellas desechables puede imitar los palos que serán derribados con una pelota, puede decorarlos para hacerlos más atractivos. Debe reunir por lo menos más de tres para que sea entretenido el juego.



Lo invitamos a despertar la creatividad, utilice la imaginación y verá que en casa podrá encontrar más de un elemento para confeccionar juguetes o inventar un juego. Puede confeccionarlo usted y dependiendo de la edad del niño, invitarlo a construir los juguetes con usted.



Tenga presente que no es necesario para jugar, contar con elemento (juguete) solo necesita querer relacionarse con el niño.



Es importante además **“ACOMPañAR EL JUEGO”**, esto significa que:

- Observe al niño para que descubra habilidades y preferencias.
- Deje que el niño dirija la actividad de juego; ayúdelo cuando sea necesario.
- Refuerce felicitando cuando el o los niños hablan, compartan, pidan, den o aceptan ayuda, tratan los juguetes con cuidado, usan su imaginación, demuestran paciencia y persistencia, intentan algo nuevo, ponen esfuerzo, ordenan.
- Pedir que comenten el juego que están haciendo.
- Ignorar las conductas inapropiadas (a menos que sean peligrosas o destructivas).
- Decir antes de comenzar las reglas del juego.
- Observar cómo sus niños expresan sus emociones durante el juego y cómo se relacionan con otras personas.

Además recuerde tener presente en que edad de desarrollo se encuentra el niño. Sin embargo, no necesariamente deberá jugar según se presentaron anteriormente los tipos de juegos, podría ser que el niño tenga por ejemplo, 3 años y por las necesidades que presenta se encuentre en una edad para el juego inferior, por lo tanto deberá iniciar con juegos que estén más acorde con el niño, integrando poco a poco juegos de la etapa en que debiera estar.

En definitiva, el juego es una actividad pura, espontánea y placentera que contribuye poderosamente al desarrollo integral del niño. Por lo tanto es lógico que si tenemos que tratar a niños con problemas de cualquier tipo lo hagamos mediante el juego.

Esta es una invitación a **RELACIONARSE** y darle al niño y a usted la posibilidad de pasarla bien, el uno con el otro, más que una guía que contenga actividades para realizar, para jugar necesita sólo tener las ganas.



GUÍA DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (A.V.D.)

Srta. Marcela Apablaza
Terapeuta Ocupacional

¿Por qué es importante estimular las A.V.D?

Las personas en su vida cotidiana realizan distintos tipos de actividades, desde las más básicas como alimentarse, bañarse, vestirse, hasta algunas más complejas como cocinar, hacer el aseo, etc., lo que permite cumplir con funciones normales de la vida y ser parte de la sociedad en forma integrada.

Cuando una PSD no puede realizar estas actividades, ya sea parcial o totalmente, estas cobran un gran significado, pues tendrá que recurrir a otros o requerir de alguna adaptación o ayuda técnica para mantener la alimentación, aseo, higiene, o simplemente para ir al baño. Es por esto que es relevante que usted tome conciencia de la importancia que tiene como cuidador, para ayudar a que la persona con discapacidad pueda lograr la mayor independencia posible en las Actividades de la Vida Diaria, contribuyendo a un gran objetivo ... “mejorar la calidad de vida”.

La participación activa del niño en las AVD tiene múltiples beneficios, tanto para alcanzar destrezas previas para tareas más difíciles, como también para aumentar su seguridad y sentirse capaz, ya que a medida que se logra aprender y dominar distintas tareas, se desarrolla un sentido de logro y orgullo que le ayudará a seguir avanzando.

Estimular la independencia en el niño, también permite que los cuidadores tengan más tiempo para dedicarse a otras actividades e ir dejando que él tenga mayor responsabilidad sobre sí mismo.

Es importante que el cuidador estimule una mayor independencia en el niño tomando en cuenta la edad y el tipo de necesidades que tiene.

Esta guía le permitirá conocer las acciones que usted puede realizar, le muestra distintas herramientas que puede utilizar, métodos y adaptaciones, para que las personas con

discapacidad puedan participar y ser más activos en la ejecución de sus tareas diarias; y que puedan tomar mayor control de sus propias vidas, y logren sentirse personas independientes.

¿Qué son las A.V.D.?

Las Actividades de la Vida Diaria (AVD), son todas aquellas acciones que se realizan en forma cotidiana, para funcionar adecuadamente en la vida.

Las principales Actividades de la Vida Diaria son:

- Alimentarse.
- Bañarse.
- Lavarse cara y manos.
- Ir al baño.
- Vestirse.
- Trasladarse.
- Comunicarse.

Como Cuidador... ¿Qué puede hacer para ayudar?

- **Observar**
¿Cómo el niño realiza las AVD?
- **Situar**
La ejecución de las AVD dentro del ambiente habitual del niño.
- **Analizar**
Los factores que afectan la realización de las tareas de la vida diaria.
Se debe tomar en cuenta las necesidades y la personalidad del niño.

■ Evaluar

Las habilidades y las capacidades que posee el niño y el ambiente en el cual se desenvuelve.

■ Comprender

La discapacidad o trastorno físico, psicológico y/o social que afecta al niño en el desempeño de sus AVD.

Funciones como Cuidador de Niños con Discapacidad Física

Antes de comenzar a educar y entrenar en AVD se debe...

1. Conocer la etapa en la que se encuentra el niño y su edad de desarrollo, para reconocer las actividades de la vida diaria que debe realizar en forma independiente, y las que aún es muy temprano para hacer.
2. Factores propios de la discapacidad y funcionalidad del niño.
3. Conocer la motivación del niño, qué cosas le interesan y aprovechando esto, ayudarlo a que logre avanzar.
4. Hacer una lista de las AVD que realiza en forma cotidiana, construyendo una rutina para cada niño. Si hay alguna de las AVD nombradas anteriormente que no realiza y debiera estar presente, agregarla al plan de cuidados básicos.
5. Confeccionar una lista de las AVD que son difíciles de realizar y ordenarlas de acuerdo a la importancia que tengan para la familia y el niño, también debe contener metas a cumplir, y actividades a realizar para alcanzar las metas propuestas.
6. Dividir en etapas cada una de las AVD que se quieren lograr, y enseñar en forma gradual cada una de las etapas.



Por ejemplo AVD vestirse:

1. ponerse ropa interior,
2. ponerse polera,
3. ponerse pantalón,
4. ponerse chaleco y
5. ponerse zapatos.

Comenzar por ponerse solamente la ropa interior, o solamente la ropa de tronco superior o de las piernas, o comenzar por vestirlo usted y él se desviste, etc.

UNA VEZ HECHO NUESTRO PLAN DE AVD, NOS SERÁ DE GRAN UTILIDAD LOS CONSEJOS MOSTRADOS A CONTINUACIÓN SOBRE: "CÓMO ENSEÑAR A UN NIÑO A REALIZAR LAS DISTINTAS AVD".

¿Cómo enseñar a un Niño a vestirse?

El vestirse para una persona con discapacidad puede resultar una tarea bastante difícil y motivo de muchas frustraciones, pero si logra participar de ésta y realizarla con mayor independencia, puede convertirse en un gran logro y motivación para realizar muchas otras cosas, como salir a dar un paseo, preocuparse de verse bien, interactuar con otros niños y niñas, etc. Por esto es fundamental que los cuidadores estimulen la independencia en esta tarea, y enseñen mediante distintos métodos y adaptaciones, a hacer del vestuario una actividad entretenida y con significado para el niño.

Generalmente, el niño aprende primero a desvestirse y luego a vestirse, y lo hacen terminando la actividad que inicia el adulto, aunque en algunos casos ellos comienzan la actividad y el adulto termina o corrige.

Vestirse requiere que el niño conozca dónde está su cuerpo en el espacio, que sepa lo que es adelante y atrás y que conozca las partes de su cuerpo.

Los movimientos de brazos y piernas necesitan ser guiados por una coordinación con la vista, tener equilibrio y poder controlar el cuerpo.



1. Observe cómo realiza la actividad, si lo hace en forma independiente o con ayuda de otra persona.



2. Anote qué es lo que realiza y cuáles son los movimientos que más le dificultan, y ¿por qué? **Ejemplo:** No logra abotonarse la ropa porque los botones son muy pequeños.

3. Analice la ropa que utiliza y busque diferentes alternativas de adaptaciones, para facilitar el poner y sacar la ropa.

Ejemplo de adaptaciones:

■ **Poner calcetines:**

Puede utilizar un calzador.

■ **Poner pantalones:**

El calzador también nos sirve para ésta tarea.

■ **Abotonar prendas:**

Utilizar un abotonador.

■ **Subir cierres:**

Se puede colocar un cordón o una argolla para facilitar el agarre de los cierres.

■ **Facilitar el abotonar:**

Una buena alternativa para abotonar es utilizar cierres de velcro o botones a presión en la mayor cantidad de prendas.

■ **Prendas de miembro superior:**

Se recomienda utilizar prendas que sean abiertas porque facilitan su postura y retiro.

■ **Prendas de miembro inferior:**

Emplear pantalones con cintura elasticada.

4. Evalúe si el niño conoce las distintas prendas de vestir y en qué orden las debe colocar y cómo debe hacer la elección de la ropa a utilizar, según el clima y la ocasión, para lo cual debe realizar un entrenamiento paralelo de la actividad de vestuario, y puede recurrir a las siguientes actividades:





- Con un modelo de cuerpo humano, ojalá en tamaño grande y lo menos caricaturizado posible, asegúrese de que el niño conozca las partes del cuerpo.

- Posteriormente con una variedad de ropa de papel, que incluya desde ropa interior hasta abrigo y ropa de invierno, se le enseña al niño el orden y la función de cada prenda, vistiendo al muñeco.

- En una primera etapa va guiando usted la tarea, hasta que el niño en forma paulatina vaya ganando independencia.

OJO: Siempre se debe comparar la actividad del juego de vestir al muñeco con la vida real, es decir, simultáneamente se le debe mostrar al niño la ropa verdadera que él o que una compañera lleva.

Por ejemplo: “Ahora le vamos a poner la polera a la niña, mira igual como la que tienes tú... esta es tu polera... y se pone así...”

- Una vez que domine la actividad, se puede aumentar la complejidad colocando distintas prendas para distintas ocasiones, por ejemplo si es invierno o verano, si es una fiesta o para deportes, etc. Para ello se puede emplear una hoja con un cuerpo humano dibujado, y que el niño le pinte ropa.

- También, jugar a disfrazarse puede resultar entretenido y muy educativo para el niño.

5. Se divide la tarea completa en etapas.

¿qué deberá aprender primero?

- ¿Conoce las partes del cuerpo humano?
- ¿Conoce las prendas de vestir? (Nombre y función)
- ¿En qué orden se coloca la ropa?
- ¿Cómo se desviste?
- ¿Cómo se coloca la ropa en las piernas?
- ¿Cómo se coloca la ropa en los brazos?
- ¿Cómo se colocan las cosas cerradas?
- ¿Cómo se colocan las cosas abiertas y abotonadas?
- ¿Cómo se colocan los zapatos?
- ¿Cómo se amarran los cordones de los zapatos?, este paso es la tarea más compleja del vestuario, se aprende alrededor de los 7 años; por tanto, si la discapacidad del niño limita ésta tarea, se puede adaptar empleando cierre velcro.

6. Todas las actividades de vestuario se deben realizar frente a un espejo, de tal forma que el niño vaya entendiendo la generalidad y observe el resultado de ésta difícil tarea.



7. Cada actividad se debe realizar permitiendo la participación del niño, independiente de si puede o no realizarla.

Por ejemplo: Se puede poner la ropa al niño y dejar que este se desvista, o bien comenzar porque vaya realizando la última tarea de toda la actividad, de tal forma que sienta que él terminó ese gran proceso, y se motive a participar más la próxima vez, realizando las dos últimas tareas la vez siguiente, y así aumentar sucesivamente hasta que logre la actividad completa.

Es importante darle autonomía sobre la actividad, hay que permitirle decidir, debe preguntarle al niño en todos los casos.

8. Durante toda la actividad se le debe contar qué es lo que se está haciendo.

Por ejemplo: “¡ahora vamos a colocarnos la polera, así que brazos arriba, dobla el codito y estira tu brazo...!”



9. Acompañar con frases y gestos de refuerzo.

Por ejemplo: “¡muy bien, lo estás haciendo súper bien!”

En caso de que una conducta sea inadecuada, comunicar con tono firme la conducta mal hecha, sin gritar, recriminar ni enjuiciar al niño.

10. Cada etapa que se le enseña al niño debe ser destacada, sin combinarla con otras, de tal forma que se concentre en una sola tarea y aprenda correctamente, para después pasar a la siguiente etapa.

Por ejemplo: Si le quiere enseñar cómo se coloca un chaleco, sin abotonárselo, no debe preocuparse si lo abotona bien o mal, sólo importa que se lo ponga solo o lo más independiente posible. Una vez aprendido esto se podrá enseñar a abotonar.



11. Es importante mantener una rutina clara y ordenada en el vestuario. Colocar siempre las prendas en el mismo orden, con la finalidad de organizar al niño y que aprenda hábitos de vestir. Mantener las mismas reglas y no cambiarlas, pues al niño no le quedará claro qué es lo que debe y no debe hacer.

12. Para centrar al niño en la actividad y hacer que se interese y la considere como suya, lo puede incluir en las actividades previas y posteriores.

Por ejemplo: buscar la ropa que se pondrá y que seleccione algunas prendas, etc.

13. Es fundamental dar el tiempo necesario para que aprenda. No debemos apurar el proceso de vestuario, si se demora mucho, el cuidador no lo debe hacer por él; se debe planificar el tiempo de tal forma que sea el niño el que realice el proceso completo, de acuerdo a sus tiempos de aprendizaje.

¿Cómo enseñar a una Persona a bañarse?

La higiene tiene un significado importante y crucial en nuestras vidas, nos permite protegernos y mantenernos saludables, es importante tanto para nuestra salud física como para la aceptación social.

En nuestra sociedad se exige cumplir con normas de higiene básicas y una de ellas es el baño. Esto cobra mayor importancia al convertirse en una actividad frustrante y vergonzosa cuando no la podemos realizar por nosotros mismos. Es una actividad íntima y el cuidador debe velar y hacer tanto como sea posible, para que el niño la realice lo más independiente que se pueda. El Cuidador debe colaborar en entregar y permitir que el niño no se sienta invadido, esto cobrará mayor importancia en unos años más, cuando sea adolescente luego adulto y desee más privacidad; entonces dele al niño la oportunidad de tener su espacio y de tomar el control de su propio cuerpo.

El interés de los niños en el baño comienza a temprana edad. Luego son capaces de lavarse a sí mismos con supervisión, y finalmente pueden bañarse y secarse solos.

Es importante considerar pautas de seguridad para el cuidador, tanto con el niño como con su espalda.

