

**CORPORALIDAD Y CORPOREIDAD COMO ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN
PARA MEJORAR LA MARCHA Y SU RELACIÓN SOCIAL EN PACIENTE CON
PARAPARESIA**

AUTOR:

SAIR ENRIQUE JARAVA MEZA

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ANTONIO JOSÉ DE SUCRE

ESTUDIANTE PROGRAMA FISIOTERAPIA

**CORPORACIÓN UNIVERSITARIA
ANTONIO JOSÉ DE SUCRE, CORPOSUCRE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE FISIOTERAPIA**

**DICIEMBRE 2021
SINCELEJO – SUCRE**

**CORPORALIDAD Y CORPOREIDAD COMO ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN
PARA MEJORAR LA MARCHA Y SU RELACIÓN SOCIAL EN PACIENTE CON
PARAPRESIA**

AUTOR:

SAIR ENRIQUE JARAVA MEZA

**TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE
FISIOTERAPEUTA**

**MERYENE CECILIA BARRIOS BARRETO
JOHN ANTONIO GONZALES SALGADO
ASESORES**

**CORPORACIÓN UNIVERSITARIA
ANTONIO JOSÉ DE SUCRE, CORPOSUCRE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE FISIOTERAPIA**

DICIEMBRE 2021

SINCELEJO – SUCRE

NOTA DE ACEPTACIÓN

PRESIDENTE DEL JURADO

JURADO

AGRADECIMIENTOS

El tiempo en que realice este proyecto estuvo lleno de momentos positivos en mi vida, retos y metas por cumplir, porque fue una etapa nueva y en todo momento fue de aprendizaje donde logre compartir con personas que fueron de gran ayuda en mi experiencia personal. En la segunda fase, tuve inconvenientes personales donde afectaron mi estado de ánimo y gracias a la ayuda de mis tutores y compañeros pude realizar con éxito esta investigación.

En primer lugar, gracias a Dios por la vida y sabiduría que me ha regalado para llevar a cabo esta tesis porque sin el nada fuese posible. A mí paciente de investigación, todos los niños, jóvenes y adultos que presentan algún tipo de discapacidad motriz que fueron mi motivación para realizar este proyecto, porque a lo largo de su vida han presentado inconvenientes en su calidad de vida y relaciones sociales. Además, gracias a su esfuerzo, dedicación y perseverancia fue posible llevar a cabo este proyecto.

En segundo lugar, agradezco cordialmente a mis tutores de tesis profesora Meryene Cecilia Barios Barreto y Jhon Antonio Gonzales Salgado por haber confiado y brindado la oportunidad de llevar a cabo esta investigación, gracias por guiarme en este proceso con su experiencia, vocación, profesionalismo y disponibilidad para resolver dudas.

Además, mis agradecimientos cordiales a todos los docentes del programa de fisioterapia de la Corporación Universitaria Antonio José de Sucre por sus conocimientos en mi proceso de formación, compañeros de trabajo que durante toda mi carrera universitaria fueron un apoyo para seguir adelante. Agradecer a mis compañeros de práctica que me apoyaron en mis momentos de ausencia con este proyecto y de otra manera favoreció las relaciones sociales del paciente.

Gracias a mi familia, en especial a mi mamá, hermano y abuelos quienes por su sacrificio y valores de responsabilidad me formaron como el hombre que soy, brindándome consejos que siempre tuve presente en mi vida. Especialmente a mi abuela que en paz descansa que fue una persona de gran importancia en mi vida personal. Por último a mi compañera sentimental, por su infinita compañía, paciencia y apoyo. Con la capacidad de motivarme y animarme en cualquier momento donde me sentía desanimado y decirme que soy capaz de superar cualquier obstáculo.

Gracia a todas y cada una de las personas que Dios ha puesto en mi camino para ayudarme a hacer realidad esta tesis.

DEDICATORIA

Dedico este proyecto de investigación a mi familia, porque fueron el principal cimiento para el crecimiento de mi vida personal y profesional, sentaron las bases de responsabilidad y deseos de superación. A mi abuela y padre quienes fallecieron que son el motivo para salir adelante en mi carrera universitaria.

Contenido

Contenido	6
Resumen	8
1. Planteamiento del problema	11
1.1 Descripción del problema	11
2. Justificación	14
1. Objetivos.....	16
Objetivo general.....	16
Objetivos específicos.....	16
2. Estado del arte	16
3. Marco teórico.....	21
3.1 Discapacidad	21
3.2 Corporalidad	22
3.3 Corporeidad	22
3.4 Imagen corporal	22
3.5 Relaciones con el entorno.....	23
3.6 Paraparesia	23
3.7 Calidad de vida.....	24
4. Marco conceptual.....	24
5. Variables	25
5.1 Definición conceptual de variables	25
5.2 Definición operacional de variables	27
8. Metodología.....	28
8.1 Tipo y diseño de investigación.....	28
8.2 Población y muestra	28

8.3 Método de recolección de la información.....	28
9. Resultados.....	29
9.1 Selección de los Instrumentos de evaluación de Corporalidad, Corporeidad, marcha y relación social.....	33
9.2 Resumen del paciente.....	43
Diagnostico CIF.....	43
Diagnostico APTA.....	43
9.3 Plan de intervención.....	44
9.3 Revaloración del paciente después de la intervención.....	49
10. Discusión.....	56
11. Conclusiones.....	58
Referencias.....	60
Anexos.....	67
Protocolo de evaluación.....	67

Resumen

Introducción la corporeidad y corporalidad son términos muy importantes para la noción que se tiene sobre el cuerpo obligado hacer parte de objeto de estudio, la base del estudio parte de las diferentes facetas que el cuerpo adquiere durante el transcurso de la vida. El **Objetivo** de esta investigación tuvo como propósito implementar un plan de intervención desde la corporalidad y corporeidad para el tratamiento de la marcha y sus relaciones sociales, en paciente con paraparesia secundaria a tumor medular. **Metodología** donde se realizó una investigación dentro del paradigma Empírico – Analítico, de enfoque cuantitativo, de tipo Caso Clínico, en un paciente con paraparesia adquirida secundaria a tumor medular, obteniendo **resultados** en que los planes de intervención que relacionen la corporalidad y corporeidad ayudan en aspectos de las relaciones sociales y calidad de vida. Se **concluye** que se deben seguir investigando sobre los distintos planes de intervención para obtener efectos positivos en la marcha de los pacientes.

Palabras claves: Motricidad, Cuerpo y Rehabilitación.

Abstract

Introduction corporeality and corporeality are very important terms for the notion that one has about the body obliged to be part of the object of study, the basis of the study starts from the different facets that the body acquires during the course of life. The objective of this research was to implement an intervention plan from corporeality and corporeality for the treatment of gait and social relations in patients with paraparesis secondary to spinal tumor. Methodology where an investigation was carried out within the Empirical - Analytical paradigm, of quantitative approach, of Clinical Case type, in a patient with acquired paraparesis secondary to spinal tumor, obtaining results in which the intervention plans that relate corporeality and corporeality help in aspects of social relations and quality of life. It is concluded that further research should be done on the different intervention plans to obtain positive effects on the gait of patients.

Keywords: Motor, Body and Rehabilitation.

INTRODUCCIÓN

Existe una relación entre la corporeidad – humanismo – rehabilitación, que son fundamentales para la recuperación de la salud y el bienestar de las personas y las comunidades. El texto expone como los avances de la humanidad han quebrantado esta relación, manifestando la importancia de estos tres conceptos y sus contribuciones a entender que, el ser humano se forja cuando se entrelazan todas sus dimensiones básicas, también analiza desde diversos pensadores como lograr la articulación de la triada para la construcción de una sociedad justa, equitativa y respetuosa de los derechos humanos.

El aspecto social ha sido postergado en los tratamientos en salud, por lo que la atención debe estar dirigida a la integración del individuo en su entorno, a su relacionamiento con la familia, amigos, compañeros, etc; el ser humano se desarrolla a partir de la interacción en sociedad, de esta manera adquiere sus costumbres de cuidado e higiene, edifica sus creencias y se reconoce como un ser social. Para que se pueda abordar en los tratamientos de rehabilitación, es imprescindible que los profesionales conozcan y lleven a la praxis los conceptos de humanización, considerando que estos propician el religaje del conocimiento, de las acciones y las emociones construyendo humanidad.

Finalmente, la incorporación de la corporeidad como estrategia de intervención en los procesos de rehabilitación, resignifica el cuerpo enfermo entretejiendo lo biológico – social - psicológico - cultural en forma de un bucle, otorgándole valor y respeto a la condición humana e intensificando el sentido humanista en los profesionales de la salud.

El informe final consta del contexto problémico y marco referencial que incluye el estado del arte, los referentes teóricos y el marco conceptual. Seguidamente, se encuentra el esquema metodológico realizado en la investigación. Los resultados y discusión muestran el análisis de la

información y su correspondencia con las investigaciones y teorías a nivel internacional y nacional. Conclusiones, recomendaciones y referencias que muestran el proceso de investigación, para dar respuesta a la pregunta de investigación.

1. Planteamiento del problema

1.1 Descripción del problema

Tener una construcción subjetiva de nuestro cuerpo debe partir de las experiencias vividas, la historia que marcó un antes y un después, la percepción de nuestros sentimientos, emociones y la manifestación de nuestras relaciones con el entorno, que son un elemento principal para poder construir una imagen corporal bajo la diversidad funcional desde el origen del movimiento corporal humano.

A lo anterior, la forma de como el paciente se siente sobre su cuerpo puede influenciar sobre su rol y desempeño en el entorno, la corporeidad nos permite comprender que la percepción del cuerpo en una persona puede afectar sus relaciones sociales y esto se ve relacionado por mensajes que promueven una imagen corporal de personas jóvenes, delgadas y con un buen cuerpo planteando y estableciendo una imagen distorsionada en las personas con discapacidad, que limita y afecta su manejo en la rehabilitación (Arrayás, 2018).

En su investigación más reciente, Shpigelman (2019), deduce que, entre la población general, las mujeres manifiestan un menor auto-concepto y una peor imagen corporal en comparación con los hombres y que las personas mayores suelen informar mejores niveles de auto concepto e imagen corporal que los jóvenes. Se describe que una persona con discapacidad tiende a ocultar su propia condición provocando déficits en el proceso de desarrollo e integración social y sobre todo implicaciones en la rehabilitación.

No obstante, los trastornos de la marcha, las relaciones sociales y la calidad de vida son una pieza importante en la rehabilitación de los pacientes, ya que enfocar la percepción de su imagen corporal puede determinar el desarrollo motor normal del individuo con el fin de mejorar las alteraciones funcionales y las relaciones sociales.

Es por ello que, Martínez (2019), establece que la fisioterapia repara las alteraciones del movimiento, para favorecer el estado de bienestar de las personas, por medio del tratamiento de las afecciones del sistema musculo esquelético, con el empleo de estrategias orientadas a mejorar la imagen corporal.

Se ha observado que tener una distorsión de la imagen corporal en personas que tienen un grado de discapacidad física tiende a ser un delimitante en cuanto a la funcionalidad del individuo, este

grado de limitación según Soto (2015), lo describe en cuanto a su estructura corporal y establece que no es posible ejecutar actividades de la vida cotidiana porque la sensación de adaptación al medio social se ve restringido, por sus funciones corporales, apariencia física; y genera en la persona una limitación en el proceso de adaptación al medio social.

Por consiguiente, la discapacidad física es el principal determinante de la insatisfacción corporal, puesto que, no se tiene una visión positiva de la imagen repercutiendo en el auto concepto del paciente discapacitado, incluyendo limitaciones en cuanto a sus relaciones sociales y el nivel de educación. Por tanto la OMS (2017), en su documento describe que más de 1000 millones de personas a nivel mundial padecen algún tipo de discapacidad que en cifras exactas representan el 15% de la población e infiere que los niños tienen menos posibilidad de asistir a una escuela y estas cifras oscilan entre un 10% y 60% a escala mundial.

Así mismo, en España una investigación realizada por Duno (2019), describe que la población con discapacidad presenta un impacto por la discriminación que están expuestos, además plantea que estos pacientes padecen problemas relacionados con su economía ya que se encuentran en un grado de pobreza que les limita e impide ingresar a un plantel educativo. Por tanto, existe la exclusión social relacionada por los factores económicos y factores sociales a causa de la discapacidad.

También en España, describen que la adolescencia es un periodo del desarrollo del ser humano en el que proliferan problemas con la percepción de la imagen corporal, la autoestima y el auto concepto, esto porque se perciben deseos de querer tener un mejor cuerpo y un buen aspecto corporal. Además, se encontró los adolescentes en esta etapa presentan cambios s fisiológicos, emocionales, cognitivos y, sobre todo, sociales que contribuye a que incremente la preocupación por su apariencia física (Rodríguez, 2015).

Sin embargo, un estudio realizado en Venezuela por Duno (2019), demuestra que la insatisfacción corporal se encuentra relacionado por los cambios hormonales que experimentas las personas en la adolescencia y esto se relaciona porque el 87,4% de los adolescentes presentan por lo general un menor volumen corporal con respecto a lo que ellos observan en los medios de comunicación, este estudio relaciona que los hombres son los que presentan mayor distorsión de su imagen percibida, ahora bien, un adolescente con discapacidad su autoestima se encontrará con mayor alteración.

Seguidamente los datos más recientes del INEGI en México permiten observar que hay una gran población con discapacidad que en cifras exactas representan un (6.7 %) de la población general, describiendo que la participación y los grados de estudios de esta población son muy bajos, y se conoce que los factores que impide su desarrollo académico y laboral son las barreras arquitectónicas y las interacciones personales (Pérez, 2020).

También en México, existe la preocupación de que los jóvenes tienen una percepción de su imagen corporal distorsionada y los datos demuestran que la distorsión se presenta más en el género masculino (21,4%) que en el género femenino (15,91%) según datos de Guadarrama (2018). Además, existe la preocupación de que el aspecto corporal influya en los trastornos y conductas alimenticias y genere problemas metabólicos o psicológicos. No obstante, muchos autores consideran que tener una mala percepción de la imagen corporal puede ser un riesgo para desarrollar ideas suicidas en la población que la padece.

En Colombia según datos del DANE en el 2019, describe que había un total de 1 millón de personas con discapacidad identificada, equivalente a 2,3% de la población general (MINSALUD, 2020), bajo este contexto la necesidad de tratar y rehabilitar el cuerpo se realiza con el fin de recuperar o ganar dicha funcionalidad y mejorar la percepción del cuerpo.

Es así que, uno de los trastornos que puede deteriorar la percepción de nuestro cuerpo, son las dificultades en la marcha, los pacientes que la tienen van desarrollando de manera progresiva limitaciones en la aceleración y la desaceleración del paso por la abolición de las fases. Es así que, la marcha se desarrolla típicamente con pasos cortos, sin ampliar la base de sustentación; el paciente con patología adquirida tiende a buscar su centro de gravedad adoptando marchas lentas y con posturas inadecuadas al caminar (Moreau, 2017).

Además, afecta la calidad de vida, debido a sus limitaciones en las actividades de la vida diaria, algunas personas con discapacidad presentan alteraciones de la marcha con cambios progresivos en las habilidades físicas, actividad psíquica y social obteniendo efectos negativos en sus capacidades funcionales, mentales y sociales (Eguiluz, 2021).

A partir de lo anterior, una dificultad en la marcha aumenta el riesgo de presentar una percepción errónea de la imagen corporal y puede propiciar el riesgo de caída, puesto que existe una dependencia entre la imagen y la percepción que tiene la persona sobre su discapacidad; por tanto,

el desempeño en la rehabilitación y la baja calidad de vida por la poca relación social generan en las personas una negación sobre su discapacidad. La autopercepción que poseen sobre su propia imagen corporal está adquiriendo progresivamente un papel más determinante en la vida de los adolescentes (Gómez et al., 2013).

La imagen corporal y los cambios a lo largo de la vida se producen en el marco de las relaciones sociales en la que las personas habitan en los diferentes estratos socioeconómicos, Bojorquez (2012), describe que los investigadores en el campo de la imagen corporal y los trastornos alimentarios han explorado las diferencias en la satisfacción o insatisfacción con la propia silueta corporal, encontrando un panorama desalentador en las poblaciones desarrolladas y subdesarrolladas, presentando una tendencia en la insatisfacción con la imagen corporal sin importar el grupo social al que pertenezcan.

Los datos anteriores permiten deducir que los pacientes discapacitados por la poca participación con el entorno, tienden a desarrollar un miedo crónico que se percibe al interactuar con otra persona no discapacitada y esto genera consecuencias en su auto concepto e imagen corporal, experimentando cambios en su forma de ser y lo principal, no aceptan su discapacidad puesto que surge la necesidad de rehabilitar el cuerpo, la marcha y la percepción que se tiene sobre la imagen con el fin de estimular las relaciones sociales.

A lo anterior, Crespo (2016), describe que el trabajar las habilidades sociales son una competencia para los profesionales, pero plantea que si se desarrolla y trabaja al paciente con discapacidad adquirida en un contexto educativo promueve y potencializa las actitudes sociales, además en este estudio se evidencia que si se abarcan las funciones físicas refiriéndose a las habilidades motrices los pacientes mejoran sus competencias sociales y educativas.

No obstante, surge la siguiente pregunta problema, ¿es posible con el tratamiento de la corporalidad y la corporeidad mejorar la marcha en un paciente con paraparesia?

2. Justificación

La corporalidad y corporeidad son dos categorías importantes en el desarrollo social de una persona, ya que les permite reconocer su cuerpo bajo el contexto social. Por ende, las experiencias vividas diversifican su funcionalidad en el entorno donde él se desenvuelve y esto deriva de los conocimientos empíricos de la persona. Por consiguiente, Martínez (2019), refiere que se podría

comprender que cada cuerpo es un universo completamente distinto, que se configura a partir de características inherentes a sí mismo y a su contexto e interpreta que es importante incluir al paciente con discapacidad adquirida en un contexto social porque ayudara en el proceso de rehabilitación y mejorará su comunicación con el entorno.

Es importante reconocer la relación entre motricidad y corporeidad aspectos fundamentales en el desarrollo humano de las personas, comprendiendo que el ser en su proceso de desarrollo y experiencias adquiere un control subjetivo de su percepción corporal en tiempo y espacio, para dotar sus capacidades motrices según las determinaciones sociales (Murcia, et.al 2021). A lo anterior, se puede describir que las influencias sociales orientando la corporeidad como base fundamental ayuda al individuo a fortalecer sus capacidades motrices permitiéndole llegar a ser lo que él quiere ser y esto se obtiene mejorando su rendimiento físico.

Por tanto, el trabajar la imagen corporal y las capacidades motrices de los pacientes discapacitados se hace necesario, porque el cuerpo se vuelve dinámico y requiere mantener un equilibrio entre él y el entorno. Por lo que el ser humano vive, existe y se manifiesta con su entorno a través de las relaciones sociales de la persona con lo cotidiano (Sosa, 2013).

Es conveniente llevar a cabo esta investigación, puesto que a través del tiempo los pacientes discapacitados tienden a desarrollar una insatisfacción con su imagen corporal. Los resultados esperados en esta investigación serán de utilidad para pacientes con paraparesia adquirida secundaria a tumor medular o pacientes con alguna discapacidad motriz, porque se diseñara un plan de intervención que abarcara técnicas y ejercicios para mejorar la imagen corporal, las relaciones sociales y la marcha, mejorando así su autoconcepto de la imagen, perfecciona las capacidades motrices y beneficiando las relaciones sociales, ya que disminuye el miedo y mejorando su proceso de rehabilitación.

Desde este contexto es necesario conocer que la inclusión social y económica, junto con la completa participación de las personas con discapacidad, depende de la estructuración y ampliación de un nuevo marco fundamentado en el significado real de la discapacidad dentro del contexto social moderno. Maldonado (2013), describe que las interacciones de las personas con discapacidad debe ser confrontada en un ambiente sociocultural para permitirles avanzar en el proceso de desarrollo motor y humano.

Esta investigación es viable, por la necesidad de rehabilitar la marcha y las relaciones sociales mejorar la calidad del paciente con paraparesia adquirida bajo un contexto real y con la particularidad de diseñar un plan de intervención que mejoré las condiciones anteriores, para lograr la mayor independencia posible con él y el entorno.

Por tanto, desde la fisioterapia se cumple un rol muy importante en la rehabilitación porque fragmenta y relaciona al cuerpo y el movimiento como un todo para el desarrollo normal del individuo, orientando una construcción social condicionada bajo el ser de la persona permitiendo la concepción del movimiento como resultado final de las interacciones. Bajo la ley 528 se reglamenta el ejercicio profesional de la fisioterapia articulando y analizando que los fisioterapeutas cumplen un rol importante en la rehabilitación (Ley 528, 1999).

1. Objetivos

Objetivo general.

- Implementar un plan de intervención desde la corporalidad y corporeidad para el tratamiento de la marcha y sus relaciones sociales, en paciente con paraparesia secundaria a tumor medular.

Objetivos específicos.

- Determinar los instrumentos y técnicas utilizadas para la evaluación de la corporalidad y corporeidad bajo el enfoque clínico.
- Diseñar el plan de intervención desde el enfoque de la corporalidad y corporeidad en paciente con paraparesia.
- Establecer los efectos obtenidos en el plan de intervención basado en el enfoque de corporalidad y corporeidad en la mejora de la marcha y las relaciones sociales.

2. Estado del arte

En su estudio Gómez (2013), analizó la satisfacción con la apariencia física y el nivel de distorsión entre la imagen real y la imagen auto concebida, para ello utilizaron el cuestionario Body SHAPE aplicado a 195 alumnos con edades comprendidas entre los doce y los dieciséis años, donde encontraron que las mujeres presentan una mayor distorsión de la imagen que los hombres y del mismo modo a medida que aumenta la edad se observa mayor distorsión. Y concluye que el

fomentar la práctica deportiva, despierta el interés y contribuye a mejorar la imagen corporal en los adolescentes.