Para ayudar en esta AVD se debe tomar en cuenta el ambiente, lugar, barreras y posibles adaptaciones que permitirán una mayor participación del niño con menos riesgos.

1. Observe cómo realiza la actividad, si lo hace en forma independiente o lo ayuda otra persona.

2. Observe y anote qué es lo que realiza y cuáles son los movimientos y tareas que más le dificultan y ¿por qué?

Por ejemplo: No logra jabonarse la espalda, porque la esponja es muy pequeña y no cuenta con un mango alargado.

3. Analice los implementos de baño y busque las alternativas de adaptaciones para facilitar la tarea.

Ejemplo de adaptaciones:

■ **Bañera o ducha:** Debe utilizar y adaptar la tina o ducha de tal forma que sea fácil y seguro su ingreso, permanencia y salida. Para ello se pueden emplear:

- Cajón o escalones para logra ingresar sin levantar en forma excesiva la pierna.
- Barras laterales puestas en forma horizontal o en forma oblicua, según corresponda, para dar mayor firmeza durante el baño.
- Piso o silla de metal o de plástico, para realizar la actividad sentado.
- Goma antideslizante en el piso.
- Engrosar las llaves de agua para facilitar su agarre.
- Ducha teléfono para llevar el agua a las zonas de mayor dificultad.





- **Jabón y Shampoo:** deben ser de fácil agarre, se pueden emplear botellas de tamaño y forma adecuada, de fácil salida del líquido y un jabón de un tamaño adecuado al agarre que tiene el niño.

Para jabonarse, se pueden emplear esponjas con un mango alargado y curvo, para llegar a zonas más complejas como la espalda.

- **Toalla:** Debe evaluar si es mejor emplear un tamaño menor para mejor manejo o bien una de mayor tamaño, pero liviana para ser utilizada con mayor facilidad.

4. Evalúe si el niño conoce las distintas partes del cuerpo y cómo realiza la rutina de baño, sus implementos y funciones. Si es necesario debe realizar un entrenamiento para conocer las partes del cuerpo. Para ello podemos recurrir a las siguientes actividades:

- Con un modelo de cuerpo humano, ojalá en tamaño grande, articulado y lo menos caricaturizado posible; enseñar frente a un espejo cada zona y comparar con el propio cuerpo.



- Posteriormente enseñe los implementos y sus funciones. Se pueden utilizar dibujos de revistas pero mejor es con objetos reales y explicar para qué sirve y cómo se emplea.
- Se le enseña el orden, primero en una situación inventada y después en situación real.

5. Se divide la tarea completa en etapas.

¿qué deberá aprender primero?

- ¿Conoce las partes del cuerpo humano?
- ¿Conoce los implementos? (Nombre y función)
- ¿En qué orden se realiza la rutina de baño?
- ¿Cómo ingresar a la ducha o tina?
- ¿Cómo ponerse dentro de ésta?
- ¿Cómo abrir las llaves del agua?
- ¿Cómo lavarse el pelo?



- ¿Cómo jabonarse?
- ¿Cómo enjuagarse?
- ¿Cómo cerrar las llaves del agua?
- ¿Cómo salir de la tina o ducha?
- ¿Cómo secarse?

6. En el caso que el compromiso motor sea mayor, poner al niño dentro de la ducha en una silla de baño, empleando las técnicas de cuidado postural adecuadas para el cuidador. Permitir que el niño participe tanto como sea posible en la actividad.



7. Se puede emplear un espejo para que el niño vaya siguiendo la actividad.

8. En cada actividad se le debe permitir la participación, independiente que pueda o no realizarla.

Por ejemplo: Si no se puede lavar el pelo, que intente poner el shampoo. Es importante darle autonomía sobre la actividad, permitiéndole decidir en lo que se pueda.

9. Durante toda la actividad se le debe contar qué es lo que se está haciendo.

Por ejemplo: ¡ahora vamos a ponernos jabón en la mano y vamos a pasarla por todo el cuerpo!

Emplear la mano de la cuidadora sólo como guía de la actividad, tomando y usando las manos del niño para realizar la mayor cantidad de tareas.

10. Acompañar de frases y gestos de refuerzo.

Por ejemplo: ¡muy bien, lo estás haciendo súper bien! Y en caso, de que una conducta sea inadecuada, con tono firme comunicar la conducta mal hecha, sin gritar, recriminar ni enjuiciar al niño.

Siempre se le debe pedir permiso para tocar su cuerpo, dándole mayor autonomía, y que se dé cuenta que su cuerpo es distinto al de otra persona.



11. Cada etapa que se le enseña al niño debe ser destacada, sin combinarla con otras, de tal forma que se concentre en una sola tarea y aprenda correctamente, para después pasar a la siguiente etapa.

Por ejemplo: Si quiere enseñar a cómo jabonarse el cuerpo, no importa si hace mal el enjuague, porque sólo nos debemos centrar en el jabonado. Una vez aprendido esto, se podrá enseñar a enjuagar el enjabonado.

12. Es importante mantener una rutina clara y ordenada en el baño. Realizar siempre la actividad en un orden determinado, con la finalidad de organizar al niño y que aprenda los pasos en forma ordenada. Mantener las mismas reglas y no cambiarlas, para que quede claro qué es lo que debe y no debe hacer.

13. Para centrar al niño en la actividad y hacer que se interese y la considere como suya, lo puede incluir en las actividades previas y posteriores,

Por ejemplo: buscar la ropa que se pondrá, buscar la toalla, etc.

14. Es fundamental dar el tiempo necesario para que aprenda. No debemos apurar el proceso de aprendizaje, si se demora mucho, el cuidador no lo debe hacer por él; se debe planificar el tiempo para que el niño realice la actividad completa de acuerdo a su ritmo.

¿Cómo enseñar al Niño a lavarse caras y manos?

Al igual que el baño, la limpieza de cara y manos es importante para prevenir enfermedades que se pueden contraer jugando, trasladándose, yendo al baño, etc., también es necesaria para compartir en forma armónica con vecinos, amigos y familiares. Esta tarea se aprende antes que la de bañarse, ya que es menos compleja. El mantenerse limpio permite tener una imagen social agradable y no ser rechazado por los demás.

Al tener una discapacidad física, éstas actividades insignificantes se transforman en actividades difíciles de realizar y a veces casi imposible.

Como cuidador es importante permitir que el niño pueda realizarlas en forma independiente, mediante adaptaciones de la propia actividad y del medio ambiente, a fin de fortalecer su autonomía, y otorgarle una mayor satisfacción sobre su propia vida.



1. Observe cómo realiza la actividad, si lo hace en forma independiente o ayuda de otra persona.

2. Observe y anote qué es lo que realiza y cuáles son los movimientos y tareas que más le dificultan y ¿por qué?

Por ejemplo: No logra abrir la llave de agua porque es muy pequeño el tamaño o requiere de mucha fuerza para accionarla.

3. Analice los implementos de baño y busque las alternativas de adaptaciones para facilitar la tarea.

Ejemplo de adaptaciones:

- **Altura del lavamanos:** Si es muy alto y no permite que el niño logre alcanzar en forma adecuada el jabón y las llaves, se puede emplear un cajón para subir al niño. Si usa silla de ruedas se baja la altura del lavamanos.
- **Llave de agua:** ésta se puede engrosar con goma para aquellos niños que tienen dificultad en agarrar, especialmente al empuñar y tomar un objeto. Además se pueden emplear llaves cuyo mecanismo se acciona con palancas.
- **Jabón:** En caso de que el niño no logre tomar el jabón se puede mantener dispensadores de jabón con un botón grueso para un fácil empuje.

4. Evalúe si conoce las distintas partes del cuerpo y cómo realiza el lavado, sus implementos y funciones. Si es necesario entrénelo para que conozca las partes del cuerpo, para ello puede recurrir a las siguientes actividades:

- Con un modelo de cuerpo humano en tamaño grande, articulado y lo menos caricaturizado posible, enseñe las partes del cuerpo frente a un espejo y compare con las propias partes.





- Posteriormente enseñe los implementos y sus funciones. Puede utilizar ilustraciones de revistas y objetos reales y hacer la mímica de para lo que sirve y cómo se emplea.
- Enseñe el orden primero en una situación ficticia, y después en una situación real.

5. Se divide la tarea completa en etapas.

¿qué deberá aprender primero?

- ¿Conoce las partes del cuerpo humano?
- ¿Conoce los implementos? (Nombre y función)
- ¿En qué orden se realiza la rutina?
- ¿Cómo situarse frente al lavamanos?
- ¿Cómo abrir la llave del agua?
- ¿Cómo jabonarse las manos?
- ¿Cómo enjuagarse las manos?
- ¿Cómo jabonarse la cara?
- ¿Cómo enjuagarse la cara?
- ¿Cómo cerrar la llave?
- ¿Cómo secarse manos y cara?

6. En caso que el compromiso motor sea mayor, poner al niño con la silla de ruedas a una altura adecuada del lavamanos e implementos, de tal forma que sea fácil manipularlos. Si logra mantenerse de pie pero es muy alto el lavamanos, colocar un cajón para que se suba.

7. Puede emplear un espejo para que el niño vaya siguiendo y observando cómo realiza la actividad.

8. Cada actividad se debe realizar permitiendo la participación del niño.

Por ejemplo: Si no puede lavarse las manos o cara, situarse por detrás de él y frente a un espejo, guiar todo el movimiento, tomando su mano y acompañando verbalmente todo lo que va haciendo. Es importante darle autonomía sobre la actividad, permitiéndole decidir y preguntándole sobre la actividad que realiza.

9. Durante toda la actividad se le debe contar qué es lo que se está haciendo.

Por ejemplo: ¡ahora vamos a poner jabón en la mano y vamos a jabonar las manos!.



Emplee su mano sólo como guía, tomando y usando las manos del niño para realizar la mayor cantidad de tareas.

10. Acompañar de frases y gestos de refuerzo.

Por ejemplo: ¡muy bien, lo estás haciendo súper bien!

En caso de que una conducta sea inadecuada, con tono firme comunicar lo que estuvo mal hecho, sin gritar, recriminar o enjuiciar al niño.

Siempre se le debe pedir permiso al tomar sus manos o cara, para otorgar mayor autonomía al niño y para que se dé cuenta que es su cuerpo, y es distinto al de otra persona.

11. Cada etapa que le enseña debe ser destacada, sin combinarla con otras, de tal forma que se concentre en una sola tarea y aprenda correctamente, para después pasar a la siguiente etapa.

Por ejemplo: Si quiere enseñar a jabonarse las manos, no importa si hace mal el enjuague, sólo nos debemos centrar en el jabonado. Una vez aprendido esto, se podrá enseñar a enjuagar el jabón.

12. Es importante mantener una rutina clara y ordenada en el lavado. Realice siempre la actividad en un orden determinado, con la finalidad de organizar al niño y que aprenda los pasos en forma organizada. Mantenga las mismas reglas y no las cambie, para que al niño le quede claro qué es lo que debe y no debe hacer.

13. Para centrar al niño en la actividad y hacer que se interese y la considere como suya, lo puede incluir en las actividades previas y posteriores.

Por ejemplo: buscar la toalla, el jabón, etc.

14. Es fundamental dar el tiempo necesario para que aprenda. No debe apurar el proceso de aprendizaje, y si se demora mucho, el cuidador no lo debe hacer por él; debe planificar el tiempo para que el niño realice la actividad completa de acuerdo a su ritmo.



¿Cómo enseñar a un Niño a ir al baño en forma independiente?

La actividad de ir al baño es un tema muy sensible, por la invasión a la intimidad que significa, sobre todo en adolescentes, al tener que depender de otros, pese a que la intención del cuidador solo sea colaborar y ayudar. Por lo tanto es muy importante que el cuidador entrene al niño desde pequeño a ir al baño, y adaptar la actividad para que sea lo más sencilla posible.

La independencia en esta actividad le ayudará al niño poder asistir a un centro educacional o participar en actividades de juego.

1. Averigüe si controla esfínteres o no, y si presenta algún sistema artificial de eliminación de orina o deposiciones.

2. Observe si realiza la actividad en forma independiente o lo ayuda otra persona.

3. Observe y anote qué es lo que realiza, y cuáles son los movimientos y tareas que más le dificultan y ¿por qué?

Por ejemplo: No logra bajarse los pantalones, porque el sistema de cierre es con botones.

4. En el caso que el niño aún no avise, le puede enseñar siguiendo una rutina estructurada:

- Lleve al niño cada cierto tiempo al baño, siéntelo en la taza e ínstelolo a que haga.
- Pregúntele cada cierto tiempo si quiere ir al baño y cada vez que el niño responda que sí, refuércelo positivamente, de tal forma que se de cuenta que su acción fue correcta.

5. Analice si el baño cuenta con adaptaciones o no, y busque las alternativas para facilitar la tarea.



Ejemplo de adaptaciones:

- **WC:** El baño debe presentar una altura tal que permita al niño lograr sentarse en forma cómoda y fácil, para esto debe ser más bajo que para un adulto. Puede colocar adaptaciones accesorias como:
 - Barras laterales puestas en forma horizontal a ambos lados de la taza, para apoyarse y hacer la transferencia de la silla a la taza. En lo posible que sean removibles para facilitar aun más la tarea.
 - Se puede utilizar un cojín para aumentar la altura de la taza y dar mayor estabilidad al sentarse.
 - El papel higiénico debe estar a mano, en caso que el niño no logre sacarlo desde el rollo de papel, se pueden colocar toallas de papel en caja o bien trozos de papel en una cajita para que pueda sacarlas con mayor facilidad.
- **Para el lavado de manos** (revisar el punto anterior)

6. Evalúe si el niño conoce las distintas partes del cuerpo y cómo realiza la rutina de baño, sus implementos y funciones. Si es necesario debe realizar un entrenamiento para que conozca las partes del cuerpo, para ello puede recurrir a las siguientes actividades:

- Con un modelo de cuerpo humano, ojalá en tamaño grande, articulado y lo menos caricaturizado posible, enseñe las partes frente a un espejo, comparando con las propias.
- Posteriormente enseñe los implementos y sus funciones, puede utilizar ilustraciones de revistas y objetos reales y hacer la mímica de para que sirve y cómo se emplea.
- Enseñe al niño el orden, primero en una situación ficticia y después en situación real.

7. Divida la tarea completa en etapas.

¿qué deberá aprender primero?

- ¿Conoce las partes del cuerpo humano?
- ¿Conoce los implementos? (Nombre y función)
- ¿En qué orden se realiza la rutina?



- ¿Cómo realizar la transferencia de la silla a la taza del baño?
- ¿Cómo sacar papel higiénico?
- ¿Cómo limpiarse?
- ¿Cómo colocarse la ropa nuevamente?