Además, González (2013), determina que la concepción de las personas con discapacidad les limita su funcionamiento en su cotidianidad. Por tanto, plantea en su objetivo conocer los siguientes aspectos: cómo valora su cuerpo (volición), cómo siente su cuerpo (afectivo) y cómo conoce su cuerpo (cognitivo) en un paciente discapacitado.

A lo anterior, Soto (2013), en su estudio propuso evaluar los factores que determinan la calidad de vida en personas con discapacidad física. La población fue evaluada con el cuestionario SF-36 que arrojó resultados predictivos de la calidad de vida de esta población, encontrando que aproximadamente el 39% de la población afronta problemas de ansiedad, depresión por no poder llevar una buena calidad de vida.

Del mismo modo, Coda (2020), en su estudio, buscó determinar la relación entre la autocompasión y la imagen corporal en jóvenes con discapacidad motriz, encontrando que los jóvenes evaluados el 57.6% presentan una relación significativa en las dimensiones determinando que los jóvenes en su mayoría tenían una insatisfacción con su imagen corporal. Por tanto, considera importante diseñar programas que fomenten de forma positiva las dimensiones de imagen corporal, calidad de vida bajo el contexto médico – educativo.

Por otro lado, Carvalho (2019), en su estudio describe que la paraparesia espástica puede afectar la calidad de vida ya sea por el dolor crónico que se presenta. En su objetivo busco evaluar el impacto de un protocolo de ejercicio en el hogar sobre el dolor y la calidad de vida en personas con paraparesia, encontrando que el dolor se redujo moderada y levemente. Observó que la vitalidad en la calidad de vida mejoró y así reduce las pérdidas en la funcionalidad de los pacientes.

Por tanto, Muñoz (2020), en su investigación describe que la discapacidad intelectual genera afecciones de tipo motor, afectando habilidades motrices básicas como, el desplazamiento, salto, giro, manejo y control de los objetos. En su estudio plantea el objetivo de revisar conceptualmente la discapacidad intelectual con otros síndromes encontrados, obteniendo resultados que, las habilidades motrices básicas implican tanto deficiencias intelectuales como motoras.

Por otro lado, Denton (2016), en su estudio encontró que el enfriamiento del miembro inferior en personas con paraparesia adquirida o hereditaria reduce la velocidad de la marcha puesto que se

planteó el objetivo de evaluar como el calentamiento del miembro inferior aumenta la velocidad de la marcha utilizando compresas húmedo-calientes bajo un protocolo de aplicación. Encontró que el calentamiento aumento la generación de fuerza dorsiflexora y la velocidad de conducción nerviosa y disminuyo la espasticidad aumentando la velocidad de la marcha.

A lo anterior, Reséndiz (2020), es su estudio sobre el movimiento corporal humano y las adaptaciones con la imagen corporal y el esquema, se planteó el objetivo de comprender la influencia de la imagen y el esquema corporal en sujetos con amputación según la teoría del movimiento continuo. Realizando una revisión de literatura, encontró en los resultados de su investigación que los trastornos de la marcha, produce alteraciones en la imagen corporal y el esquema. Derivando a procesos de exclusión social por la modificación del movimiento corporal humano. Por tanto, concluye que, para obtener una buena imagen corporal y un buen esquema, se debe restablecer de manera fundamental la capacidad de movimiento.

Cabe destacar que, Díaz (2017), en su estudio sobre la corporeidad se planteó el objetivo de indagar lo que significa el “ser” en un niño o niña con discapacidad motora y la forma de como materializan sus experiencias. Encontró que las expresiones corporales generan consecuencias negativas en la visión de cómo el paciente percibe su discapacidad, determinando que para recuperar las experiencias corporales se hace necesario que los pacientes acepten y expresen de forma positiva su condición actual.

Por otra parte, Murcia (2021), en su estudio describe que la relación entre motricidad y corporeidad son fundamentales para el desarrollo humano, demostrando que es importante comprender la naturaleza del movimiento, argumentando que la motricidad permite el desarrollo de las personas en el campo humano y social. Es de destacar la investigación de Sosa (2019), porque describe que la discapacidad como objeto de estudio permite comprender la perspectiva del paciente discapacitado en un contexto sociocultural. Analizando que tener una construcción sociocultural parte de las practicas corporales, conocimientos y concepción del movimiento basado en las experiencias. Por tanto, brinda un acercamiento que permite identificar la materialización de la inclusión social y educativa para el paciente discapacitado; abarcando la enseñanza del movimiento para la construcción social.

No obstante, Rodríguez (2015), describe que el ser humano desarrolla habilidades en el transcurso de su vida, mientras que los adolescentes con discapacidad se encuentran estancados en

algunas de esas habilidades, en su estudio describe que la imagen corporal, la autoestima y el auto concepto son elementos principales en el proceso educativo de los adolescentes debido que se pueden desarrollar aspectos emocionales bajo los cambios que adopta el adolescente en esta etapa.

Así mismo, Venturiello (2013), en su estudio describe que para tener una construcción social debe partir de la noción de normalidad lo cual delimita y encarna vivencias en espacios sociales, analizó las distintas formas del ser bajo experiencias en lo corporal y prácticas sociales en los pacientes discapacitados, en el ámbito laboral y familiar. Encontró que las personas con discapacidad motriz tienen menor desempeño social por el no poder desplazarse con normalidad en el espacio y esto interfiere con el ser de la persona.

Por tanto, Brogna (2014), en su investigación describe que las personas con discapacidad suponen un reto para los profesionales, debido que es difícil entender, comprender y abordar al paciente cuando padece una discapacidad que es adquirida. Por este motivo los pacientes sufren un inmenso cambio en su organismo y en su salud mental por lo que encontró en su trabajo que abordar al paciente desde la multidisciplinariedad ayuda en el proceso de rehabilitación bajo los distintos enfoques. Deduce que es importante trabajar el ser del paciente discapacitado, además describe que si se enfoca la rehabilitación desde un punto de vista general ayudará al paciente en las construcciones sociales bajo el complejo recorrido de la vida.

A lo anterior, Ortiz (2015), plantea que las personas con discapacidad adquirida, el afrontamiento de la recuperación y adaptación en la terapia influyendo como factor principal en la percepción corporal del individuo cuando se encuentra sometido a dicho tratamiento. Además, en su estudio expresa que la percepción corporal aporta elementos y referentes en el proceso terapéutico y de recuperación. Por lo anterior, demuestra que la rehabilitación implica un refuerzo en la asistencia psicológica para que la persona cuente con un respaldo emocional y psíquico suficiente para el afrontamiento a partir del reconocimiento, aceptación y adaptación de las novedades que se presentan en su organismo.

Por otra parte, Chufeni (2017), establece que analizar el cuerpo de un paciente en las salas de rehabilitación da lugar a una construcción de un problema clínico, ante el encuentro de un limitante físico, además observó una predominancia del cuerpo en el sujeto partiendo de la subjetividad que se encuentra en su esquema corporal. No obstante, describe que se deben incorporar variables que aporten tratamientos de rehabilitación enfocados en el cuerpo y la construcción social.

Además, Russo (2015), en su estudio encontró que los pacientes discapacitados en relación con el deporte tienen efectos positivos en las esferas biopsicosociales, observo que estos beneficios se perciben en su estado general de la salud, la inclusión social y sus funciones neuromusculares. No obstante, describe que la práctica deportiva aporta a las personas con discapacidad física una sensación de bienestar, fortalece su autoestima, brinda mayor independencia, oportunidades de sociabilización y de autoexpresión a través de su participación en el contexto social.

Por consiguiente, López (2014), determinó que la calidad de vida de las personas discapacitadas se encuentra seriamente afectadas en más del 50%, estos resultados fueron obtenidos por la aplicación del cuestionario SF-36 que evalúa factores extrínsecos e intrínsecos de la salud general del paciente. Estas características determinan la gravedad de la discapacidad debido que si se afecta en gran parte la calidad de vida conlleva a déficits mayores de la salud.

Además, Pedro et al. (2015), en su investigación analizó la relación entre la satisfacción corporal y la calidad de vida, encontrando correlación positiva y significativa entre la satisfacción y la calidad. Describe que el deseo de tener una figura corporal diferente se correlaciona negativamente con los dominios de calidad de vida. Por tanto, plantea en su investigación que sentirse bien con nuestra figura corporal aumenta los indicadores de calidad de vida ya que los dominios muestran mejor apreciación con el entorno.

Por otro lado, Alonso (2018), en su investigación determinó que las personas con discapacidad intelectual manifiestan problemas específicos en el desarrollo de las habilidades motrices, esquema corporal y control de las funciones corporales. Además, describe que este tipo de población experimenta déficits en la coordinación óculo – manual, lateralidad y control visual.

Por último, la corporalidad, corporeidad son importantes en el desarrollo de habilidades conductuales en un entorno social, trabajar la marcha y enfocar técnicas de intervención ayuda a mejorar la condición actual de los pacientes mejorando su percepción con el entorno. Utilizar escalas de evaluación validadas ayuda a obtener resultados fiables ante la investigación dado que proporciona validez a los métodos utilizados. El plan de intervención bajo la evidencia científica debe ir enfocado en mejorar las habilidades que se encuentran perdidas en el paciente para poder desarrollar un buen entorno de relaciones sociales y con ello su calidad de vida.

3. Marco teórico.

3.1 Discapacidad

La discapacidad es un concepto muy amplio e importante en el proceso de capacidad de realizar alguna actividad que exija la motricidad o pensamiento del individuo, por tanto, se define como la restricción o falta (debido a una deficiencia) de la capacidad para realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se consideran normal para un ser humano. Ella engloba las limitaciones funcionales o las restricciones para realizar una actividad que resulta de una deficiencia (Ríos, 2015). Así mismo, la discapacidad ha ofrecido herramientas para el trato igualitario y justo; es así que, ha sido una problemática que ha mejorado las construcciones sociales y de legislación en los diferentes entornos, buscando la manera de reducir las barreras arquitectónicas y el desarrollo de esta población en el entorno (Ríos, 2015).

Según los antecedentes, la discapacidad ha sido el principal debate en las últimas décadas, dando fruto a múltiples definiciones que en la actualidad son de amplia controversia, algo que no ha sido posible de estudiar y describir. Según Pérez & Chhabra (2019), describe que hay muchos modelos entre ellos el modelo tradicional que es el más antiguo y permite deducir que el discapacitado era a simple vista un ser de vergüenza para la familia y eran forzados a ocultarse apartándolos de la escuela y excluyéndolos de cualquier posibilidad de desempeñar un papel activo en el contexto social. Bajo este modelo la discapacidad conlleva a la dependencia y la vulnerabilidad a lo que eran sometidos, de hecho, se puede deducir que la discapacidad era consecuencia de un castigo divino.

Por otro lado, el modelo médico, rehabilitador o individual, que se basa en la idea de que los problemas y dificultades que sufren las personas con discapacidad pueden ser tratados con el fin de mejorar las condiciones funcionales y lograr la independencia de estos pacientes, teniendo la característica de rehabilitar el cuerpo defectuoso, impedimento o deficiencia que condiciona a una restricción social (Pérez & Chhabra, 2019). En este orden de ideas el modelo biosicosocial que fue influido por el modelo médico, busca que toda deficiencia como pérdida funcional, psicológica o fisiológica fuera rehabilitada con el fin de aumentar la mayor independencia posible.

En la actualidad, la construcción social del discapacitado se encuentra limitada por la poca participación que estos adoptan en el medio social. Alí (2015), describe que en la actualidad la discapacidad tiene limitaciones en el contexto social, dando origen a un significado muy amplio que describe que la discapacidad tiene su origen cuando la condición de salud del individuo se ve

mediada por un déficit en la condición de salud, presentando limitaciones en sus actividades y restricción en la participación.

3.2 Corporalidad

La corporalidad puede ser comprendida como aquellas disposiciones encarnadas, esquemas, formas de conocimiento y competencias adquiridas en los contextos sociales, que incorporan estructuras y prácticas (Martínez, 2019). Bajo este enfoque la corporalidad la podemos entender como el lugar en que se escribe la historia del ser humano; refleja los más íntimos sentimientos, necesidades, deseos, manera de ser y estar en el mundo (Jiménez, 2015). Por tanto cuando se afecta la corporalidad las personas tienen a reducir sus competencias sociales, porque sus sentimientos se ven influenciados de forma negativa.

3.3 Corporeidad

La corporeidad es entendida como aquella construcción subjetiva del cuerpo desde la experiencia y la percepción. La corporeidad entonces implica la necesidad de reconocer el propio cuerpo, apropiarse de una imagen corporal, un modo de enunciar que el cuerpo está en el mundo a través de la experiencia que provee sensaciones impactantes como un relato material de los ámbitos sensoriales, sensitivos y sensibles (Martínez, 2019). Por consiguiente, tenemos un cuerpo que se transforma, adapta y conforma a través de las experiencias incluyendo las emociones y percepciones sensoriales (Águila, 2019).

Desde este mismo enfoque la corporeidad se asimila a las concepciones enfocadas hacia el desarrollo y maduración de las capacidades motoras. Frente a esta condición, Rubio (2017), describe que la corporeidad es trabajar con el cuerpo, el sentir del cuerpo, o una representación del cuerpo, el cual tiene un significado indispensable en el esquema corporal de la persona.

3.4 Imagen corporal

La imagen corporal se puede considerar como la perspectiva multidimensional que engloba percepciones, pensamientos, sentimientos, actitudes y comportamientos referentes al propio cuerpo y cuyas alteraciones pueden dar lugar a problemas emocionales. Muchos autores describen que el tener una buena imagen corporal debe partir de un componente perceptual, subjetivo, y uno conductual (Arrayás, 2018). Lo que nos permite crear un esquema corporal sin la preocupación de padecer de insatisfacción.

Ahora, la imagen corporal es importante conocer que la imagen corporal va a depender de la edad, sexo y situaciones sociales que se están evidenciando durante la vida. No obstante Arrayás (2018), describe que la IC (imagen corporal) siempre dependiera del sexo, edad y muchos autores lo han confirmado, porque la percepción que tenemos del cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y los límites de éste siempre serán percibidas como una insatisfacción siempre y cuando los determinantes que afectan nuestra IC sean tratados e intervenidos con tiempo.

3.5 Relaciones con el entorno

A lo largo de la historia el cuerpo ha sufrido cambios significativos en su desarrollo en el entorno, encontrando que el indagar los vínculos que envuelven al cuerpo permiten el desarrollo de la personalidad, se ha evidenciado que el mundo social construye al cuerpo como una realidad sexuada y como depositario de principios de visión y de división. Construyendo una diferencia entre los sexos biológicos de acuerdo con los principios de una visión mítica del mundo arraigada en la relación arbitraria de dominación de los hombres sobre las mujeres (Zúñiga, 2018).

Por tanto, Lorenzo (2016), describe que los pacientes con discapacidad motriz, tienen complicaciones en el contexto social, debido que su impedimento no les permite obtener un desempeño en la sociedad como el tener un puesto donde laboral y no poder recibir ingresos, A lo anterior el trabajar las relaciones con el entorno genera un sentimiento de utilidad social y mejora la autoestima del individuo por la vía del reconocimiento social, favoreciendo la integración con el entorno.

3.6 Paraparesia

La paraparesia es una enfermedad que produce en la mayoría de las personas discapacidad motriz, porque afecta la funcionalidad de los pacientes en el entorno. Se puede describir que las personas con paraparesia se sumergen a limitaciones en el cuerpo porque hay pérdida de las funciones y esto es demostrado en su capacidad para desplazarse por el entorno y ser independiente. A lo anterior, Olesiak (2018), describe que la imagen corporal en los pacientes discapacitados es dinámica de subjetivación por lo que confiere una primera unidad al sujeto, aunque no definitiva, y puede renovarse a través de la adición de nuevos rasgos y experiencias en su historia. Desde este punto de vista, los sujetos adquieren una condición física diferente, bajo la condición de obtener exigencias porque involucra diferentes tipos de cuidados en su salud a través del reaprendizaje de las funciones corporales.

La paraparesia es una enfermedad que reúne un sin número de alteraciones neurológicas que afectan a la moto – neurona superior o moto neurona alfa, que conlleva a rigidez y debilidad en las piernas. En este caso existen unos factores de riesgos que pueden afectar la condición del paciente, estos factores de riesgos son alteraciones perinatales, postnatales o de adquisición durante el transcurso de la vida por una alteración en la medula espinal (Manzano, 2017).

3.7 Calidad de vida

La calidad de vida muchos autores la han definido como el procurar y llevar una vida satisfactoria, implicando principalmente la esperanza de vivir bajo las mejores condiciones físicas y mentales. En cuanto a la calidad de vida esta es determinada por múltiples factores, primando aquellas que para el individuo representa los aspectos más significativos en base a su subjetividad, es así como en los diferentes estudios que se han hecho al respecto se establecen diferentes aspectos que pueden determinarla, donde el punto más resaltante es la situación que experimenta cada persona en cuanto a todo lo que le rodea y que está determinada por la sociedad donde vive (Chavéz, 2015).

4. Marco conceptual

La corporeidad y corporalidad son términos muy importantes para la noción que se tiene sobre el cuerpo obligado hacer parte de objeto de estudio, la base del estudio parte de las diferentes facetas que el cuerpo adquiere durante el transcurso de la vida. La noción de corporeidad plantea una posición muy amplia del abordaje del cuerpo, porque esta nos permite dar claridad a la capacidad de pensamiento y que no solamente está ligado a la motricidad del individuo. La corporeidad tiene la característica de aceptar al cuerpo como un ser reflexivo bajo la percepción de su auto concepto corporal (Diego, 2018).

A lo anterior, la expresión corporal nace y se valoriza mediante aquella manifestación, el cuerpo constantemente se manifiesta desde su concepción hasta el momento de su muerte y se moldea según sus experiencias vividas dentro del contexto familiar, social y cultural (González & Sepúlveda, 2021). Entonces la corporeidad implica la necesidad de reconocer el propio cuerpo y apropiarse de una imagen corporal de modo que facilite la interacción en el contexto social y en el mundo, se debe mencionar que tener una representación mental del cuerpo para cada individuo debemos partir de las percepciones, actitudes y creencias de cada uno (Martínez, 2019); por lo

tanto, para desarrollar competencias y actividades básicas que fundamenten las relaciones sociales de los pacientes.

La discapacidad es un término muy importante porque históricamente ha sido uno de los temas de mayor debate y es importante que las personas con discapacidad reciban un trato digno con el objetivo de recuperar o alcanzar la mayor funcionabilidad posible. No obstante, las capacidades físicas, sensoriales o mentales son restauradas en el proceso de rehabilitación del individuo, además, plantea que rehabilitar integralmente a estos pacientes podemos conllevar al desarrollo de competencias sociales y físicas (Martínez, 2019). A todo lo anterior, la rehabilitación debe ser enfocada al mejoramiento de la calidad de vida del individuo.

Los pacientes con paraparesia presentan limitaciones en la participación social por ser una enfermedad con demasiadas limitaciones y alteraciones a nivel neuromuscular, la paraparesia es un trastorno neurodegenerativo poco frecuente cuyo principal síntoma es la presencia de musculatura espástica en miembros inferiores dando lugar a un trastorno lento y progresivo de la marcha (Sigüero, 2017). Por tanto, proponer un plan de intervención enfocado en la rehabilitación de la marcha y las alteraciones neurológicas nos permiten obtener en el paciente una mejor concepción de su imagen corporal y así obtener mejor participación en la sociedad al mejorar su calidad de vida.

5. Variables

5.1 Definición conceptual de variables

5.1.1 La marcha

La marcha se describe como un conjunto de movimientos que permiten el desplazamiento del cuerpo en posición bípeda por el espacio, la marcha requiere de varios procesos de desarrollo y automatización para poder desplazarse (Osorio & Valencia, 2013).

5.1.2 Imagen corporal

La imagen corporal es la imagen que forma nuestra mente de nuestro cuerpo, de modo que nuestro cuerpo se manifiesta. Por tanto, la imagen corporal está muy correlacionada con la apariencia física real de las personas, siendo muy importante las actitudes del individuo hacia su propio cuerpo (Vaquero, 2013).

5.1.3 Esquema corporal

El esquema corporal es la representación abstracta que las personas perciben de su cuerpo en el espacio situándolo con una amplia participación, esta se modifica a medida que la persona percibe estímulos somato sensoriales y sociales con el fin de perfeccionar su capacidad funcional (Rodríguez, 2017).

5.1.4 Relaciones sociales

Es el conjunto de interacciones que puede ocurrir entre 2 o más personas que de acuerdo con una serie de protocolos o lineamientos despliegan una posición social y un rol en la sociedad (Ucha, 2020).

5.1.5 Calidad de vida

La calidad de vida se define como un estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que le permite al individuo satisfacer apropiadamente sus necesidades individuales y colectivas (Rivera, 2015).

5.1.6 Discapacidad motriz

La discapacidad motriz es una alteración de la capacidad del movimiento que afecta, en distinto nivel, las funciones de desplazamiento, manipulación o respiración, y que limita a la persona en su desarrollo personal y social. Ocurre cuando hay alteración en músculos, huesos o articulaciones, o bien, cuando hay daño en el cerebro que afecta el área motriz y que le impide a la persona moverse de forma adecuada o realizar movimientos (Borrelli, 2017).

5.1.7 Espasticidad

La espasticidad es un trastorno motor que es parte del síndrome de motoneurona superior y que se caracteriza por un incremento dependiente de la velocidad de reflejo tónico de estiramiento o de tono muscular (Gómez, 2021).

5.1.8 Fuerza muscular

La fuerza muscular es definida como la capacidad del sistema muscular para vencer soportar, oponerse a una resistencia o ejercer una fuerza externa determinada. Por tanto, la fuerza muscular máxima desde la visión de es la máxima fuerza posible que el sistema neuromuscular es capaz de ejercer en contracción máxima voluntaria (Flores, 2020).