8. En el caso que el compromiso motor sea mayor y utilice pañales, debe intentar enseñar al niño a mudarse a sí mismo.

9. Puede emplear un espejo para que el niño vaya siguiendo y observando cómo realiza la actividad.

10. En cada actividad debe permitir participación al niño, independiente de que él pueda o no realizarla.

Por ejemplo: Si no se puede transferir de la silla, permita que él se baje los pantalones y la ropa interior. Es importante darle autonomía sobre la actividad, permitiéndole decidir en lo que se pueda, y preguntándole sobre la actividad que realiza.

11. Durante toda la actividad debe contarle que es lo que se está haciendo.

Por ejemplo: ¡ahora vamos a pasarnos de la silla a la taza!



12. Acompañe de frases y gestos de refuerzo.

Por ejemplo: ¡muy bien, lo estás haciendo súper bien!

En caso de que una conducta sea inadecuada, con tono firme comunique la conducta mal hecha, sin gritar ni recriminar o enjuiciar al niño. Siempre debe pedir permiso al niño por tocar su cuerpo para otorgarle mayor autonomía, y para que se dé cuenta de que su cuerpo es distinto al de otra persona.

13. Cada etapa que le enseñe al niño debe ser destacada, sin combinarla con otras, de tal forma que se concentre en una sola tarea y la aprenda correctamente, para después pasar a la siguiente etapa. Una vez aprendida esta, podrá enseñar el siguiente paso.



14. Es importante mantener una rutina clara y ordenada en el baño. Realice siempre la actividad en un orden determinado, con la finalidad de organizar al niño y que aprenda los pasos en forma organizada. Mantenga las mismas reglas y no las cambie, para que le quede claro qué es lo que debe y no debe hacer.

15. Para centrar al niño en la actividad y hacer que se interese y la considere como suya, inclúyalo en las tareas previas y posteriores.

16. Es fundamental, dar el tiempo necesario para que el niño aprenda. No debemos apurar el proceso de aprendizaje, y si se demora mucho, el cuidador no lo debe hacer por él; se debe planificar el tiempo para que realice la actividad completa de acuerdo a su ritmo.

¿El Niño debe participar en el aseo del hogar?

Sí!!!. Es fundamental que se sienta parte de la familia, lo que incluye cumplir con tareas en el hogar. Si presenta una discapacidad importante que le dificulta el realizar labores muy complejas, hay que idear tareas más simples que le permitan colaborar con el aseo, limpieza y orden del hogar; esto le será muy beneficioso y motivante, además sentirá que es útil y que colabora en su propia casa.

Las actividades en las que puede participar podrían ser: poner la mesa, ordenar el servicio, sacar la ropa de la cama, barrer, etc., dependiendo del nivel de discapacidad y de la edad. El rol del cuidador es observar e identificar cuáles son estas actividades, y reforzar con mayor entrenamiento al niño, y estimular a la familia a que lo incluyan en los quehaceres del hogar.



AYUDAS TÉCNICAS: IMPLEMENTOS Y ADAPTACIONES PARA USO COTIDIANO

Sra. Pía Coletti, Terapeuta Ocupacional

Sra. María Inés Bravo, Kinesiólogo

Sra. Isabel Soza, Kinesiólogo

Sra. Maria Soledad Astorga L., Asistente Social

INTRODUCCIÓN

La persona en situación de discapacidad necesita elementos, espacios y equipos entre otros, que le permitan desempeñarse adecuadamente en las actividades cotidianas. Si ésto no es posible o presenta dificultades, requiere de adaptaciones.

El objetivo de esta guía es mostrar las principales ayudas técnicas, adaptaciones e implementos que puede utilizar la persona en situación de discapacidad, además de dar ideas que se puedan aplicar en diferentes contextos. Lo invitamos a usar su imaginación para crear algunas nuevas y utilizar las que se presentan en esta guía.

¿Qué es una Ayuda Técnica?

Se definen como elementos que corrigen o ayudan a realizar una acción, actividad o desplazamiento, de manera que sea más fácil y/o segura la tarea que se quiera realizar.

Las ayudas técnicas facilitan que la persona pueda integrarse en condiciones más igualitarias dentro de su comunidad, dándole la oportunidad de competir en mejores condiciones con sus pares.

QUIÉNES PUEDEN OBTENER UNA AYUDA TÉCNICA

Según la Ley 19.284, quienes pueden acceder al beneficio son "Personas con discapacidad de escasos recursos o personas jurídicas sin fines de lucro que las atiendan" (Art.55).



¿Cómo puedo solicitar una Ayuda Técnica?

Debe concurrir a una institución, que tenga convenio con FONADIS (como municipalidades, servicios de salud), quien gestionará la tramitación de ayuda técnica, para esto requiere de los siguientes antecedentes:

1. Formulario de solicitud.
2. Un informe de contexto emitido por asistente social o Encargado de Oficina de la Discapacidad.
3. Un informe médico en el cual el profesional prescriba la ayuda, en formato tipo del FONADIS (diferente para cada tipo de ayuda).
4. Acciones complementarias comprometidas.
5. Ficha de protección Social con puntaje inferior a 13.484 puntos, si es superior debe adjuntarse un informe socioeconómico
 - Respecto del requisito de la Ficha de Protección Social y su puntaje, se han establecido las excepciones que siguen:
 - Los niños y niñas entre 0 y 6 años, sólo deben acreditar aplicación de FPS sin importar el puntaje.
 - Los niños y niñas que se encuentran institucionalizados en centros del Servicio Nacional de Menores y sus Instituciones colaboradoras, que se encuentran en situación de abandono.
 - Jóvenes, adultos y adultos mayores, que se encuentran institucionalizados en centros de larga estadía, que se encuentran en situación de abandono.
 - Personas con discapacidad que están privadas de libertad o que se encuentran en situación de abandono.
6. Inscripción en Registro Nacional de la Discapacidad.
7. Las cartas de compromiso de coportes si los hubiere, firmadas por su representante legal en el caso de una persona jurídica, o por la persona que compromete el monto, en el caso de personas naturales.

Todo esto va en un formulario especial que puede encontrar en página web de FONADIS (<http://at.fonaweb.cl/>)



Algunas Ayudas Técnicas

- **OTP (órtesis tobillo pie):** Se utilizan para mantener el o los pies, en buena posición, evitando en cierto grado las deformidades.
- **Isquiopie:** se utiliza para dar estabilidad en la (s) extremidad (es) inferior (es).
- **Pelvipedio:** se utiliza para dar estabilidad a la pelvis y miembros inferiores.
- **Pelvipedio con corset:** se utiliza cuando no hay control de tronco, para dar estabilidad a éste, pelvis y miembros inferiores.
- **Canaletas:** Se utilizan para mantener las extremidades inferiores bien alineadas, (extendidas), (se confeccionan en PVC o en tela, con barras de aluminio).
- **Paradores:** Pueden ser confeccionados artesanalmente. Sirven para poner de pie, a la persona que tenga indicación de pararse.

ADEMÁS CABE MENCIONAR OTRAS AYUDAS TÉCNICAS TALES COMO:

- **Prótesis**
- **Órtesis** (pelvipedio, OTP, isquiopie, etc.)
- **Endoprótesis** (de cadera, rodilla, instrumental de columna)
- **Elementos de Apoyo Visual** (lupa, puntero laser, etc.)
- **Elementos de Comunicación adaptados** (tableros, computador, etc)
- **Elementos de posicionamiento** (sitting, paradores)
- **Ayudas Técnicas para Actividades de la Vida Diaria (AVD) de :**
 - **Alimentación, higiene, vestuario, elementos de transferencia**
 - **Elementos antiescaras (colchones, cojines)**
 - **Sillas de ruedas**
 - **Bastones ortopédicos**
 - **Muletas**



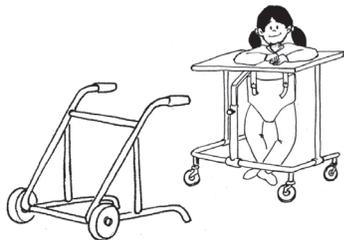
■ Andadores

Recomendación

NUNCA DEJAR SOLA A LA PERSONA. RECUERDE APROVECHAR LA POSICIÓN DE PIE PARA ESTIMULAR OTRAS ÁREAS, EJEMPLO JUGAR CON LAS MANOS.

Andadores, bastones o muletas:

Sirven para desplazarse cuando se le ha indicado esa forma de desplazamiento.



Barras paralelas:

Pueden confeccionarse en forma artesanal.

Sirven para practicar el ponerse en pie y caminar.



Silla Esquina (con adaptación y sujetador de cadera y hombro)

Sirve para sentar al niño que tiene dificultad para mantener su tronco erguido.

RECUERDE APROVECHAR LA POSICIÓN SENTADO, PARA ESTIMULAR OTRAS ÁREAS.

Ejemplo: favorecer el uso de las manos y la alimentación independiente.



Sillas de Ruedas

**Apoya pies:**

Sirven para que la persona mantenga una posición correcta de los pies y no se resbale del asiento.

Respaldos:

Se pueden agregar cojines o cuñas (se pueden confeccionar de cartón) para que la persona quede más derecha en el asiento (dibujo de buen y mal respaldo).

Asiento:

Se pueden agregar cojines en el asiento, para que los pies queden correctamente posicionados en los apoya-pies. Este cojín no debe ser muy blando, para impedir que la persona se “hunda” en el asiento (dibujo de buen y mal asiento).

Ancho del asiento:

Se pueden agregar cojines a los costados del asiento para que la persona no se incline hacia los costados. (dibujo de buen y mal asiento).





Algunas Adaptaciones

EQUIPAMIENTO ADAPTADO

Mesa con escotadura

Mesa que permite una buena posición y favorece el uso de las manos y la alineación del cuerpo.



Apoya pies:

Son elementos que permiten que la persona mantenga una posición correcta, ya que favorece que los pies estén apoyados mientras se trabaja. Pueden confeccionarse con libros, guías telefónicas, cajas, bancas de madera, etc.



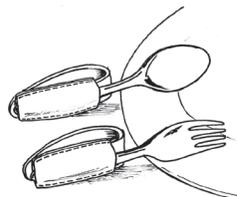
Engrosar mangos:

Sirven para facilitar el agarre de los utensilios, como por ejemplo cepillo de dientes, peineta, lápices, servicio de comida, etc. Se puede hacer con esponja, goma eva, telas adhesivas, etc.



Adaptador o estuche para utensilios:

Permite a personas con poca movilidad en sus manos, utilizar cubiertos, cepillos de dientes, lápices etc.





ALIMENTACIÓN:

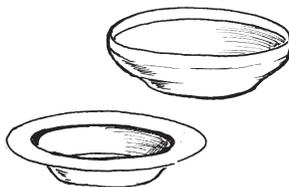
Cubiertos curvos:

Permiten facilitar el acto de llevar la comida a la boca. Se pueden fabricar artesanalmente.



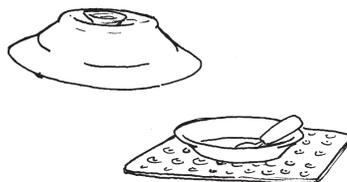
Platos con bordes:

Evitan que la comida caiga del plato, de esta forma se puede deslizar la cuchara en el plato y el borde frena la cuchara para que el alimento no caiga. Se puede confeccionar con PVC u otro plástico.



Platos con ventosa o antideslizante:

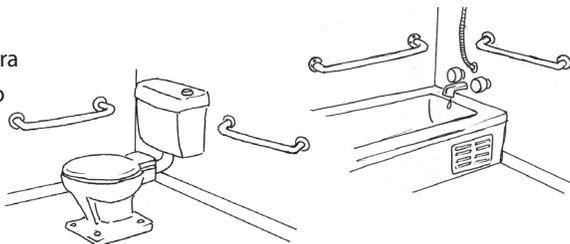
Evitan que el plato se corra al momento de recoger la comida de él. Se puede fabricar artesanalmente o agregar un antideslizante a la misma mesa. En algunos supermercados venden individuales de un material que ayuda a que el plato no resbale.



BAÑO:

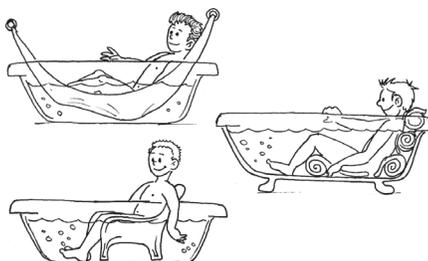
Barras:

Permiten que la persona tenga donde afirmarse para entrar o salir de la ducha o del WC.



Hamaca, Silla plástica o Toalla enrollada:

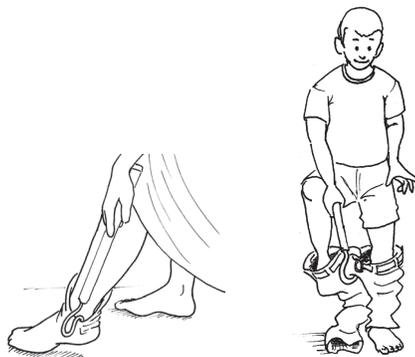
Permite sentar al niño, dentro de la tina de manera más segura y cómoda para que el cuidador o el mismo niño pueda bañarse sin miedo a resbalar o caer al agua.

**Goma antideslizante:**

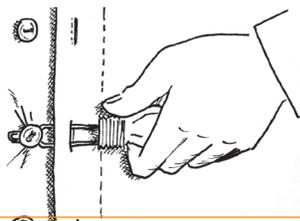
Se pueden agregar en el piso de la tina o ducha para evitar que la persona resbale en el interior.

VESTUARIO**Alcanzador:**

Permite alcanzar las diferentes prendas, o subir prendas de ropa en personas que no pueden agacharse. Se puede confeccionar con un colgador de ropa y un tubo de PVC.

**Abotonador:**

Facilitan el abotonado y desabotonado. Se pueden confeccionar con alambre y un tubo de PVC o madera.





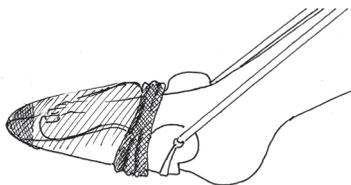
Velcro, broches:

Permiten hacer más fácil la abertura o cierre de una prenda de vestir. Se pueden colocar en reemplazo de los botones o cierres en la ropa.



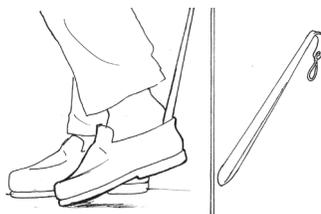
Calzador de calcetines

Facilitan la postura de los calcetines, se confecciona con una lámina de radiografía o elemento similar.