5.2 Definición operacional de variables

5.2.1 La marcha

El concepto operacional de la marcha será medido con la escala de Tinetti, que evalúa la marcha y equilibrio, determinando el riesgo de caída de los pacientes. Teniendo una puntuación de < 19 alto riesgo de caída, 19 – 24 riesgo moderado de caída y de > 24 riesgo leve de caída.

5.2.2 La imagen corporal

El concepto operacional de la imagen corporal será medido con la escala de evaluación de la imagen corporal de Gardner que en sus ítems evalúa la percepción de la imagen corporal brindando 11 siluetas que tienen puntuación de: las del lado izquierdo puntuación negativa de -6 a -1 y las del lado derecho de 1 – 6 puntuación positiva. La imagen central tiene una puntuación de 0.

5.2.3 Calidad de vida

El concepto operacional de la calidad de vida será medido utilizando el cuestionario SF-36 que nos permite conocer la calidad de vida del paciente dando énfasis en ítems como, salud general, actividad cotidiana, la función física, social, rol físico, dolor corporal y vitalidad. Permittiéndonos conocer el estado general del paciente en cuanto a su discapacidad.

5.2.4 Espasticidad

El concepto operacional de la espasticidad será medido utilizando la escala modificada Ashworth que nos permite conocer el grado de espasticidad del paciente, con notas que parten de 0 (menos incremento del tono) a 4 (músculos regidos cuando se flexiona y se extiende)

5.2.5 Fuerza muscular

El concepto operacional de la fuerza muscular será medido utilizando la escala medical research council, que permite conocer el arco de movimiento y la resistencia muscular. Utilizando notas de 1 – 5 donde la nota más baja hace referencia arco incompleto de movimiento sin resistencia y la alta a movimiento completo con resistencia máxima.

5.2.6 Relaciones sociales

El concepto operacional de las relaciones sociales será medido utilizando la escala con el cuestionario de relaciones interpersonales de CERI, cuestionario que evalúa las habilidades básicas de interacción personal, de iniciación de la interacción social y conversaciones, cooperación y compartir, relacionadas con las emociones y autoafirmación.

8. Metodología

Se realizó una investigación dentro del paradigma Empírico – Analítico, de enfoque cuantitativo, de tipo Caso Clínico, en un paciente con paraparesia adquirida secundaria a tumor medular, se buscaron documentos en bases de datos como PubMed, Scielo, Redalyc, Medline y Dialnet, publicado entre los años 2012 – 2021. Los criterios de selección es que fueran documentos originales que centraran el objeto de estudio, artículos de intervenciones y escalas de evaluación validadas y traducidas al español. Las palabras claves de búsqueda fueron Corporalidad y corporeidad, imagen corporal, calidad de vida, paraparesia, tratamiento y escalas. Por último se excluyeron investigaciones que no cumplieran los criterios de selección y se diseñó un plan de intervención.

8.1 Tipo y diseño de investigación

Estudio de tipo cuantitativo - caso clínico que tuvo como propósito implementar un plan de intervención desde la corporalidad y corporeidad para el tratamiento de la marcha y mejorar las relaciones sociales, en paciente con paraparesia secundaria a tumor medular.

8.2 Población y muestra

La población de este estudio, paciente de 19 años Con diagnóstico médico de paraparesia secundario a tumor medular, que afecto las fases de la marcha y sus relaciones sociales.

8.3 Método de recolección de la información.

Se describen las 3 frases que se emplearon para la ejecución del caso clínico:

Fase 1.

Se evaluó al paciente con escalas validadas y traducidas al español, que fueron verificadas y extraídas de la revisión bibliográfica en las bases de datos seleccionados. A continuación se mencionan los instrumentos seleccionados.

- Marcha: Escala de Tinetti.
- Imagen corporal: Test de Gardner.
- Calidad de vida: Cuestionario SF-36.
- Espasticidad: Escala modificada Ashworth.
- Fuerza muscular: Escala medical Research Council.
- Relaciones interpersonales: Cuestionario de relaciones interpersonales de CERI

Fase 2

De acuerdo a los resultados obtenidos, se diseñó el plan de intervención. Al finalizar, se realizó una revaloración que nos permitirá conocer los avances obtenidos con el paciente. El plan de intervención tuvo una duración de 12 semanas, asistiendo 3 veces por semana. El tiempo de la sesión fue de 60 minutos. Por tanto, (Solopova et al., 2017) sugiere que para obtener beneficios en la intervención es necesario desarrollar programas desde 3 hasta 5 veces por semana de intervención con duraciones por cada sesión de periodos de 20 a 60 minutos.

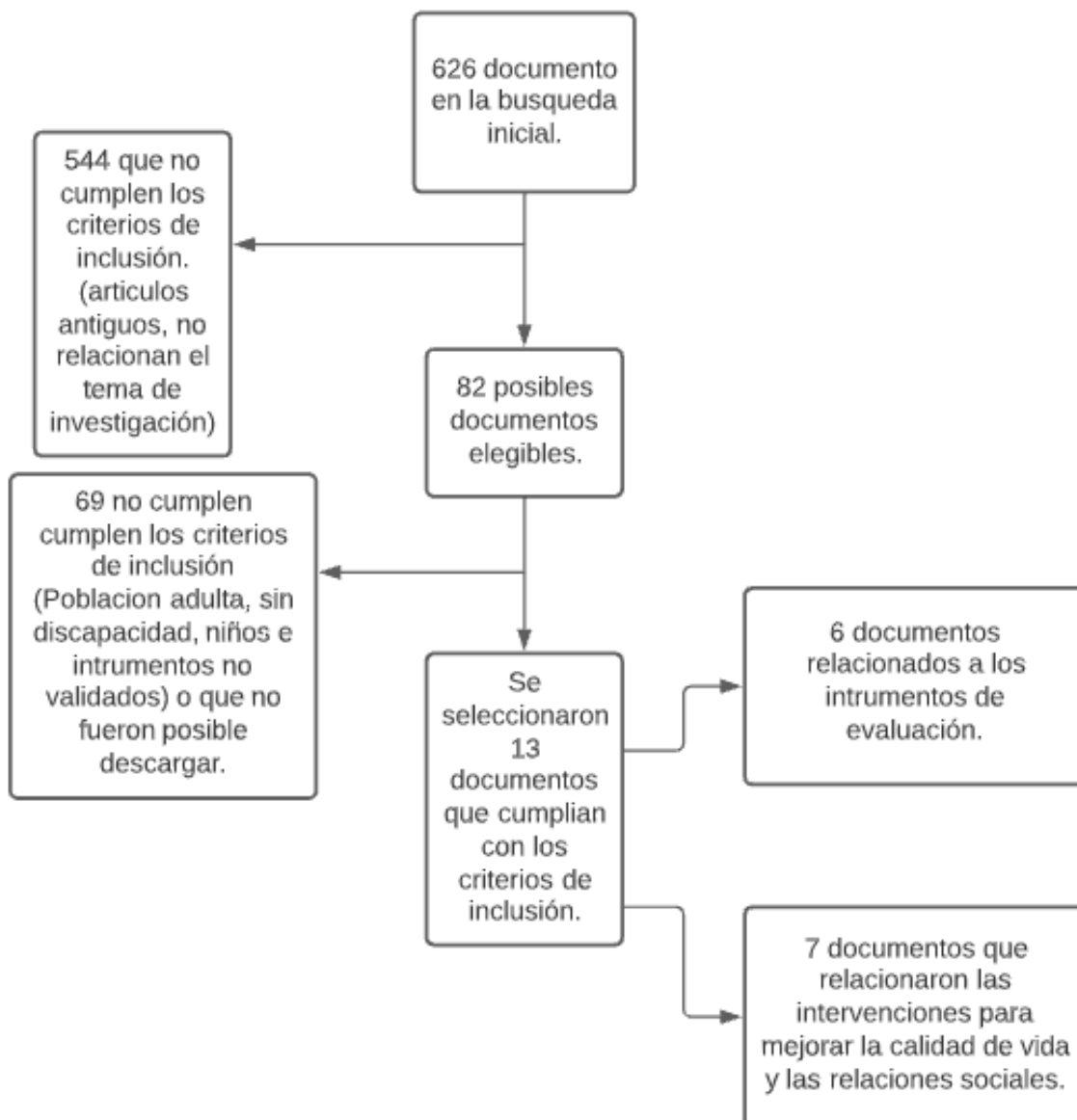
Fase 3

Se analizaron los datos arrojados en la evaluación antes y después del tratamiento y así identificar si la marcha y las relaciones sociales mejoraron con la implementación de un plan de intervención basado en la corporalidad y corporeidad.

9. Resultados

Para dar cumplimiento al primer objetivo, se realizó una búsqueda en las bases de datos como PubMed, Scielo, Redalyc, Medline y Dialnet donde se encontró en la fase inicial 626 documentos de los cuales 544 no cumplían los criterios de inclusión. No obstante, se determinó como posibles documentos elegibles a 82, donde 69 fueron desechados porque no fue posible descargar el documento o no relacionaban los programas de rehabilitación y las escalas de evaluación. Por último, se decidió trabajar con 13 documentos que cumplían los criterios de inclusión y fue posible encontrar que 6 documentos relacionar las escalas de evaluación asociados a la calidad de vida y 7 relacionaban métodos de intervenciones que permiten mejorar la capacidad funcional y motriz del paciente discapacitado con paraparesia.

Figura 1. Matriz de búsqueda de información.



Fuente: elaboración propia.

En la revisión bibliográfica, se pudo encontrar investigaciones muy relevantes para este proyecto que según los hallazgos fueron de gran importancia para su desarrollo. En cuanto las escalas de evaluación se encontraron instrumentos validados que nos permitían conocer aspectos conductuales, físicos y emocionales del paciente. Estas escalas fueron aplicadas y determinadas por diferentes autores, las escalas relevantes en los proyectos fueron la escala de Tinetti que evaluaba la marcha, escala de Ashworth modificada que determina el tono muscular de los pacientes, escala medical Research Council. En cuanto la calidad de vida y las relaciones sociales

son cuestionarios que fueron aplicados a personas con cáncer o discapacidades específicas que determinaban la calidad de vida en las actividades de la vida diaria y las relaciones sociales en el entorno en el cual se encuentran; estos cuestionarios son el SF – 36.

El cuestionario CERI que el primero se encarga de evaluar la calidad de vida enfocando aspectos generales como la salud, desempeño físico, vitalidad, emociones y dolor. Por último el cuestionario CERI, es un cuestionario que enfocaba las relaciones sociales en diferentes ámbitos con ítems que relacionaban la conversación verbal, emociones y actitudes para desempeñarse en el entorno. Es de destacar que no se encontraron cuestionarios que evaluaran la corporalidad y corporeidad como un todo, pero si se encontró cuestionarios que evaluaban aspectos generales y con énfasis en estos. El cuestionario que evaluaba aspectos relacionados con la imagen corporal fue el cuestionario de Gardner que con sus 11 siluetas se determinaba el nivel de distorsión e insatisfacción de su imagen corporal.