Calzador de zapatos

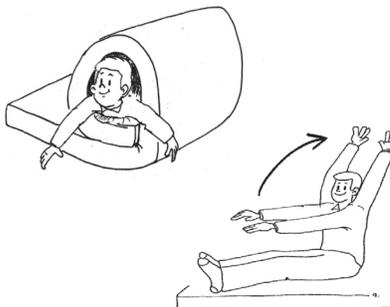
Facilitan la postura de los zapatos o zapatillas, se confeccionan utilizando un calzador común y corriente, adhiriéndolo a un mango de madera o plástico (tubo de PVC o palo de escoba).



Algunos Implementos Terapéuticos

Colchoneta:

- Sirve para colocar al niño cuando descansa, o para cuando usted le haga ejercicios en el suelo.
- Puede ser usada para la actividad de caminar en distintas superficies.
- Puede usarla para enrollar al niño.



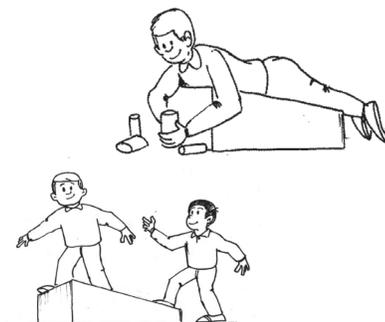
Pelota terapéutica:

- Proporciona la sensación de movimiento y rebote al niño cuando es colocado sobre ella.
- **Para estimular relajación:** Acuéstelo de guata y mézalo suavemente.
- **Para aumentar tono:** Siéntelo derecho y aplique rebotes un poco más fuertes.

SIEMPRE ASEGURE QUE EL NIÑO ESTA FIRMEMENTE SUJETO, Y QUE ALREDEDOR HAYA COLCHONETAS POR SI CAE.

**Cuña:**

- Sirve para colocar al niño de guata y que logre apoyar sus codos, extender su cabeza y tronco.
- Pueden usarse para trabajar marcha, por ejemplo, que el niño camine en distintas superficies. (plano inclinado)
- Para mantener al niño en una posición deseada, etc.

**Cojines o almohadas de distintas medidas:**

- Para acomodar al niño en una posición adecuada.
- Para jugar, por ejemplo, a la guerra de cojines.





Rollos de distintos grosores:

- Puede sentar al niño con piernas abiertas y trabajar control de tronco y que tome objetos.
- Para mantener una posición adecuada.
- Para actividades similares a las que realiza con la pelota terapéutica.



Alfombra:

Permite hacer ejercicios en el suelo sin tener contacto directo con el piso, *ejemplo*: gatear, rodar, estar sentado, etc.

Bancas o pisos de poca altura (desde 25 a 60 aprox.):

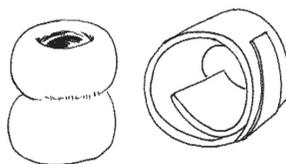
- Sirve para sentar al niño o a usted, y en esa posición estimular otras áreas.
- Puede usarse para estimular el subir o bajar escaleras.



NUNCA DEJAR AL NIÑO SOLO.

Bandas o brazaletes con peso:

- Sirven para aumentar fuerza o dar estabilidad a niños con distonía o tono bajo.



NUNCA COLOQUE UN PESO SIN CONSULTAR LA CANTIDAD DE PESO A USAR Y POR CUÁNTO TIEMPO DEBE USARLO

Espejo:

- Sirve para que el niño conozca las partes de su cuerpo, imite posiciones y juegue con su reflejo, por ejemplo, a pegar figuras de goma eva sobre su imagen.
- Le sirve a usted, mientras está con el niño, para ver si está en buena posición y ver cuales son sus reacciones.

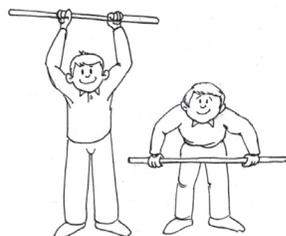


Materiales confeccionados artesanalmente

1. Palos de escoba de distintos tamaños y grosor:

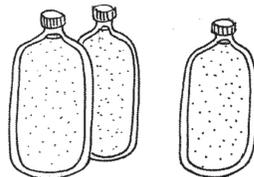
Sirven para:

- Entrenar o hacer juegos que aumenten la fuerza muscular y el equilibrio, estirar los músculos, desarrollar la coordinación, etc.
- Jugar a las espadas, al caballito, bailar con bastones, etc.



2. Botellas desechables chicas con arena:

- Sirven para ejercitar fuerza muscular, jugar a los palitroques, sonajero, etc.





3. Saquitos con arena, con adornos o colores:

- Para hacer fuerza, mantener posiciones, e igual indicación que las bandas o brazaletes.



4. Chalecos con peso:

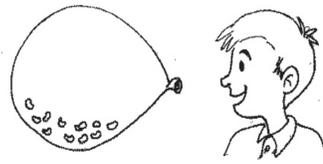
- Sirven para dar estabilidad y aumentar la sensación del cuerpo

SE DEBEN USAR SOLO CON ALGUNOS NIÑOS. CONSULTA AL EQUIPO DEL CCR.



5. Globos rellenos con porotos, arena, arroz, etc.:

- Sirven para estimular fuerza de manos, sensación de tacto, etc.



6. Figuras de goma eva y similares:

- Para estimulación de los sentidos y uso de dedos en agua, sobre espejos, etc.





7. Set de estimulación sensorial:

- Cepillos, telas, cremas, cajas de legumbres, columpios o hamacas, cajitas con distintos olores y / o sabores, que entreguen diferentes sensaciones a los niños.

RECUERDE AVERIGUAR QUE SENSACIONES EL NIÑO REQUIERE QUE SEAN ESTIMULADAS, Y SIEMPRE SE DEBE EVALUAR LA REACCIÓN FRENTE AL ESTÍMULO.



GUÍA DE MANEJO BÁSICO DE SILLA DE RUEDAS

Sr: Alan Martínez A.
Neurokinesiólogo

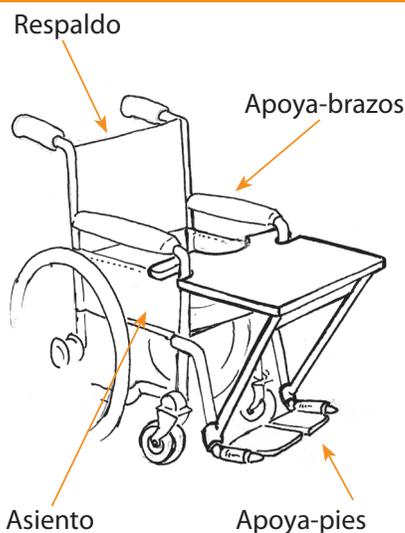
Este capítulo pretende ser una guía básica que aporte a la independencia de las Personas en situación de Discapacidad, por medio de la entrega de herramientas que permitan al usuario de silla de ruedas desplazarse de forma más autónoma y segura, al enfrentar de manera efectiva los obstáculos presentados por los diferentes ambientes en los que se desplace.

Consideraciones

Cabe destacar que siempre es importante contar con la asesoría de profesionales que manejen estos conceptos para así favorecer el aprendizaje.

PARTES DE SILLA DE RUEDA

Lo primero, que se debe considerar en esta posición es la **SEGURIDAD**, es decir, que la posición le permita hacer sus actividades con la certeza de que el niño no caerá.



Posiciones de seguridad

Lo primero, que se debe considerar en esta posición es la **SEGURIDAD**, es decir, que la posición le permita hacer sus actividades con la certeza de que el niño no caerá.

Pero, lo que es válido para todas las personas, es el correcto **ALINEAMIENTO** de la cabeza, con el tronco y con la pelvis, es decir, que cada una de estas partes se encuentre casi en una misma línea; que las caderas y rodillas estén dobladas formando un ángulo de 90°; que las plantas de los pies estén totalmente apoyadas en la superficie (el suelo, los apoya-pies de las sillas de ruedas u otro elemento). Los brazos no deben quedar colgando al costado de la silla, sino sobre las piernas o mejor aún sobre un apoyo externo. Por ejemplo: una bandeja que se pueda poner y sacar, sobre los apoya brazos de la silla de ruedas o acercar la silla a una mesa.

Para conseguir esta postura alineada, se utilizarán diferentes adaptaciones, que variarán según las características del niño y de la silla con que cuenta.





Manejo de Silla de Ruedas

I. REVISIÓN DE SILLA DE RUEDAS

Antes de utilizar una silla de ruedas debe cerciorarse de:

- Neumáticos en buenas condiciones de estructura y aire
- Frenos en buenas condiciones
- Armazón en buenas condiciones
- Componentes estructurales como telas, plásticos etc. en buenas condiciones



II. LEVANTAR RUEDAS DELANTERAS

POSICIÓN DE INICIO:

Mantenga el centro de gravedad en el centro de la silla de ruedas, para ello su tronco debe estar en posición neutra.

Descripción del movimiento a realizar:

Desplace su centro de gravedad hacia atrás, para ello lleve su tronco hacia atrás, tome las ruedas colocando sus manos a la altura de sus hombros.

Para salir de la posición estática desplace las ruedas hacia adelante manteniendo el tronco hacia atrás.

Una vez que haya levantado las ruedas mantenga el equilibrio moviéndolas hacia adelante y atrás.

Precauciones:

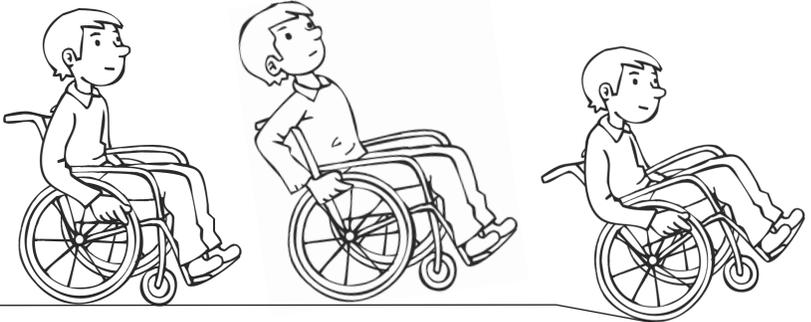
Si se cae hacia atrás no ponga los brazos para evitar la caída, ya que puede sufrir una lesión.

Las manillas de empuje que posee la silla evitan el golpe en la cabeza.

Cuando inicie la práctica de esta habilidad cuente con el apoyo de un asistente quien cuide de su integridad física.

Utilidad:

Habilidad imprescindible para personas en situación de discapacidad que utilizan silla de ruedas, pues les permite sobrepasar obstáculos y desplazarse en terreno irregular





III. INCORPORARSE DESDE EL SUELO

POSICIÓN DE INICIO:

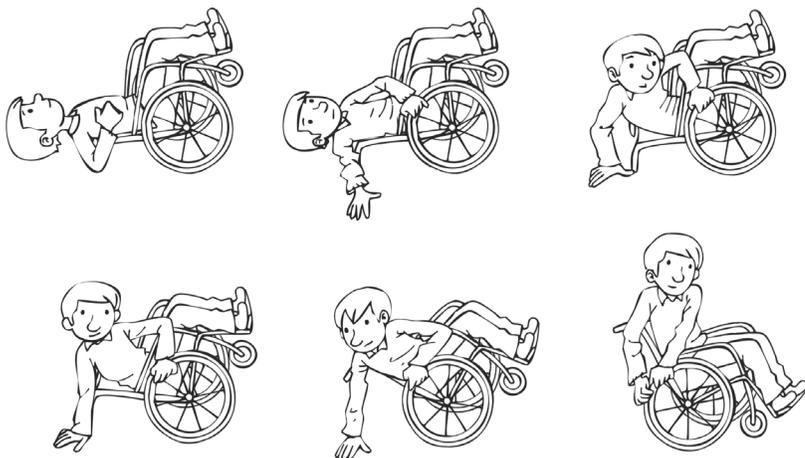
Con la silla de espaldas en el suelo, posicione en ella.

Descripción del movimiento a realizar:

Gire a lateral (hacia el costado) apoyando la mano del mismo lado hacia el que se ha girado en el suelo, la otra mano toma la rueda del mismo lado.

Traccione la rueda hacia usted y simultáneamente extienda el brazo cuya mano se encuentra apoyada en el suelo.

Finalice desplazando su centro de gravedad hacia a delante (lleve el tronco hacia delante)



Precauciones:

Evite tomar la rueda desde los rayos ya que puede sufrir lesiones.

Utilidad:

Habilidad imprescindible para personas en situación de discapacidad que utilizan silla de ruedas, pues les permite enfrentar una caída de modo eficiente y autónomo cuando no cuenten con asistencia de otra persona para incorporarse.



IV. BAJAR ACERA U OBSTACULO EN ALTURA

POSICIÓN DE INICIO:

Mantenga el centro de gravedad en el centro de la silla de ruedas, para ello su tronco debe estar en posición neutra.

Descripción del movimiento a realizar:

1. Desplace su centro de gravedad hacia atrás, para ello lleve su tronco hacia atrás, tome las ruedas colocando sus manos a la altura de sus hombros.
2. Para salir de la posición estática desplace las ruedas hacia adelante manteniendo el tronco hacia atrás.
3. Una vez que haya levantado las ruedas mantenga el equilibrio y desplace la silla de ruedas al borde de la acera u obstáculo.
4. Ya en el borde de la acera u obstáculo desplace las ruedas hacia delante y deje caer la silla siempre con el centro de gravedad hacia atrás.
5. Una vez que contacten las ruedas traseras con la superficie, desplace su centro de gravedad y continúe con la trayectoria deseada.



Precauciones:

Si se cae hacia atrás no ponga los brazos para evitar la caída, ya que puede sufrir una lesión.

Las manillas de empuje que posee la silla evitan el golpe en la cabeza

Cuando inicie la práctica de esta habilidad cuente con el apoyo de un asistente quien cuide de su integridad física.

Utilidad:

Habilidad imprescindible para personas en situación de discapacidad que utilizan silla de ruedas, pues les permite sobrepasar obstáculos en altura, descender escaleras de pocos peldaños y desplazarse en terreno irregular.



AUTOCUIDADO DE LA PERSONA EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

Sra. Rebeca Martínez Vicuña
Enfermera

¿Qué entendemos por Autocuidado?

EL CUIDADO es una conducta del ser humano aprendida principalmente en el seno de la familia y está referida a desarrollar actividades destinadas a la protección de ésta para la conservación de la vida.

Derivado de este concepto el **AUTOCUIDADO** es la conducta humana referida al “propio cuidado” para la promoción y conservación de la salud, entendida ésta como el completo bienestar físico, emocional, económico y social y no solo la ausencia de enfermedad.

El autocuidado es una función inherente al ser humano e indispensable para la vida, que resulta del crecimiento de la persona en su diario vivir, en cada experiencia como cuidador de si mismo y de quienes lo rodean, influyendo de manera positiva en la forma de vivir de las personas y siendo en una estrategia importante para la protección de la salud y la prevención de la enfermedad.

Instancia de Autocuidado en la Vida del Ser Humano:

1. **Autocuidado universal:** es común a todos los individuos. Está relacionado con la satisfacción de necesidades básicas como: respirar, alimentación, hidratación, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.
2. **Autocuidado del desarrollo:** promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en las distintas etapas de la vida del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.

3. **Autocuidado de desviación de la salud**, que surgen o están vinculados a los estados de salud que afectan el funcionamiento integral del ser humano.

Características del Autocuidado

Para el ejercicio de ésta práctica el individuo y su grupo social deben trabajar en tres aspectos que le permitirán ejercer el control de su propia calidad de vida.

1. **Autocuidado**, decisiones que el individuo toma para la conservación de su propio bienestar: Adquirir conocimientos para prevenir enfermedades, prácticas de vida saludable, etc.
2. **Ayuda mutua**, acciones que las personas realizan para ayudarse unas a otras. Organizaciones comunitarias, trabajo voluntario, etc.
3. **Entornos sanos**, trabajar para crear condiciones que mejoren el entorno: Apoyar actividades deportivas, clubes de 3° edad, actividades culturales: teatro, viajes, cursos, etc.

Cuidado Autocuidado



Autocuidado ¿Enfoque Integral y Humano?

Se refiere a que toda persona necesita: afecto, protección, participación, ocio, creación, libertad con la finalidad de descubrir su propia identidad.



El autocuidado es un acto individual que cada persona realiza cuando adquiere autonomía. Pero a la vez es un acto recíproco en que la persona también tiene responsabilidad sobre otros.

Autocuidado en la Persona en Situación de Dependencia

Todos tenemos la capacidad potencial para cuidarnos y cuando ésta capacidad está limitada en forma transitoria o permanente, la familia y el cuidador junto a la persona desarrollarán éstas prácticas.

La familia y la persona en situación de discapacidad constituyen una unidad, que comparte un espacio físico, que tiene una forma de interrelación en el que se delegan diversas funciones y responsabilidades. Por lo tanto, cuando se desee desarrollar acciones de autocuidado en personas en situación de discapacidad es fundamental considerar la participación de la familia y/o cuidador principal.

La evaluación del grado de discapacidad de un individuo debe incluir a su familia y el nivel de discapacidad de ellos (individuo y familia) para la interacción con el entorno social, cultural y físico.

El autocuidado permitirá a las personas en situación de dependencia el ejercicio del principio de autonomía personal. Si se considera éste un objetivo a alcanzar el equipo de salud y los cuidadores deberemos desarrollar estrategias para trabajar en esta orientación.

OBJETIVO:

- **Autonomía:** El logro de la autovalencia permite a las personas mejorar las condiciones para ejercer su autonomía decidiendo su participación en la promoción de su propio bienestar, la interacción con las personas y con su entorno.

HERRAMIENTAS:

- **Capacitación:** En las acciones a desarrollar para la conservación de una buena calidad de vida, de promover acciones de mejorar los entornos y de fomentar las acciones comunitarias para la inclusión social de la persona en situación de dependencia.

- **Habilitación Específica:** El conocimiento del nivel de dependencia en las diferentes áreas del comportamiento humano para planear y darle a cada individuo la habilitación específica requerida, permitirá formular un programa de rehabilitación ajustado a cada persona.
- **Familia y Cuidadores:** Son parte del proceso de aprendizaje y responsables de la autonomía que logre la persona en situación de discapacidad en las diferentes áreas abordadas en el programa de entrenamiento.

¿Cómo Enfrenta el Autocuidado la Persona en Situación de Dependencia?

1. Tomando la determinación de ejercer el cuidado propio: ***“YO ME CUIDO”***.
2. Aceptando el concepto de ayuda mutua que lo compromete a aceptar el cuidado y el apoyo de la familia y el cuidador, pero además asumiendo el compromiso de prestar su ayuda a otras personas en situación de dependencia: ***“YO TE CUIDO”***.
3. Capacitándose en conceptos de autocuidado: vida saludable, entorno saludable; conceptos de prevención de deterioro y conservación de las capacidades obtenidas en el proceso de rehabilitación en que participa y de acuerdo a las necesidades específicas requeridas: ***“YO ME CAPACITO PARA CUIDARME Y PARA CUIDARTE”***.
4. Integrándose junto a su familia a las organizaciones de autoayuda de su comunidad, con una participación activa y comprometida en actividades para la promoción del autocuidado: ***“YO PARTICIPO”***.
5. Sumándose a las actividades que se desarrollan en su comunidad para crear y promover entornos saludables: ***“YO QUIERO VIVIR EN ENTORNOS SALUDABLES Y TRABAJO PARA LOGRARLO”***.
6. Tomando conciencia que el **CUIDADO** implica una serie de exigencias que pueden agotar al cuidador, tanto física como psicológicamente. La tarea de cuidar requiere de espacios para actividades que permitan recuperarse del cansancio y de las tensiones de cada día, es decir preocupándose por el **AUTOCUIDADO DEL CUIDADOR**.



¿Qué Beneficios obtiene?

1. Ejerce su autonomía, decide por sí y para sí.
2. Crecimiento personal.
3. Es miembro activo de la comunidad. Se acepta con su dependencia y asume a la familia y al cuidador como los apoyos necesarios para su integración.
4. Tiene participación ciudadana, trabaja por su auto valencia y para la de otros.
5. Es una persona que junto al cuidador forman una entidad que asume el rol que le corresponde en la sociedad, de acuerdo con la etapa de vida en que se encuentre.
6. La comunidad se beneficia con su aporte en el autocuidado propio, de la familia y del cuidador y en la construcción de un ambiente saludable.



AUTOCUIDADO DEL CUIDADOR

Sra. Carolina Letelier A.
Psicóloga

Rol del Cuidador:

¿CUIDAR... DE QUÉ SE TRATA?

Al abordar este tema surgen numerosas y variadas cuestiones, relacionadas con quiénes son estas personas, cómo influye la situación de cuidado en sus vidas, qué necesidades concretas tienen, cómo se le puede ayudar a satisfacerlas, etc. La experiencia de cada cuidador es única, ya que son muchos los aspectos que hacen que esta experiencia difiera de cuidador a cuidador. El por qué se cuida, a quién, la relación previa con la persona cuidada, la causa y el grado de la dependencia de la persona en situación de discapacidad, las exigencias que se marquen los cuidadores, etc., son algunos de esos aspectos.

CUIDAR ES TOMAR EN CUENTA...

- El tipo de ayuda que requiere la persona: según su edad.
- Tiempo de dedicación.
- Capacidad de pedir ayuda de la familia, específicamente, del cuidador principal.
- Tener presente que debe destinar tiempo libre para uno mismo, es decir, realizar actividades estimulantes y gratificantes por parte del cuidador.
- Que ningún caso es igual a otro.
- Cómo organizar el cuidado diario.
- Historia familiar: relación tanto con la persona que requiere ayuda como con la familia.
- Satisfacción personal por el desempeño del cuidado.
- Sentido de la vida: positivo o negativo.



¿CUÁLES SON LAS TAREAS FRECUENTES DE LOS CUIDADORES?

- Ayuda para el transporte fuera del domicilio (por ejemplo, acompañarle al médico).
- Ayuda para el desplazamiento en el interior del domicilio.
- Ayuda para la higiene personal (peinarse, bañarse, etc.).
- Supervisión en la toma de medicamentos.
- Colaboración en tareas de enfermería.
- Resolver situaciones conflictivas derivadas del cuidado (por ejemplo, cuando se comporta de forma agitada).
- Ayuda para la comunicación con los demás cuando existen dificultades para expresarse.
- Hacer muchas “pequeñas cosas” (por ejemplo, llevarle un vaso de agua, acercar la radio, etc.).
- Buscar la mejor forma de interactuar, pues quizás no presenta lenguaje verbal, sin embargo, existen otras formas de comunicación, gestos, miradas, etc.

LOS CUIDADORES QUE SÍ PONEN LÍMITES AL CUIDADO PIENSAN COSAS COMO LAS SIGUIENTES

- “hay tareas que él puede hacer solo, es mejor no ayudarlo”
- “me gustaría poder ayudarlo lo mejor posible” (y no piensan “tengo que...”)
- “puedo pedir a mi hermano que me ayude por las mañanas”

LOS CUIDADORES QUE NO PONEN LÍMITES AL CUIDADO PIENSAN COSAS COMO LAS SIGUIENTES

- “Para ayudar bien debo satisfacer todas sus demandas”
- “Debo ayudarlo en todo”
- “¿Cómo voy a decirle que no? Si estoy, para ayudarlo”
- “Solo yo sé cómo hay que cuidarlo”
- “Sólo quiere que lo cuide yo”
- “Ellos (otros familiares) deberían saber que necesito ayuda”, “debería salir de ellos”

CUIDADOR... ¿CUÁNDO PONER LÍMITES?

Cuando la persona que recibe los cuidados.....

- Culpa reiteradamente al cuidador por equivocaciones involuntarias.
- Llama la atención para captar más dedicación.
- Hace reproches a los cuidadores cuando estos ponen límites razonables a sus peticiones.
- Culpa a otros de problemas causados por ellos.
- Rechaza ayudas que facilitarían las tareas de cuidado (silla de ruedas, etc.)
- Pide más ayuda de la necesaria.

... ENTONCES ES NECESARIO PONER LÍMITES AL CUIDADO



Cómo Cuidarse Mejor...

- **Pedir ayuda.**
- **Pedir ayuda a familiares y amigos.**
- **Pedir ayuda a servicios, instituciones y asociaciones.**
- **Cuidar de la propia salud:** Cuidar de otra persona implica una serie de exigencias que pueden agotar al cuidador, tanto física como psicológicamente. A veces, en la tarea de cuidar se descuidan aquellas actividades que permiten recuperarse del cansancio y de las tensiones de cada día. Los cuidadores que mejor se sienten son los que mantienen unos hábitos de vida saludables que les llevan a estar en las mejores condiciones físicas y psicológicas para cuidar de sí mismos y de su familiar. Para ello se debe tomar en cuenta:



- *Cómo pedir ayuda*
- *Cómo decir no*
- *Cómo hacer críticas*
- *Cómo recibir críticas*

- **Darse cuenta de que es necesario cambiar** Cuando los cuidadores se exigen demasiado a sí mismos y se olvidan de sus necesidades personales, su propio organismo tiene “mecanismos de alarma” que le indican que está demasiado cansado o superado por alguna situación y que es el momento de empezar a cuidarse mejor.

Posibles señales de alerta

- Problemas de sueño (despertar de madrugada, dificultad para conciliar el sueño, demasiado sueño, etc.).
- Pérdida de energía, fatiga crónica, sensación de cansancio continuo, etc.
- Aislamiento.
- Consumo excesivo de bebidas con cafeína, alcohol o tabaco. Consumo excesivo de pastillas para dormir u otros medicamentos.
- Problemas físicos: palpitaciones, temblor de manos, molestias digestivas.
- Problemas de memoria y dificultad para concentrarse.
- Menor interés por actividades y personas que anteriormente eran objeto de interés.
- Aumento o disminución del apetito.
- Actos rutinarios repetitivos como, por ejemplo, limpiar continuamente.
- Enojarse fácilmente.
- Cambios frecuentes de humor o de estado de ánimo.
- No admitir la existencia de síntomas físicos o psicológicos que se justifican mediante otras causas ajenas al cuidado.
- Tratar a otras personas de la familia de forma menos considerada que habitualmente.

- **Aprender a sentirse mejor:** La situación de cuidado suele llevar asociada la experiencia de múltiples y variados sentimientos y emociones por parte de los cuidadores. Algunos de estos sentimientos, tales como la tristeza, la culpa, la preocupación o el enfado, interfieren en la vida de los cuidadores obstaculizando su bienestar y dificultando el desempeño de las tareas asociadas al cuidado.

¿Qué consecuencias puede tener el cuidado en la vida diaria del cuidador?

La vida de aquellas personas que atienden a una persona dependiente puede verse afectada de muchas maneras.

ALGUNAS DE ESTAS CONSECUENCIAS SON:

- Falta de autocuidado.
- Problemas psicológicos (depresión, ansiedad).
- Estrés.
- Disminución de calidad de vida.
- Alteración del sueño.
- Riesgo de cuidado inapropiado de la persona en situación de discapacidad.
- Relación más estrecha con la persona cuidada.

ADEMÁS SE PODRÍA EXPERIMENTAR CAMBIOS EN LAS SIGUIENTES ÁREAS:

- En las relaciones familiares
- En el trabajo y en su situación económica
- En su tiempo libre
- En su salud
- En su estado de ánimo
- La satisfacción de cuidar

¿Qué intervenciones se pueden aplicar en los cuidadores para disminuir las consecuencias negativas?

- Información: sobre la enfermedad, los recursos disponibles, etc.
- Enseñar al cuidador cómo cuidar adecuadamente de la persona en situación de discapacidad (por ejemplo, técnicas de solución de problemas) y como cuidar mejor de sí mismos (por ejemplo, relajación).
- Apoyo psicológico al cuidador.
- Buen uso del tiempo libre.
- Grupos de apoyo, donde puedan compartir con otros que estén en la misma situación. En estos grupos se favorece la expresión emocional de los participantes y el apoyo emocional entre los miembros. También permite que aprendan estrategias de afrontamiento y solución a diferentes situaciones difíciles.
- Trabajar para la formación de un grupo de semillero en la comunidad que permitan apoyar a los cuidadores y enseñarles estrategias que les permitan no sólo aprender a cuidar mejor de la persona en situación de discapacidad, sino también aprender estrategias para cuidar mejor de sí mismos.



APOYO A LA INTEGRACIÓN EDUCATIVA DE NIÑOS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD FÍSICA

Sra. Mirla Arcos P., Educadora Diferencial

Sra. Paula Saavedra, Profesor Educación General Básica

Sr. Cristián Marchant, Profesor Educación General Básica

Sr. Rodrigo Hidalgo, Kinesiólogo

Sr. Luis Gallegos, Profesor Educación Física

INTRODUCCIÓN:

La participación de los niños y jóvenes en la Escuela, les da la oportunidad de tener experiencias significativas en el ámbito social, recreativo y pedagógico, que les permite desarrollarse como una persona integral.

La educación es un derecho para todos los niños y niñas, siendo un deber del Estado brindar los apoyos necesarios a quienes lo requieren. La nueva Ley General de Educación asegura el derecho a la educación desde el Primer Nivel Transición hasta la Enseñanza Media, enfatizando en la equidad, calidad, igualdad e inclusión. Por lo que las personas en situación de discapacidad pueden acceder al sistema educativo pertinente, sin ser discriminados.

Quienes formamos parte del entorno de un estudiante, tenemos el deber de hacer cumplir su derecho a la Educación.