En cuanto los ejercicios y actividades de intervención, se pudo determinar circuitos que aplicados por distintos autores reeducaban la marcha e incluían el aspecto general de las relaciones sociales. Estos circuitos fueron enfocados desde el equilibrio, coordinación, propiocepción, habilidades visoespaciales, metacognición y actividades complejas como el subir y bajar escaleras para lograr independencia y mejorar la calidad de vida.

Tabla 1 Revisión de artículos

NOMBRE DEL ARTICULO	AUTORES Y AÑO	TEMA
Desarrollo De Las Habilidades Motrices De Las Personas Con Discapacidad Intelectual a Través Del Proceso Cognitivo	Dara Alonso – 2018	Determinar que, a través del proceso creativo generado en unas actividades educativo-artísticas en un Centro Ocupacional, las personas con discapacidad intelectual desarrollan sus habilidades motrices, en especial la motricidad fina, decisiva para la adquisición de destrezas y habilidades
El calentamiento y enfriamiento superficial de la pierna afecta la velocidad al caminar y las deficiencias neuromusculares en	A. Denton L. Bunn A. Hough G. Bugmann J. Marsden – 2016.	Este estudio exploró los efectos del enfriamiento superficial prolongado y el calentamiento de la parte inferior de la pierna sobre la

personas con paraparesia espástica.		velocidad al caminar y las medidas locales de las deficiencias neuromusculares.
Insatisfacción y distorsión de la imagen corporal en adolescentes de doce a diecisiete años	Alberto Gómez Mármol, Bernardino J. Sánchez Alcaraz, María del Pilar Mahedero Navarrete - 2012	Este estudio evaluó la percepción de la imagen corporal de un grupo de jóvenes estudiante mediante el uso de gráficos diseñados a tal efecto que corresponden a determinados valores de índice de masa corporal, analizando la Valoración que hacen sobre su situación actual y sobre la deseada.
Body Image and Social Class	C. Unike I. Bojorquez - 2012	Este artículo comienza con un resumen de las teorías relativas a la Conexión entre la posición social y la imagen corporal. La Base empírica de estas teorías es todavía limitada. Sin embargo, un aspecto que se ha estudiado con cierta profundidad es el Efecto de la posición social en la insatisfacción corporal, en particular con la propia silueta (es decir, la talla/forma).
Lesión medular traumática. Valoración y manejo integral	A. Esclarín de Ruz – 2019	El tratamiento neuro rehabilitador se establece desde el inicio de la lesión, tiene como objetivo restaurar todas las funciones posibles y compensar los déficits de forma que el individuo sea reintegrado a la sociedad con el mayor grado de autonomía y ejerciendo el mayor control posible sobre su entorno.
Efecto de un programa de intervención basado en reaprendizaje motor sobre el	M I Pinzón Bernal C.P. Henao Lema J.E. Pérez-Parra – 2020	Este estudio, estableció el impacto de un programa de intervención basado en el reaprendizaje motor

control postural en adultos con hemiparesia		sobre el control postural en adultos con hemiparesia.
Efecto de un programa de ejercicio físico sobre el riesgo de caídas, equilibrio y velocidad de la marcha en personas mayores con discapacidad intelectual	D. Martínez Aldao, R. I. Martínez Lemos, S. Penedo Vázquez, C.L. Ayán Pérez. – 2020	Este estudio tuvo como objetivo proporcionar información sobre los efectos de un programa de ejercicio en el riesgo de caídas, equilibrio y velocidad de la marcha.

Fuente: elaboración propia.

9.1 Selección de los Instrumentos de evaluación de Corporalidad, Corporeidad, marcha y relación social.

Fue posible identificar instrumentos validados y traducidos al español, bajo los criterios de selección que evaluaran la calidad de vida, los aspectos generales del paciente en cuanto a su salud actual; entre estos instrumentos se encuentra el cuestionario SF - 36 que, utilizado por Pereira *et al* en 2012 y Calvalho *et al* en 2019, es un cuestionario que evalúa la calidad de vida, este cuestionario evalúa ocho criterios: la salud general, la función física, social, el rol físico, dolor corporal y vitalidad y nos permite conocer el estado general del paciente este cuestionario se encuentra validado y traducido al español (Pereira *et al.*, 2012).

En cuanto a la imagen corporal la escala de Gardner, utilizado por Campelos *et al* (2015) y Polo *et al* (2018) en sus dimensiones relacionadas con la imagen corporal del paciente con cáncer desde el punto de vista afectivo, conductual y cognitivo, nos proporciona una visión general de cómo percibe el paciente su imagen corporal, proporcionándonos 11 siluetas que se evalúan mediante una puntuación negativa a las siluetas de la izquierda y las de la derecha una puntuación positiva, estas siluetas en su calificación nos permite conocer el nivel de distorsión y el de insatisfacción del paciente (Polo *et al.*, 2018).

Ahora para la evaluación de la condición actual del paciente partiendo del rol físico se pudo determinar que la escala de Tinetti, escala que se desarrolló para evaluar la capacidad de equilibrio y marcha del paciente. La escala de Tinetti es una escala que se encuentra validada y en su puntuación de riesgo de caída parte de severo, moderado y leve. Teniendo además puntuaciones específicas para la marcha 12 puntos y para el equilibrio 16; la suma total debe dar como resultado 28 puntos y se considera un riesgo alto de caída menos de 19 puntos; riesgo de caídas 19 – 23 puntos y riesgo leve de caídas o leve de 24 – 28 puntos (Rodríguez, et al., 2018).

En cuanto la espasticidad, se pudo evaluar con la escala modifica de Ashworth, que evalúa el grado de espasticidad en pacientes neurológicos y eso en diferentes articulaciones del cuerpo, es una escala cualitativa, donde las mediciones son de tipo ordinal (Tabacchi, 2017).

Por último, la evaluación de la fuerza muscular se realizó con el uso de la escala Medical Research Council una escala validada y fácil de utilizar a nivel clínico, permite evaluar la fuerza muscular en 3 grupos musculares de cada extremidad superior e inferior, en un rango de 0 (parálisis) a 5 (fuerza normal) para cada grupo muscular (Clavero, et al., 2013).

Las relaciones sociales fueron evaluadas con el cuestionario de relaciones interpersonales de CERI, cuestionario que evalua las habilidades basicas de interacción personal, de iniciación de la interacción social y conversaciones, cooperación y compartir, relacionadas con las emociones, autoafirmación. Que determina como se encuentras las relaciones personales de los pacientes discapacitados, con puntuaciones tipo likert donde 1 es nunca y 5 es siempre (Barros et al., 2017).

9.1.1 Resultados de evaluación – Primera evaluación

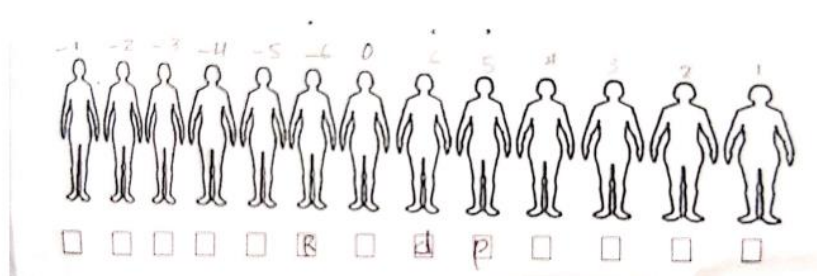
A continuación se presentan los resultados de la evaluación inicial, del paciente participante del estudio. Se muestran los instrumentos empleados para ello.

9.1.1.1. Imagen corporal.

Escala de evaluación de la imagen corporal de Gardner

Índice de Insatisfacción	1
Índice de Distorsión	0

Instrucciones para el profesional: Doble este documento por la línea discontinua y muestre a la paciente las figuras sin el texto.



Se encontro un indice de insatisfacción (- 1) y un grado de distorcion percibido por el evaluador (0) estos resultados fueron obtenidos en la aplicación del cuestionario de Imagen Corporal de Gardner.

Fuente: elaboración propia

9.1.1.2. Calidad de vida

cuestionario SF-36	
Salud general	Se estima una buena salud general y que hace un año fue mejor.
Actividades cotidianas	Le limita realizar tareas que impliquen las actividades cotidianas básicas, como correr, subir y bajar escaleras, llevar la bolsa de compras, caminar 1 kilómetro o más.
Problemas en trabajo o educación	En cuanto a los problemas del trabajo y educación presentó limitaciones en el tiempo de dedicación por su condición física, problemas emocionales.
Vitalidad	Esta sección del cuestionario nos permitió conocer el estado del paciente en cuanto a su vitalidad, manifiesta que en las últimas 4 semanas presentó un déficit en el estado emocional, sintiéndose nervioso algunas veces, agotado casi siempre y algunas veces su estado emocional ha afectado las relaciones con su familiares y amigos.
Salud actual	En cuanto a su salud actual, manifiesta sentirse lleno de mucha salud y que no se enferma tan fácil como otras personas.

Fuente: elaboración propia

9.1.1.3. Marcha

ESCALA DE TINETTI PARA EQUILIBRIO

A) **EQUILIBRIO** (el sujeto está sentado en una silla rígida, sin apoyo para brazos).

■ Equilibrio sentado

0 - se inclina o se desliza de la silla

1 - está estable, seguro

■ Levantarse de la silla

0 - es incapaz sin ayuda

1 - se debe ayudar con los brazos

2 - se levanta sin usar los brazos

■ En el intento de levantarse

0 - es incapaz sin ayuda

1 - es capaz pero necesita más de un intento

2 - es capaz al primer intento

■ Equilibrio de pié (los primeros 5 segundos)

0 - inestable (vacila, mueve los piés, marcada oscilación del tronco)

1 - estable gracias al bastón u otro auxilio para sujetarse

2 - estable sin soportes o auxilios

■ Equilibrio de pié prolongado

0 - inestable (vacila, mueve los piés, marcada oscilación del tronco)

1 - estable pero con base de apoyo amplia (maleolos mediales > 10cm) o usa auxilio

2 - estable con base de apoyo estrecha, sin soportes o auxilios

- Romberg sensibilizado (con ojos abiertos, piés juntos, empujar levemente con la palma de la mano sobre el esternón del sujeto en 3 oportunidades)

0
1
2

- comienza a caer
- oscila, pero se endereza solo
- estable

- Romberg (con ojos cerrados e igual que el anterior)

0
1

- inestable
- estable

- Girar en 360°

0
1
2
1

- con pasos discontinuos o movimiento no homogéneo
- con pasos continuos o movimiento homogéneo
- inestable (se sujeta, oscila)
- estable

- Sentarse

0
1
2

- inseguro (equivoca distancia, cae sobre la silla)
- usa los brazos o tiene un movimiento discontinuo
- seguro, movimiento continuo

PUNTAJE EQUILIBRIO

6 / 16

ESCALA DE TINETTI PARA LA MARCHA

B) **MARCHA** (El paciente está de pié; debe caminar a lo largo, inicialmente con su paso habitual, luego con un paso más rápido pero seguro. Puede usar auxilios).