Actualmente nuestro sistema educativo ofrece las siguientes alternativas:

a) Jardines Infantiles:

Son establecimientos que entregan Educación Parvularia a los niños y niñas desde los 84 días hasta los 5 años, momento que ingresan a la educación básica.

b) Centros Abiertos:

Es una estrategia educativa dirigida a menores de entre 2 y 5 años 11 meses de edad, de escasos recursos, organizados en cuatro niveles: Medio, Menor y Mayor, transición Menor y Mayor, donde quedan a su cuidado asistentes de niños, asistentes de párvulos y educadores parvularias, las cuales dirigen y supervisan el trabajo.

c) Escuelas Básicas y Liceos Científico Humanista y Técnico Profesional:

Son el tipo de educación más conocido, acogen a niños y jóvenes desde los 6 años cumplidos hasta los 18 años, brindando educación regular.

d) Escuelas Especiales:

Son Escuelas que atienden alumnos y alumnas que presentan discapacidad sensorial, intelectual, motora, de la relación y comunicación y trastornos específicos del lenguaje, de edades comprendidas entre 4 y 24 años.

e) Escuelas y Aulas Hospitalarias:

Brindan atención educativa a aquellos niños y jóvenes que interrumpen su proceso escolar porque deben permanecer hospitalizados o en tratamiento ambulatorio.

f) Centros de Evaluación y Capacitación Laboral:

Ofrece orientación vocacional y entrenamiento laboral, teniendo como fin integrar al sistema laboral a las personas en situación de discapacidad.

¿Qué es la Integración Escolar?

Es un proceso que hace posible la incorporación de niños y jóvenes con necesidades educativas especiales al sistema educativo regular, proporcionándoles las adecuaciones necesarias, que faciliten su permanencia y desempeño en todas las instancias educativas.

El Ministerio de Educación provee de recursos económicos a aquellos Establecimientos que presentan proyectos de Integración Escolar. Sin embargo existen Establecimientos que realizan integración sin estos recursos, debido al compromiso que ha asumido la comunidad educativa con la diversidad de sus alumnos.

Actualmente se puede acceder a Proyectos de Integración en:***Escuelas Municipales:***

Que son parte de Proyectos comunales de Integración, apoyados por las Corporaciones Municipales de Educación y Departamentos Provinciales.

Escuelas Particulares y Particulares Subvencionadas:

Que hayan generado sus propios Proyectos de Integración.

¿Cómo podemos facilitar las actividades escolares de los niños/as y jóvenes?

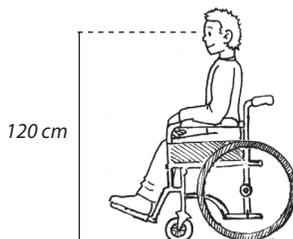
1. Al conocer sus necesidades, intereses y habilidades estará en condiciones de realizarle exigencias de acuerdo a sus posibilidades, de esta manera favorecerá desarrollo de su autoconfianza y sentimiento de lograr sus objetivos.
2. **Conozca y averigüe todo tipo de indicaciones necesarias.** Con los padres y profesionales que lo atienden.
 - **Antecedentes generales del niño:** médicos, familiares, educacionales y sociales.
 - Si el niño tiene una condición de salud que requiera de un cuidado especial como alergias, uso de órtesis o prótesis e indicaciones especiales.

DESPLAZAMIENTOS

Al igual que todos los niños quienes presentan discapacidad física, deben realizar variadas actividades en distintos lugares, por lo tanto es importante tener en cuenta:

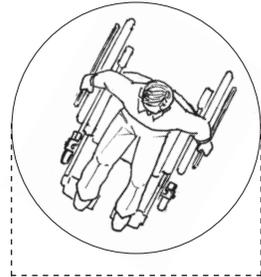
Traslado:

- Si al niño se le ha indicado el caminar y él lo hace ya sea en forma independiente pero con cierta inestabilidad o pérdida de equilibrio acompañelo por distancias cortas brindándole seguridad.
- Debe estimular a que el menor camine y deambule por aquellas superficies en las que existan menores riesgos de caídas, facilitando las disposiciones de los elementos de apoyo necesarios, como barras laterales en pasillos, escaleras y elementos de seguridad, como por ejemplo, el uso de casco, rodilleras o coderas.
- Para aquellos niños que se trasladan en silla de ruedas, lo más importante es mantener buena accesibilidad a los distintos espacios físicos de su entorno o Escuela, como la sala de clases, baños, comedores, patios, siendo importante conocer las medidas estándares que permitan realizar las adaptaciones arquitectónicas necesarias:





- **Ancho mínimo de puertas:** 90 cms.
- **Ancho mínimo de pasillos:** 1,40 mts. de espacio libre.
- **Rampas:** Ancho mínimo 1 m. Hasta 2 mts. de desarrollo, con un alto máx. de 12 cms. por 1 mt. Largo.
- 12% de pendiente. De 2m a 8 m un 8% de pendiente. Secciones cada 8 m con descansos de 1,50 m por 1,50 m.
- **Altura de muebles y lavamanos:** 75 cms. de espacio libre, desde el suelo al borde inferior.
- Piso regular y sin obstáculos.
- En los baños el área mínima es de 1,50 mts. de diámetro.



150 cm (diámetro de giro)

- Mudadores resistentes adosados al muro.
 - Barras laterales en WC, con 70 – 90 cms. de altura, con 3-4 cms. de diámetro.
- Para aquellas personas que se trasladan con aparatos o ayudas técnicas: bastones, andador con o sin ruedas, etc. Es fundamental mantener el espacio transitable sin obstáculos y dejar las ayudas técnicas en lugares de fácil acceso, utilizando ganchos, favoreciendo así su independencia.

¿Qué adaptaciones se pueden realizar, para un niño con discapacidad física?

Las adaptaciones y los implementos que utilicen son fundamentales para alcanzar una mayor independencia en el ambiente escolar.

Al momento de realizar cualquier tipo de adaptación debemos tener en cuenta lo siguiente:

- Que cumpla el objetivo para el cual se diseñó.

- Que sea de fácil manipulación.
- Lo más simple y menos aparatosa posible.
- Que cumpla con cualidades estéticas.
- Que sea fácil de limpiar.
- Que sea aceptado tanto por el menor, como por la familia y su entorno.

Las adaptaciones más frecuentemente utilizadas en educación son:

Mobiliario - Espacio Físico:

- Mesas con escotaduras para una mejor aproximación con la silla de ruedas.
- Sillas con amplia base de sustentación y con sistema de correaje de estabilidad.
- Mesas con antideslizante.
- Colocar barras en las paredes para un mejor desplazamiento en la sala de clases.
- Disposición del mobiliario de tal forma que el menor tenga un fácil traslado con la silla de ruedas en toda la sala.
- Armarios, percheros, muebles, pizarra, implementos de trabajo, luz, enchufes, manillas de puertas, etc., a una altura accesible desde la silla de ruedas.

Implementos - Material Educativo:

Debe ser creado para las características y necesidades propias de cada niño. Algunos ejemplos son:

- Para un mejor agarre de lápices, pinceles, goma etc. Es necesario engrosar sus mangos, esto puede realizarse con material de esponja forrado con plástico o goma; lo fundamental es que sea anatómico y que no cause irritaciones o reacciones de alergia.
- Colocar antideslizante a las tapas de cuadernos o adherir hoja de trabajo con cinta adhesiva, si el menor no logra mantenerla inmóvil.
- Adquirir tijeras de fácil manipulación, que tengan agujeros grandes, punta roma, filo en ambos segmentos, etc.
- Si el niño tiene dificultades de comunicación se puede construir un tablero de comunicación, para esto es bueno asesorarse con profesional que trabaje el área de comunicación y lenguaje.

A continuación se muestran algunas consideraciones para cuidadores, padres o profesores de niños en situación de discapacidad, para favorecer su actividad escolar.

¿Cómo se pueden apoyar los aprendizajes de los niños?

SUGERENCIAS GENERALES:

- Disponga de un lugar físico para realizar actividades educativas y procure que siempre sea el mismo.
- Debe ser tranquilo, con adecuada luz, temperatura y ventilación.
- Los materiales deben estar ubicados en lugar de fácil acceso para los niños.
- Deben ser suficientes para la cantidad de personas que los utilicen.
- Acordar un horario que sea específico para el estudio, manteniéndolo en forma permanente.
- Favorecer hábitos de estudios.

ACTIVIDADES SUGERIDAS:

- Mantener al alcance de los usuarios variedad de revistas, periódicos y textos con información variada.
- Disponer de juegos de ingenio, crucigramas, etc.
- Incluir a los niños en actividades funcionales que impliquen el uso del cálculo básico y lecto escritura.
- Dar oportunidades para elegir sus actividades.
- Programar salidas a diferentes lugares que sean del interés de todos.

ES IMPORTANTE RECORDAR QUE...

- La mayoría de las personas con discapacidad física, tienen un desarrollo intelectual similar al de todas las personas, sin embargo, la situación de discapacidad física implica características que se manifiestan en diferentes áreas del desarrollo que intervienen en el aprendizaje.



- Las necesidades a nivel físico no necesariamente afectan la capacidad intelectual, ni las otras áreas del desarrollo, como lenguaje, afectiva y social. Sin embargo, pese a requerir algunos apoyos en el área física, poseen capacidades para desarrollar actividades físicas al igual que sus pares, en ocasiones requiriendo adaptaciones.
- El mantener una adecuada posición ayuda a estar atento y concentrado, permitiendo centrarse en el aprendizaje de nuevos conocimientos y además una mejor participación en actividades acordes a su edad, como juegos de sala y actividad física recreativa o formativa.
- Para favorecer su desempeño escolar, es importante proveer ambientes de aprendizaje que les permitan explorar, manipular, descubrir, relacionarse, etc., ya sea en la casa, en la escuela o en actividades recreativas y deportivas.
- La simple acción de tomar un lápiz, tijera, balón o cualquier otro elemento puede resultar complicada, y así mismo todas las habilidades que impliquen movimientos motrices gruesos o finos; sin embargo, al brindar instancias que les permitan ponerlas en práctica, se favorecerá el logro de ella.
- Incorporar a las actividades cotidianas el uso de material específico y la presencia de mobiliario especial.
- Conocer y utilizar nuevas tecnologías, en todos los ámbitos, en función de los requerimientos de las personas en situación de discapacidad.



SEXUALIDAD DE PERSONAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD: UNA GUÍA DE APOYO

Sra. Patricia Schmidt Sotomayor
Psicóloga

Todos los humanos somos seres sexuados, desde que nacemos hasta que morimos. No existen diferentes sexualidades, sino que es una sola: la sexualidad humana, la cual tiene características o manifestaciones particulares según las etapas o circunstancias de la vida por las que una persona se encuentre (Schorn, 2004).

La vivencia de este proceso es necesaria e inevitable en todo ser humano. Una persona en situación de discapacidad, no por encontrarse en una situación y/o estado distinto, se escapa de este proceso. Al igual que toda persona, de acuerdo como se haya estructurado su identidad infantil, dejará marcas en su ámbito psicológico, más allá del corporal (Schorn, 2004). En este sentido, la consolidación de la identidad desde la niñez y adolescencia, contribuye al logro de la identidad adulta, y estructura finalmente el cómo seremos y nos comportaremos a lo largo de la vida

Hablar de sexualidad y de discapacidad, resulta muchas veces complejo, debido a la cantidad de prejuicios y tabúes con respecto a dicha temática. Para poder comprender la sexualidad de las personas en situación de discapacidad es necesario poder desmitificar el tema brindando información adecuada que permita derribar los mitos y prejuicios que existen con respecto a ésta.

Para este propósito, la sexualidad se entiende por tanto, como una energía vital, intrasferible, inherente al ser humano, y que se expresa en todo lo que la persona hace como parte integrante de su personalidad (Schorn, 2004).

Existen muchos mitos en torno a la sexualidad de las personas en situación de discapacidad. En muchos casos se sigue pensando que son personas asexuadas, que no presentan intereses, apetencias, deseos sexuales. En otros casos, se considera que sus impulsos



sexuales no pueden controlarlos, por lo tanto hay que reprimirlos. Añadidos a estos mitos, hay que sumar los miedos, en algunos casos, de los padres. Miedos a posibles abusos, miedo a un embarazo no deseado o a una enfermedad de transmisión sexual, miedo a un enamoramiento. Todo ello inmerso en un mar de dudas ante como planear su educación.

Las personas en situación de discapacidad también tienen sexualidad, mejor dicho, también son personas sexuadas y como tales:

- Tienen intereses, apetencias y deseos, y lo manifiestan a través de comportamientos sexuales (besos, caricias, miradas, etc).
- Tienen la capacidad de enamorarse, de sentirse atraídos y atractivos para otra persona.
- Su cuerpo tiene capacidad de sentir y de excitarse.

Apoyar el desarrollo adecuado de la sexualidad en personas en situación de discapacidad se puede lograr de diferentes maneras y favoreciendo ciertas acciones:

1. Preguntar y conversar sobre el tema con la persona involucrada, para conocer sus principales dudas e inquietudes con respecto a su sexualidad.
2. Dar información y aclarar todas las dudas que se les presenten, especialmente con respecto a los elementos e hitos más importantes en sexualidad, como forma de prevenir consecuencias negativas y un mal abordaje de la misma.
3. Educar con respecto a los posibles riesgos asociados a la realización de determinadas actividades sexuales.
4. Fomentar la comunicación entre el grupo de iguales, la familia, educadores, etc, favoreciendo la espontaneidad en la expresión de dudas y temores y posibilitando la transmisión de mensajes clarificadores y adecuados.
5. Crear espacios para conversar y tomar conciencia del propio cuerpo, de la identidad sexual y de los factores relacionados con ésta, ya sea el amor, los afectos, la familia. Es necesario para esto, fomentar el trabajo con las personas en situación de discapacidad, sus familias y los profesionales involucrados.
6. Fomentar su autoestima a través de la vivencia de sus sentimientos desde una actitud desculpabilizadora.

7. Reforzar el autocuidado, educando con respecto a la higiene, cuidado de la imagen personal (vestimenta, gustos personales, etc) y la prevención (informando sobre los distintos métodos anticonceptivos que previenen el embarazo y las enfermedades de transmisión sexual, y los posibles abusos por parte de terceras personas).
8. Abordar el tema de la sexualidad en personas en situación de discapacidad desde una mirada integral, a partir del trabajo de un equipo interdisciplinario, integrado por distintos profesionales.
9. Fomentar las actividades de recreación, con el fin de favorecer el desarrollo de habilidades interpersonales.
10. Mantener controles médicos al día, y consultar dudas e inquietudes libremente a los profesionales correspondientes.

Para terminar, es importante tener presente que el concepto de equiparación de oportunidades y de integración es cada vez más frecuente en diversos ámbitos profesionales. Es la aceptación y comprensión del otro en su forma integral, lo que nos permitirá favorecer el desarrollo psicológico sano de los jóvenes y adultos (Schorn, 2004).