- Inicio de la deambulaci3n (inmediatamente despu3s de la partida)

0
1

- con una cierta inseguridad o m3s de un intento
- ninguna inseguridad

- Longitud y altura del paso

Pi3 derecho

0
0
1

- durante el paso el pi3 derecho no supera al izquierdo
- el pi3 derecho supera al izquierdo
- el pi3 derecho no se levanta completamente del suelo
- el pi3 derecho se levanta completamente del suelo

Pi3 izquierdo

0
1
0
1

- durante el paso el pi3 izquierdo no supera al derecho
- el pi3 izquierdo supera al derecho
- el pi3 izquierdo no se levanta completamente del suelo
- el pi3 izquierdo se levanta completamente del suelo

- Simetría del paso

0
1

- el paso derecho no parece igual al izquierdo
- el paso derecho e izquierdo parecen iguales

- Continuidad del paso
 - 0 - interrumpido o discontinuo (detenciones o discordancia entre los pasos)
 - 1 - continuo

- Trayectoria
 - 0 - marcada desviación
 - 1 - leve o moderada desviación o necesidad de auxilios
 - 2 - ausencia de desviación y de uso de auxilios

- Tronco
 - 0 - marcada oscilación
 - 1 - ninguna oscilación, pero flexión rodillas, espalda, o abre los brazos durante la marcha
 - 2 - ninguna oscilación ni flexión ni uso de los brazos o auxilios

- Movimiento en la deambulación
 - 0 - los talones están separados
 - 1 - los talones casi se tocan durante la marcha

PUNTAJE MARCHA
3 /12

SUMA DE PUNTAJES: EQUILIBRIO + MARCHA: 9 /28

En la evaluación de la marcha con la escala Tinetti, se evaluó aspectos como el equilibrio arrojando resultado de 6 sobre 16 y en la marcha un puntaje de 3 sobre 12, permitiendo identificar como resultado general de la escala un puntaje de 9 sobre 28, presentando un alto riesgo de caída <19.

Fuente: elaboración propia

9.1.1.4. Relaciones sociales . Cuestionario de relaciones interpersonales (CERI)

A- HABILIDADES BÁSICAS DE INTERACCIÓN SOCIAL

Ítem	Enunciado	VALORACIÓN				
		1	2	3	4	5
1	Sonríó a los demás en situaciones adecuadas					X
2	Mantengo una postura adecuada en el dialogo					X
3	Empleas un tono de voz amable con los demás.					X
4	Empleas una entonación adecuada al hablar.					X
5	Prestas atención a lo que dicen los demás.					X
6	Muestras interés al escuchar a los demás					X
7	Atiendes a los demás de manera autónoma					X
8	Tienes un trato amistoso y cordial.					X
9	Practicas hábitos de cortesía.					X
10	Muestras cordialidad en todo momento					X

B- HABILIDADES DE INICIACIÓN DE LA INTERACCIÓN SOCIAL Y CONVERSACIONALES

Ítem	Enunciado	VALORACIÓN				
		1	2	3	4	5
1	Pides la palabra de forma adecuada para expresar tus opiniones					X
2	Esperas tu turno para empezar el dialogo.					X
3	Mantienes el dialogo de manera adecuada					X
4	Expresas lo que siente y piensa durante el dialogo.				X	
5	Concluyes el dialogo de manera adecuada.					X
6	Reacciona adecuadamente cuando otros concluyen el dialogo.					X

C- HABILIDADES PARA COOPERAR Y COMPARTIR

Ítem	Enunciado	VALORACIÓN				
		1	2	3	4	5
1	Ayudas en la organización del aula por iniciativa propia					X
2	Brindas ayuda inmediata cuando se le solicita					X
3	Cumples normas de convivencia del aula.					X
4	Cumples con acuerdos tomados.					X
5	Respetas reglas dadas en el estudio o juego					X
6	Cumples orientaciones dadas					X
7	Practicas normas de cortesía.					X
8	Eres amable con todos no solo con amigos preferidos					X
9	Ayudas a tus compañeros en sus labores escolares					X
10	Cooperas con tus compañeros para superar dificultades					X

D- HABILIDADES RELACIONADAS CON LAS EMOCIONES:

Ítem	Enunciado	VALORACIÓN				
		1	2	3	4	5
1	Elogias logros de tus compañeros					X
2	Muestras afecto a tus compañeros				X	
3	Expresas tu sentir de forma adecuada cuando algo no te agrada					X
4	Pides la Expresas adecuadamente a los demás tus emociones y sentimientos desagradables(tristeza, enfado, fracaso, etc)				X	
5	Formulas quejas con honestidad.					X
6	Eres amable con el buen trato que recibe de los demás					X
7	Agradeces a los demás por favores recibidos					X
8	Actúas en forma adecuada frente a un conflicto					X
9	Controlas tus emociones cuando eres agredido.					X
10	Cuando tienes un problema con otros te pones en su lugar y buscas la solución adecuada.					X

E- HABILIDADES DE AUTOAFIRMACIÓN:

Ítem	Enunciado	VALORACIÓN				
		1	2	3	4	5
1	Defiendes y reclamas tus derechos de forma adecuada					X
2	Expresas y defiendes adecuadamente tus opiniones e ideas					X
3	Expresa tus desacuerdos de forma adecuada					X
4	Respetas los derechos de los demás.					X
5	Respetas las opiniones de los demás.					X
6	Respetas la propiedad de los demás: útiles escolares, juegos, etc					X
7	Elogias y dices cosas positivas de los demás.					X
8	Motivas a los demás para mejorar sin burlarse					X
9	Te elogias a ti mismo y aceptas que otros lo hagan					X
10	Asumes compromisos para superar dificultades					X

Analisis: se encontró en la aplicación del cuestionario buenas relaciones interpersonales del paciente, abarcando habilidades como la comunicación y relaciones con las demás personas. Obteniendo buenos resultados.

Fuente: elaboración propia.

9.1.1.5. Sensibilidad

	Derecho	Izquierdo
C2	Protuberancia occipital	
C3	Fosa supraclavicular	
C4	Borde superior de la articulación acromioclavicular	
C5	Borde lateral (radial) de la fosa antercubital	
C6	Pulpejo del dedo gordo de la mano	
C7	Pulpejo del dedo medio de la mano	
C8	Pulpejo del dedo meñique de la mano	
D1	Borde lateral (cubital) de la fosa antercubital	
D2	Ángulo axilar (ápex)	
D3	Tercer espacio intercostal	
D4	Cuarto espacio intercostal (línea intermamilar)	
D5	Quinto espacio intercostal, sobre la línea media del tórax	
D6	Sexto espacio intercostal (zona craneal del apéndice xiloides)	
D7	Séptimo espacio intercostal, sobre la línea media del tórax	
1	D8 Octavo espacio intercostal, sobre la línea media del tórax	1
1	D9 Noveno espacio intercostal, sobre la línea media del tórax	1
0	D10 Ombligo	0
0	D11 Entre D10 y D12	0
0	D12 Ligamento inguinal	0
0	L1 Un tercio de la distancia entre D12 y L2	1
1	L2 Tercio medio anterior del muslo (el punto medio de la distancia entre D12 y L3)	1
1	L3 Cóndilo femoral interno (banda por encima de la rodilla)	2
1	L4 Maiéolo interno	1
1	L5 Cara dorsal del pie, sobre el dedo medio del pie	1
1	S1 Borde externo del talón	1
1	S2 Línea media de la fosa poplítea	1
1	S3 Tuberosidad isquiática	1
	S4-S5 Área perianal (se valora como un solo nivel)	

En cuanto la sensibilidad se evaluó desde el dermatoma T8 con la prueba de sensibilidad mediante dermatomas, arrojando resultados de: sensibilidad disminuida o alterada en T8, T9, L2, L3, L4, L5, S1 Y S2 del lado derecho e izquierdo. Además, presentaba sensibilidad ausente en D10, D11, D12, L1.

Fuente: elaboración propia.

9.1.1.6. Fuerza muscular

Medical Research Council Scale

DEDOS	Extensión Metacarpo falángica (extensor común de los dedos, ext propio del índice y el meñique)						
	Flexión Interfalangica proximal (Flexor superficial de los dedos)						
	Flexión Interfalangica distal flexor profundo de los dedos)						
	Abd (interóseos dorsales)						
	Add (interóseos palmares)						
CADERA	Flexión (psoas mayor, iliaco)	1				2	
	Extensión (glúteo mayor)	1				2	
CADERA	Abd (glúteo medio)	2				1	
	Add (add mayor, medio ,menor, pectíneo, recto interno)	2				1	
	Rot Interna (glúteo menor)	2				1	
	Rot Externa (obturador interno, externo, gemino sup e inf, piramidal de la pelvis, cuadrado crural)	2				1	
RODILLA	Flexión (isquiotibiales)	1				2	
	Extensión (cuádriceps)	2				2	
TOBILLO	Dorsiflexión (tibial anterior)	0				2	
	Plantiflexión (gemelos y soleo)	0				2	
	Inversión (tibial posterior)	0				1	
	Eversión (peroneo largo y corto)	0				1	
DEDO GORDO	Flexión	2				2	
	Extensión	2				2	

Analís: paciente presenta debilidad en el miembro inferior derecho con vestigios de actividad, con nota de 1, en el miembro inferior izquierdo presenta arcos de movimientos deficientes con nota de 2.

Fuente: elaboración propia.

9.1.1.7. Espasticidad

La espasticidad se evaluó con la escala de Ashworth modificada en las articulaciones de miembro inferior, encontrándose: incremento leve de la espasticidad grado 1+ en la articulación de rodilla derecha al movimiento de flexión, grado 3 en la articulación de cuello de pie impidiendo realizar los movimientos de dorsiflexión, plantiflexión, eversión e inversión. Del lado izquierdo del miembro inferior no se observó incremento del tono muscular.

Por último, se deja claridad de que no existe un instrumento que evalúe la corporalidad y corporeidad, pero existen instrumentos que evalúan componentes de ellos, indicando que si hay o no corporalidad y corporeidad.

9.2 Resumen del paciente

Paciente de 19 años que secundario a un tumor medular quedo con paraparesia adquirida que afecto miembro inferior, limitando la movilidad, con retracciones de los flexores de cadera, deformidad en flexión de rodillas y arcos incompletos de movimiento en el miembro inferior derecho. Marcha lenta con fases abolidas en ambos miembros, espasticidad en los movimientos de flexión de rodilla de la pierna derecha con restricción durante el movimiento, pie derecho con aumento del tono marcado en los movimientos de dorsi y planti flexión. Manifiesta en su calidad de vida verse afectada por muchas limitaciones en el entorno con restricción en la realización de actividades que relacionen de intensidad alta como caminar largas distancias, subir escaleras y correr. Posterior a la evaluación se realizó el diagnóstico fisioterapéutico, de acuerdo a lo estipulado por la CIF y APTA:

Diagnostico CIF.