RECORDEMOS SIEMPRE: Las personas en situación de discapacidad tienen las mismas preguntas e inquietudes que aquellos que no, por lo cual se les debe escuchar y brindar la oportunidad de atender a sus necesidades y demandas.



CUIDADOS BÁSICOS EN HIGIENE ORAL EN PERSONAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD

Sra. Gloria Cornejo G
Odontopediatra

La salud oral de los pacientes discapacitados debe ser mantenida trabajando en conjunto con los padres, familiares y cuidadoras, desde la primera infancia.

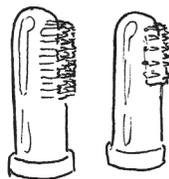
La caries dental y la inflamación de las encías (gingivitis), patologías orales mas frecuentes, son consecuencia directa de una mala higiene bucal, por inadecuado uso del cepillo o porque simplemente no se les lavan sus dientes.

Cuidados del Bebé

Durante los primeros meses de vida, la mamá tiene que limpiar la boca del bebé con una gasa húmeda porque en este ambiente existen normalmente bacterias.

Hay que recordar que las bacterias que producen las caries, no se encuentran presentes en la boca del bebé y son transmitidas a este, por su madre. Por esta razón, no se debe chupar el chupete del bebé, o la comida o dar besos en la boca. Además la madre debe mantener su boca con la mejor higiene posible.

Con la erupción de los primeros dientes, entre los 6 y 10 meses, se debe empezar la limpieza de estos con un cepillo adecuado.



Los dientes de leche o temporales son 20 y completan su erupción alrededor de los 3 años.

Estos deben ser perfectamente cepillados después de cada comida.

Caries del Biberón

La caries se produce cuando quedan restos de alimento sobre la superficie de los dientes, así las bacterias que existen en la boca consumen este alimento y producen ácidos, estos quedan sobre el diente y van dañando el esmalte (capa protectora del diente), hasta que después de un tiempo logran perforarlo e iniciar la caries.

La caries del biberón, son caries rampantes, que se producen en bebés que son alimentados durante la noche con maderas azucaradas, y sus dientes quedan con los restos de azúcar durante todas las horas del sueño, que es un periodo en el que se produce menos saliva, lo que agrava esta situación.



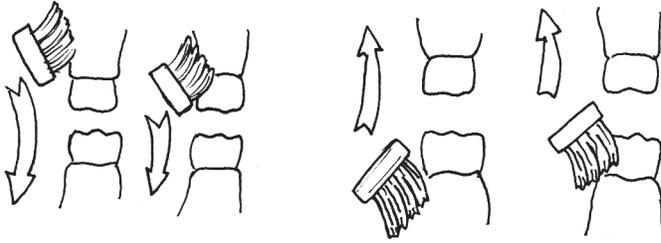
Las maderas de la noche **NO** deben contener azúcar, ni alimentos azucarados, tampoco se debe untar el chupete en azúcar.

Los pacientes discapacitados son de alto riesgo cariogenico y alta complejidad operativa, por esta razón es muy importante educar y hacer prevención para reducir el número de pacientes que lleguen a la etapa de tratamiento dental.

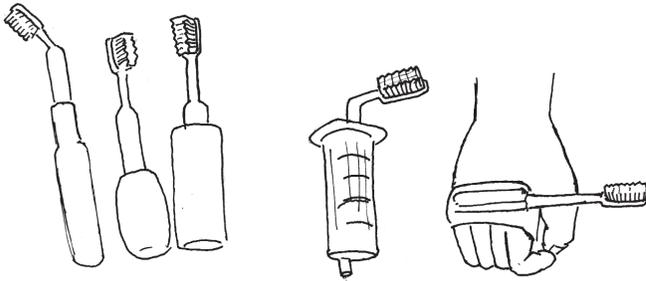


Educación para la Salud

Esta debe ser continua y estar dirigida a motivar al paciente, si su condición lo permite, o a su familia o de quien dependa, al cuidado diario de la boca y al control periódico dental.



Se pueden realizar adaptación de cepillos según necesidad de los pacientes



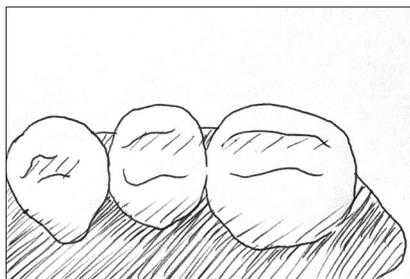
En pacientes espásticos, hemos adaptado (servicio dental INRPAC) cilindros de goma suave, que dan la apertura suficiente para realizar el cepillado después de cada comida.



Prevención en Odontología

La odontología moderna nos permite proteger los dientes de los ácidos que producen las bacterias. Con la aplicación de sellantes (barniz que protege los surcos) en los molares y la fluoración tópica sobre la superficie del esmalte, estamos disminuyendo las posibilidades de formación de caries.

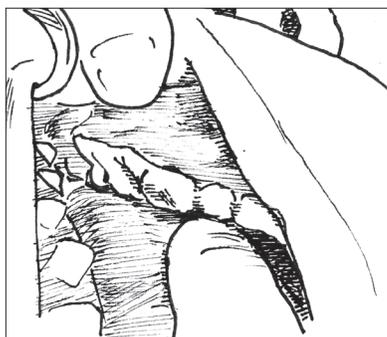
Estos tratamientos son fáciles de aplicar y no producen molestias al paciente.



Pacientes con Gastrostomía

Los pacientes con gastrostomía al ser alimentados, producen gran cantidad de saliva que permanece aposada en su boca por largos periodos. Esta situación permite que el calcio de la saliva se deposite sobre la superficie dentaria formando grandes depósitos de tártaro, que inflaman la encía y provocan gran halitosis (mal aliento).

Es muy importante que estos pacientes sean cepillados después de cada comida aunque no se alimenten por boca.





GUÍA DE DEPORTE

Sr. Francisco Olmos G., Terapeuta Ocupacional
Sr. Luis Gallegos M., Profesor Educación Física

ACTIVIDAD FÍSICA ADAPTADA.

La actividad física es cualquier actividad que haga trabajar al cuerpo más fuerte de lo normal. Sin embargo, la cantidad real que se necesita de actividad física depende de los objetivos individuales de salud, ya sea que se esté tratando de bajar de peso y que tan sano se esté en el momento.

Actividad Física Terapéutica - A.F.T.

La actividad física terapéutica, es una disciplina que utiliza el ejercicio físico desde la perspectiva de la Prevención y Promoción de la Salud, con el objetivo de optimizar las capacidades físicas, fisiológicas, psicológicas y sociológicas de las personas sin restricción de edad, genero, raza, y la mas importante, sin restricción por la condición de salud.

Una de estas actividades tan importantes en el ser humano y sobretodo en las **Personas en Situación de Discapacidad (PsD)** es la "Recreación y el Deporte". A través de este podemos conseguir muchas cosas, buen control a nivel motor, social y habilidades cognitivas.

Sabes que realizando actividad física estás mejorando:

- La postura corporal.
- Los movimientos corporales.
- La coordinación general.
- La atención y concentración.
- La memoria y capacidad de solucionar problemas.
- Las habilidades de interacción social.
- La autoestima.
- Permite asumir roles personales más funcionales.

- Equilibra la rutina de vida.
- Favorece la Integración Social.
- La calidad de vida.

Como podemos ver, el simple hecho de incorporar la recreación y el deporte en la rutina diaria influye en muchos aspectos de la persona, por lo tanto, contribuye a mejorar el proceso de rehabilitación e inserción social.

Por todo lo señalado anteriormente se hace importante que los monitores de un CCR puedan incorporar actividades recreativas o deportivas dentro de su calendarización de actividades.

Es importante recordar que toda actividad física debe ser hecha con cuidado y en lo posible con asesoría de un especialista en el tema, no obstante, si no se cuenta con el o los profesionales adecuados, siempre se pueden ejecutar algunas actividades que no revisten mayor peligro para las PsD. Algunos ejemplos de estas, son las siguientes:

- Coloque a las personas en colchonetas y permita que se relajen en la postura más cómoda para ellos (as).
- Solicite que respiren suavemente, tomando aire por la nariz y botando por la boca.
- Solicite que muevan diversos segmentos del cuerpo con calma y luego respiren.
Ejemplo: levantamos los brazos suavemente y los bajamos al lado del cuerpo, Llevar una pierna al pecho y luego bajar, etc.
- Pedir a las PsD que se estiren suavemente como “si estuvieran sosteniendo en gran pesos” y luego se relajen.

Si están sentados y no cuentan con colchonetas o espacios para estar acostados, pueden hacer algunas de las siguientes:

- 1) Llevar los brazos hacia arriba, al lado del cuerpo, adelante.
- 2) Intentar tocarse los pies con las manos.
- 3) Colocar los brazos “entrecruzados” y girar el tronco de derecha a izquierda y viceversa.
- 4) Teniendo la espalda apoyada en la silla:

- Mirar hacia arriba y luego hacia abajo.
- Mirar al lado derecho y luego al izquierdo.
- Con la mirada al frente, inclinar la cabeza a un lado y otro. (Repetir cada ejercicio 5 veces suavemente).
- Además trabajar con el propio peso del cuerpo, realizando descargas de peso en un lado y luego en el otro.

También se pueden realizar actividades recreativas sencillas, como por ejemplo:

- Caminar o desplazarse en silla de ruedas en el patio o por los alrededores de la sede del CCR.
- Jugar a los palitroques con pelotas de diferentes tamaños y pesos.
- Realizar slalom con obstáculos sencillos.
- Jugar a las “quemaditas” con una pelota de playa.
- Pegarle a un globo sin que este caiga al suelo.
- Realizar actividades lúdicas de mesa, como por ejemplo: ludo, dama, lotería, tablero chino, etc.
- Para personas con discapacidad severa se puede realizar “Bochas” o “Lanzamiento de la Bolsita” a un blanco ubicado en el suelo.

Como podemos ver, la posibilidad de enriquecer la rutina de vida de las PsD a través de la recreación y el deporte es muy fácil y solo necesitamos algunos materiales sencillos y sobretodo **¡MUCHAS GANAS PARA REALIZARLO!**

¡No Olvidemos! Que la ausencia de actividad física agrava la condición de salud y aumenta el nivel de discapacidad, y que su práctica favorece la integración, mejora el estado de ánimo y promueve la salud.

En El Instituto Nacional de Rehabilitación Pedro Aguirre Cerda tiene un Programa de Deporte, donde pueden recurrir a obtener información y vivenciar todo tipo de Deporte Adaptado.

DEPORTE ADAPTADO

Sr. Rodrigo Hidalgo

Neurokinesiólogo

El deporte controlado y planificado, reporta muchos y grandes beneficios a las PsC, es por esto que a continuación se presentan cuatro actividades deportivas para incluirlas dentro de las rutinas de actividades de una PsC.

1.-GRAN FUTBOL

Introducción

Juego similar al Baby – fútbol. La idea es anotar un gol en el arco contrario, realizando trabajo de equipo entre todos los jugadores.

Objetivos del Juego

Favorece el desarrollo de músculos de extremidades superiores (brazos), del tronco, mejora la capacidad aeróbica y cardio-vascular y previene la obesidad.

Nº de Participantes

2 equipos

Mínimo 4 jugadores por equipo

Máximo 6 jugadores por equipo

Recursos

1 cancha de baby – fútbol

1 arbitro

2 equipos de jugadores

2 arcos

Materiales

1 balón suizo grande

1 silla de ruedas por jugador

2 juegos de petos o camisetas

1 silbato

Tiempo de Juego

Se juegan 2 tiempos

Cada tiempo de 15 minutos

1 Entretiempo de 5 minutos

Reglas Básicas

Los jugadores de cada equipo participan en silla de ruedas

Ambos equipos no cuentan con arquero.

Se realiza un sorteo por parte del árbitro para determinar quien inicia el juego.

El juego se inicia desde el círculo central, donde los jugadores del equipo sorteado comienzan a jugar el balón.

Cada equipo intentara llevar el balón al campo contrario y anotar 1 gol en el arco.

El balón se puede golpear y empujar con las manos y la silla.

El balón no debe levantarse, es decir se juega con él a nivel del suelo.

Cuando el balón es enviado fuera de la cancha por las líneas laterales, reinicia el juego el equipo contrario desde la zona donde salio el balón.

Los jugadores del equipo atacante no pueden entrar en el área contraria, es decir deben lanzar fuera de esta para anotar.

Los jugadores del equipo que defiende no tienen arquero y no pueden defender dentro del área, si lo hacen el arbitro cobrara penal.

El penal se lanzará desde el centro del arco, 2 pasos fuera del área de defensa, el jugador que lo ejecute debe golpear el balón con la silla, no debe interponerse nadie entre el balón y el arco.

Cuando el balón este en juego y se dispute entre 2 o más jugadores, lo deben hacer con 1 sola mano.

Cuando un jugador de forma intencional levante el balón se otorgara un saque lateral al equipo contrario.

Cuando el balón es disputado por uno de los jugadores con dos manos se otorgara un saque lateral al equipo contrario.

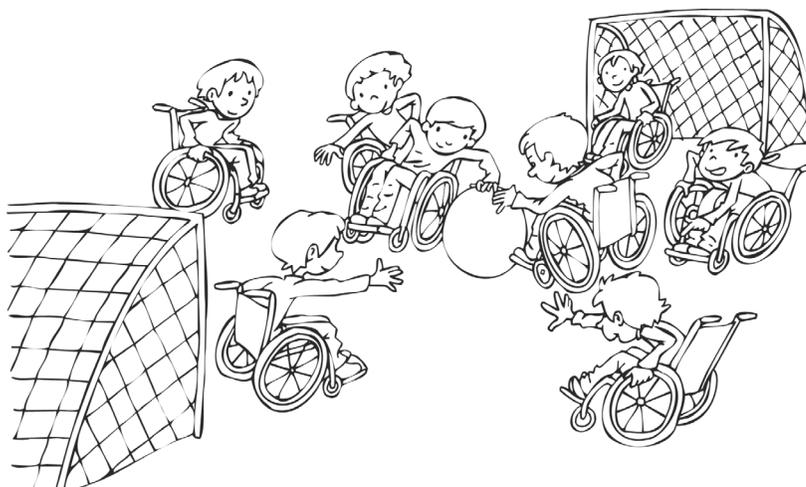
Precauciones

Se debe evitar tomar al contrincante desde atrás de la silla y del cuerpo para evitar caídas

Realizar con cada equipo un trabajo previo de calentamiento muscular para evitar lesiones.

Al finalizar la actividad deportiva se debe realizar elongación muscular para evitar lesiones.

Se deben evitar los choques intencionales de las sillas para evitar lesiones deportivas y daños a las sillas de ruedas.



2.- ROLLING VOLEY

Introducción

Deporte adaptado del voleibol, cuya finalidad es la integración de las personas con diferentes discapacidades y personas sin discapacidad.

Objetivos del Juego

Favorece el desarrollo de músculos de extremidades superiores (brazos), inferiores (piernas) y de tronco, mejora la capacidad aeróbica y cardio-vascular y previene la obesidad.

Nº de Participantes

6 jugadores por cada equipo

Máximo 2 personas sin discapacidad

Los 3 jugadores de la zona de ataque deben ser personas con mayor discapacidad y juegan sentados.

Los tres jugadores de la zona de defensa juegan de pie.

Tiempo de Juego

Se juegan 4 set.

Cada set de 15 puntos.

En este deporte se pueden modificar los puntos y los set dependiendo de la disposición de los participantes y organizadores.

Recursos

- 1 cancha de voleibol
- 1 red de voleibol
- 2 equipos de jugadores

Materiales

- 1 balón de voleibol
- 2 juegos de petos o camisetas
- 1 silbato

Reglas Básicas

Los 3 jugadores que se encuentran en el área de ataque lo hacen en posición sentado o acostado.

Los tres jugadores que se encuentran en el área de defensa se encuentran de pie.

Se realiza un sorteo por parte del árbitro al comienzo para determinar quien inicia el juego.

Los jugadores del equipo sorteado comienzan a jugar el balón.

Cada equipo intentara llevar el balón al campo contrario e intentar que este salga fuera del área de ataque del equipo contrincante, anotando así un punto.

El equipo que inicia el juego comienza sacando con uno de sus jugadores, el que cambiará cuando no logre un punto, cediendo su turno al equipo contrario. Cuando corresponda nuevamente sacar al equipo, lo realizará el jugador siguiente en el sentido de las agujas del reloj.

Los jugadores de la zona de ataque lanzan detrás de la línea de ataque.

Los jugadores de la línea de defensa lo hacen detrás de la línea final de la cancha.

El balón se puede golpear y empujar con las manos; si el deportista no cuenta con sus brazos para jugar, lo puede hacer con las piernas previo acuerdo con los participantes.

El balón no debe levantarse, es decir se juega con él a nivel del suelo.

Cuando el Balón golpea a un jugador se considera golpe, por lo tanto no puede volver a golpear.

Se puede realizar un máximo de 3 golpes por cada equipo cuando el balón cruza a su zona de juego antes de ser enviada al lado contrario.

Los jugadores de la zona de defensa no pueden invadir la zona de ataque.

Los jugadores de la zona de ataque no pueden invadir la zona de defensa.

No se puede sobrepasar ni tocar la red y en caso de ocurrir esto, el punto es para el equipo contrario.

Precauciones

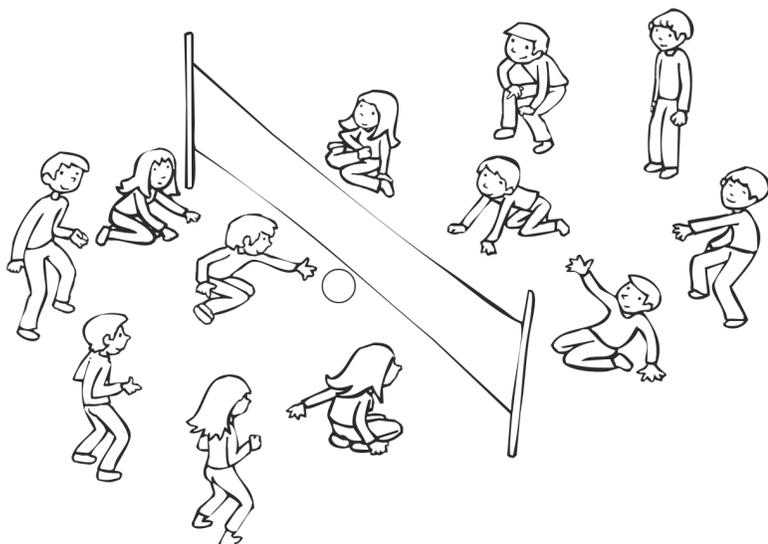
Se recomienda utilizar guantes para no dañarse las manos al golpear el balón

Se recomienda utilizar una cancha con superficie lisa y suave para permitir el desplazamiento de los jugadores y evitar lesiones.

Adaptaciones

La red esta a 35 centímetros del suelo

El balón debe pasar bajo de la red.



3.-TENIS DE MESA

Introducción

El tenis de mesa comienza en Inglaterra en donde se utilizaban mesas de comedor y material improvisado. En 1900 aparece la pelota de celuloide y la paleta de goma y corcho lo que da paso al gran auge mundial.

Objetivos del Juego

Mejorar la musculatura y los movimientos de brazos, piernas y tronco, mejorar el equilibrio y la coordinación de los movimientos.

Nº de Participantes

1 a 2 jugadores por equipo

Materiales

Mesa de tenis de mesa

Paletas o raquet de tenis de mesa

Pelotas de tenis de mesa

marcador

Reglas Básicas

1.- Mejor de 5 Set de 11 Ptos

2.- Competencias

a.- Singles

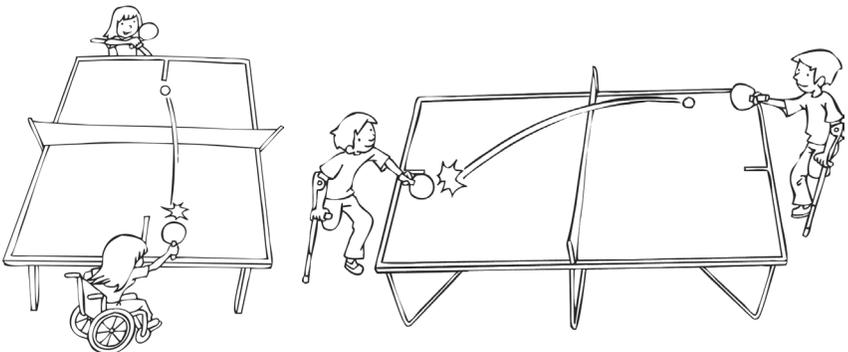
b.- Dobles

Precauciones

Los jugadores deben lanzar las pelotas en dirección a la silla de ruedas y por ningún motivo al jugador.

Adaptaciones

La raqueta puede ser reemplazada por paletas de playa o tubo de pvc de 50mm.



4.- TWIN BASKETBALL MODIFICADO

INTRODUCCIÓN

Juego que tiene como finalidad anotar puntos en aros bajos y aros altos.

Objetivos del Juego

El juego lo forman dos equipos, el bateador y el lanzador. En ambos se favorece la coordinación entre la vista y los movimientos de las manos, fuerza del tronco y los brazos, maniobrabilidad de la silla de ruedas y sentido táctico en el juego.

Nº de Participantes

10 jugadores

Tiempo de Juego

Dos tiempos, de quince minutos cada uno.

Materiales

Cancha de basketball de 28mt. de largo por 15 mt. de ancho.

Sillas de ruedas.

Una pelota de basketball de 470 gramos de peso.

Cuatro aros de basketball: dos tradicionales y dos de 120 cm. de alto por 45 cm. de diámetro.

Petos.

Cintillos

Reglas Básicas

Los jugadores de un mismo equipo se dividen en: tres con cintillos, quienes lanzaran a los aros bajos y dos sin cintillos, quienes lanzaran a los aros altos.

La puntuación va de 1 a 1,5 dependiendo si es un punto realizado en una jugada o por tiro penal. Hay que tener en cuenta que cada jugador no puede exceder los 4 puntos por juego es por esta razón que si el director técnico lo estima, puede cambiar hasta todo el equipo. Las faltas son cobradas por agresión, retención del balón o por jugada ilícita según el criterio del árbitro.

Cabe señalar que en un partido participan tres árbitros, uno en cada línea lateral y uno dentro de la cancha.

Precauciones

Los giros deben ser para cada jugada con la silla y no sobre la silla, para evitar caídas.

Adaptaciones

La pelota puede ser de otro tipo y peso

Pueden jugar solo con los aros altos.



BIBLIOGRAFÍA

Arostegui, I. (1998) Evaluación de la calidad de vida en personas adultas con retraso mental en la comunidad autónoma del País Vasco. Universidad de Deusto.

Borthwick-Duffy, S.A. (1992). Quality of life and quality of care in mental retardation. In L. Rowitz (Ed.), *Mental retardation in the year 2000* (pp.52-66). Berlin: Springer-Verlag.

Dennis, R.; Williams, W.; Giangreco, M. y Cloninger, Ch. (1994). Calidad de vida como contexto para la planificación y evaluación de servicios para personas con discapacidad. *Siglo Cero*, 25, 155, 5-18.

Felce, D. y Perry, J. (1995). Quality of life: It's Definition and Measurement. *Research in Developmental Disabilities*, Vol. 16, Nº 1, pp. 51-74.

Schalock, R.L. (1996). The quality of children's lives. In A.H. Fine y N.M. Fine (Eds.), *Therapeutic recreation for exceptional children. Let me in, I want to play*. Second edition. Illinois: Charles C. Thomas.

Schalock, R. (1996). Quality of Life. Application to Persons with Disabilities. Vol. II. M. Snell, & L. Vogtle *Facilitating Relationships of Children with Mental Retardation in Schools* (Vol. II pp. 43-61).

Schalock, R.L. (1997) Three decades of Quality of Life. Informe manuscrito.

Verdugo, M.A., Caballo, C., Peláez, A. & Prieto, G. (2000). Calidad de vida en personas ciegas y con deficiencia visual. Unpublished manuscript, Universidad de Salamanca/ Organización Nacional de Ciegos de España.

Frederic J. Kottke, Justus F. Lehmann (1997) *Medicina Física y Rehabilitación*

Barbara C. Long, Wilma J. Phipps, Virginia L. Cassmeyer (1998) *Enfermería Médico Quirúrgica*

Patricia Gauntlett Beare, Judith L. Myers (2000) *Enfermería Médico*

Patricia Potter, Anne Griffin Perry (2002) *Fundamentos de Enfermería*

Rios, M.; Blanco, A.; Bonay, T.; Carol, N. "El Juego y los alumnos con discapacidad"; Ed. Paidotribo

- Levitt, S. "Tratamiento de la parálisis cerebral y del retraso motor". (1995); Ed. Medica Panamericana
- Werner, D. "Nada sobre nosotros sin nosotros". (1998); Ed. Pax Mexico
- OPS-OMS. "Manual de rehabilitación basada en la comunidad".
- Cruickshank, W. "El niño con daño cerebral. En la escuela, en el hogar y en la comunidad". (1990); Ed. Trillas
- Fondo Nacional de la Discapacidad (FONADIS). "Manual de orientación básica sobre integración educativa". (1998)
- Corporación Ciudad accesible. "Diseño accesible, Construir para todos". (2002)
- Moruno y Romero. "Actividades de la Vida Diaria", Editorial Masson Elsevier, 2006
- Willard and Spackman. "Terapia Ocupacional", Editorial médica Panamericana, décima edición, 2005.
- Schorn, M. (2004). Discapacidad. Una mirada distinta, una escucha diferente: Lugar Editorial, Buenos Aires.
- "Manual de orientación básica sobre integración educativa" – Fondo Nacional de la Discapacidad (FONADIS) – 1998
- "Diseño accesible, Construir para todos" - Corporación Ciudad accesible – 2002
- Estrategia para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades, la reducción de la pobreza y la integración social de las personas con discapacidad, documento de posición conjunta 2004, organización mundial de la Salud 2005
- Zondek, Gonzalez, Zepeda y Recabarren, Discapacidad en Chile, 2 pasos hacia un modelo Integral del Funcionamiento Humano, febrero 2006
- Fondo Nacional de la Discapacidad, " Primer Estudio Nacional de la Discapacidad en Chile, Abril 2005
- Normatividad, " Rehabilitación Basada en la Comunidad R.B.C", Corporación Regional de Rehabilitación del Valle, Secretaria Departamental de Salud, Colombia 2006



Murdoch V. Pressure care in the paediatric intensive care unit. *Nurs Stand.* 2002 Oct 23; 17 (6): 71-76.

Willcock J, Maylor M. Pressure ulcers in infants and children. *Nurs Stand.* 2004 Feb 25-Mar 2; 18 (24): 56-60, 62

Curley MA, Quigley SM, Lin M. Pressure ulcers in pediatric intensive care: incidence and associated factors. *Pediatr Crit Care Med.* 2003 Jul; 4 (3): 284-90

Manual de Procedimientos Técnicos Administrativos, Guía clínica de enfermería. Facultad de Medicina, Universidad del Desarrollo, Clínica Alemana, Hospital Padre Hurtado, 2006 10 (5): 220-222 ; 5 (2): 75-78, (7):89-90

M. J. G. Gonzalez, Revista ROL de enfermería, ISSN 0210-5020, 2003:
Arboleya Martínez A, Durán Ruíz FJ. Metas de Enfermería 2002:50;21-25

Fuentes I, Delgado A, Crespi F, Blázquez J, Resel L. intermitente. Clínicas Urológicas de la Complutense, 8, 771-777, Servicio de Publicaciones. UCM, Madrid 2000

Wells M. The role of the nurse in urinary incontinence. *Bailliers Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2000 Apr 14 (2): 335-54.

Colloplast. Material educativo JUAN SE SONDA. 2006 Marzo. España

Colloplast. Material educativo MARÍA SE SONDA. 2006 Marzo. España

LINKS

<http://www.imsersomayores.csic.es/salud/cuidadores/pyr/cuidadodependientes3.html>

<http://www.discapnet.es/Discapnet/Castellano/Documentos/Planes/Plan-005.htm>

<http://www.inta.cl/materialEducativo/Rojo1pdf>

Lista de Referencia

APS: Atención primaria de salud

AVD: Actividades de la vida diaria

CBR: Cuidados básicos de rehabilitación

- CCR:** Centro comunitario de rehabilitación
CRS: Centro de referencia de salud
DIDECO: Dirección de Desarrollo Comunitario
DSM: Desarrollo psicomotor
FONADIS: Fondo Nacional de la Discapacidad
INRPAC: Instituto Nacional de Rehabilitación Pedro Aguirre Cerda
KLGO: Kinesiólogo
NEE: Necesidades educativas especiales
OMS: Organización Mundial de la Salud
OPS: Organización Panamericana de la Salud
PSD: Personas en situación de discapacidad
RBC: Rehabilitación con base comunitaria
TO: Terapia ocupacional
TP: Técnico paramédico

INSTITUTO NACIONAL
DE REHABILITACIÓN
PEDRO AGUIRRE CERDA



Instituto Nacional de Rehabilitación
Pedro Aguirre Cerda



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD ORIENTE



JAPÓN
Asistencia Oficial para el desarrollo