Paciente que en la evaluación presenta, deficiencia en las funciones psicosociales globales, (b122) emocionales (b152), psicomotoras (b147), propioceptivas (b260), sensoriales relacionadas con la temperatura y otros estímulos (b270). Además, con alteraciones funcionales relacionadas con la movilidad articular de miembro inferior (b710), con la estabilidad (b715); alteraciones relacionadas con la fuerza muscular (b730), tono muscular (b735) y resistencia (b740) de miembro inferior. Por otro lado alteraciones en las funciones relacionadas con los reflejos motores (b750), movimiento involuntario (b755) y los patrones de la marcha (b770). Daños en las estructuras de la medula espinal y relacionadas (s110), estructuras relacionadas con el movimiento y otras específicas (s798). En cuanto la participación y actividades presenta limitaciones en llevar a cabo múltiples tareas (d220), cambiar las posturas corporales básicas (d410), mantener la posición del cuerpo (d415), transferir el propio cuerpo (d415), levantar y llevar objetos (d430), mover objetos con la extremidad inferior (d435), desplazarse utilizando algún tipo de equipo (d465). Por último, presenta limitación en la interacción de las relaciones interpersonales generales (d710 – d779).

Diagnostico APTA

Dominio neuromuscular.

PATRÓN C: deficiencia de la función motora y la integridad sensorial, asociada con desordenes no progresivos del SNC adquiridos en la infancia y niñez.

Dominio musculo esquelético.

PATRÓN B: deficiencia en postura.

PATRÓN C: deficiencia en el desempeño muscular.

PATRÓN D: deficiencia en la movilidad articular, función motora, desempeño muscular y rango de movimiento, asociada con disfunción del tejido conectivo.

Componente actividades y participación.

Tareas y demandas generales:

PATRÓN A: Cambiar y mantener la posición del cuerpo.

PATRÓN B: Llevar, mover y usar objetos.

PATRÓN C: Andar y moverse.

Vida doméstica:

PATRÓN B: Tareas del hogar.

Interacciones y relaciones interpersonales.

PATRÓN A: Interacciones interpersonales generales.

De acuerdo a los resultados de la evaluación se elaboró el plan de intervención.

9.3 Plan de intervención

En el plan de intervención se seleccionaron a partir de la revisión teórica, las técnicas de Fisioterapia, que favorece el proceso de rehabilitación del paciente con paraparesia; para así mejorar la capacidad motriz y sus relaciones con el entorno.

La corporeidad es un concepto que se inscribe dentro de la condición humana, en la medida que reconoce lo biológico que es la representación del esquema corporal (Passerino, 2018), pero trasciende a los procesos de interacción con la sociedad, a través de ella se expresan las emociones resaltando lo único, a entretejer las cualidades y capacidades de los seres humano.

De los aspectos fundamentales para el desarrollo de la corporalidad es el cuerpo y la motricidad a través de ellos se logra el reconocimiento de las partes del cuerpo y se elabora movimientos

complejos, elementos que son necesarios para la recuperación de las limitaciones ocasionadas por la enfermedad (Alonso, 2018); por lo que, el cuerpo de un paciente en rehabilitación es la construcción de un caso clínico (Chufeni, 2017) y es una construcción socio-culturalmente con inclusión de las prácticas corporales (Sosa, 2019).



Con el proceso de rehabilitación, se perfecciona el movimiento le permite al ser humano generar una forma particular de moverse; una especie de estilo motriz que sería la corporación ideal del movimiento, la realización más humana de la motricidad, pues implica hacer mío ese movimiento del que estoy dotado. Hacerlo mío el movimiento, es darle a ese movimiento mi personalidad, dotarlo de mi propio sello; esto es, significarlo para interiorizarlo como parte de mi corporeidad. Ese estilo, se define desde la proyección de lo que quiero y puedo llegar a ser (Murcia y Corvetto, 2021).



Otra manera de intervención es la actividad física y la expresión corporal las prácticas corporales hacia la búsqueda del auto-conocimiento, como una alternativa para hacer visible en todos los sujetos el cuidado de sí mismos. Es decir, el cuerpo de cada sujeto tiene un sustento biológico pero cada ser humano, condicionado por su circunstancia y contexto de vida, determina cómo quiere vivir su corporeidad, imaginarla, utilizarla o desarrollarla en determinado sentido (Bernate, 2021).


Desde el punto de vista de terapia física, según Heutink *et al.* (2012) y Gómara *et al.* (2014), este tipo de intervenciones ayuda a mejorar las funciones corporales y estructurales, de igual manera modifica discapacidades específicas relacionadas con la fuerza, condiciones cardiovasculares, movilidad, espasticidad, dolor y lesiones óseas que ayudan a mejorar la capacidad funcional, reduciendo así las limitaciones en actividades y la participación en la sociedad (Gómara-Toldrà *et al.*, 2014). Desde este punto de vista, el diseñar un programa de intervención ayuda a incluir al paciente discapacitado en la sociedad, permitiendo así mejorar su calidad de vida, relaciones sociales y la percepción sobre su imagen corporal.

El plan de intervención, incluye una evaluación inicial, aplicación del tratamiento de 12 semanas y evaluación final. El plan de tratamiento cuenta con ejercicios visoespaciales, propiocepción, ejercicios de coordinación, equilibrio y esquema corporal. En cuanto los ejercicios de relaciones sociales se han determinado espacios de interacción con el paciente con personas en el entorno, para ir estimulando las relaciones con el paciente.

Tabla 2 Plan de intervención.

Nombre de la sesión	Objetivo	Actividad	Tiempo	Imagen referencia	Progresión
Evaluación inicial	Conocer el estado actual del paciente antes de iniciar el proceso de rehabilitación.	Se realizó una evaluación general, donde se conocieron aspectos de los sistemas neuro – muscular, calidad de vida, habilidades motrices, aspectos sociales y corporales.	Se estimó un tiempo de evaluación de 60 minutos.		Se realizará una segunda evaluación posterior a la semana 12 de intervención.
Reeducación de marcha	Incorporar habilidades motrices básicas de la marcha.	<p>Fase: calentamiento.</p> <p>Antes de iniciar se realizó calentamiento por 10 minutos en bicicleta isocinética.</p> <p>Fase: propioceptiva.</p> <p>Se incluyeron actividades de entrenamiento perceptivo que relacione el cuerpo con el espacio, trabajando su imagen corporal. Tiempo estimado de 20 minutos.</p> <p>Fase: Reducción de la Marcha</p> <p>Se incluyeron ejercicios de reducción de la marcha. Estos ejercicios tienen el objetivo de incorporar las fases de la marcha sin ayuda externa.</p> <p>Fortalecimiento muscular: a través de ejercicios de subir y bajar escaleras. Ejercicio de descargas de peso. El tiempo estimado de 25 Minutos.</p> <p>Fase: De recuperación.</p> <p>Se realizaron ejercicios de estiramiento y fortalecimiento a nivel cardío – vascular. El tiempo estimado de 5 Minutos.</p>	Se estimó un tiempo de 60 minutos.		55% - 65% a 90% FCmax
Habilidades visomotoras	Estimular las habilidades visoespaciales y motriz para la ejecución de actividades de la vida diaria.	<p>Fase: calentamiento.</p> <p>Se realizan ejercicios cognitivos que consisten en la explicación de la actividad a ejecutar. El tiempo estimado 10 minutos.</p> <p>Fase: visomotora.</p> <p>Se realizan ejercicios de habilidades visoespaciales, que consiste en la percepción y la capacidad motriz del cuerpo del paciente en el entorno. Como las figuras geométricas y el uso de las partes del cuerpo en el espacio, con el fin de reducir su esquema corporal.</p>	Se estimó un tiempo de 60 minutos.		Se fueron avanzando a ejercicios de mayor complejidad. Sostenimiento de 30 segundos, 60 segundos, 90 segundos a 180 segundos.

		<p>Los ejercicios de propiocepción fueron realizados con un circuito simple que debía analizar con anterioridad y luego realizar con los ojos vendados con el fin de mejorar la resolución de problemas con el entorno.</p> <p>El tiempo estimado 40 minutos</p> <p>Fase: De recuperación.</p> <p>Se realizaron ejercicios de estiramiento y fortalecimiento a nivel cardio – vascular. El tiempo estimado de 10 Minutos.</p>			
Esquema corporal	<p>Crear una representación mental del cuerpo en el espacio.</p>	<p>Fase: calentamiento.</p> <p>Antes de iniciar se realizó calentamiento por 10 minutos en bicicleta isocinética.</p> <p>Fase: reconocimiento corporal.</p> <p>Con el uso de un balón se incluyeron ejercicios de lanzamiento en diferentes direcciones arriba, abajo, derecha e izquierda con el fin de lograr la representación del cuerpo en el entorno y su ubicación en el espacio. El tiempo estimado 40 Minutos.</p>	<p>Se estimó un tiempo de 60 minutos.</p>		<p>Se fueron incluyendo estos ejercicios en diferentes estructuras, complejizándola con la estabilidad de las bases y con los cambios de postura de sedente a bípedo.</p>
Modular espasticidad.	<p>Modular la espasticidad presente en el miembro inferior derecho.</p>	<p>Fase: preparación.</p> <p>Mobilización de tejidos blandos y Feldenkrais. El tiempo estimado de 15 minutos</p> <p>Fase: activación.</p> <p>Con el uso de TENS, hielo, percusión del tendón antagonista se buscó modular la espasticidad presente en la región del tobillo y rodilla. El tiempo estimado 20 minutos.</p> <p>Fase: Función</p> <p>Realizar las fases de la marcha. El tiempo estimado 25 minutos.</p>	<p>Se estimó un tiempo de 60 minutos.</p>		<p>Complejidad de los ejercicios y descargas de peso.</p>

<p>Equilibrio y coordinación</p>	<p>Mejorar el equilibrio y la coordinación</p>	<p>Fase: calentamiento</p> <p>Se realizan ejercicios cognitivos que consisten en la explicación de la actividad a ejecutar. El tiempo estimado 10 minutos.</p> <p>Fase: coordinativa</p> <p>Se utilizaron ejercicios de equilibrio, en bases inestables y con el uso del balancín con el objetivo de mejorar. Además, se incluyeron ejercicios de coordinación entre miembro superior e inferior para llevar una secuencia en los pasos a la hora de caminar. El tiempo estimado de 40 minutos.</p> <p>Fase: De recuperación.</p> <p>Se realizaron ejercicios de estiramiento y fortalecimiento a nivel cardio – vascular. El tiempo estimado de 10 Minutos.</p>	<p>Se estimó un tiempo de 60 minutos</p>		<p>Se incluyen más obstáculos para la resolución de problemas.</p>
---	--	--	--	--	--

Fuente: elaboración propia.

De acuerdo con el avance de la evaluación inicial, el cual permitió analizar el posible plan de intervención, se enfocaron ejercicios para reeducar la marcha, combinando distintos circuitos con el más bajo nivel de dificultad para lograr apropiación con el medio y el terapeuta. Además, se combinó el uso de distintos medios físicos (eléctricos y térmicos) para lograr en los músculos afectados activación muscular. Luego se integraron ejercicios de fortalecimiento para ganar fuerza muscular. Además, ejercicios visoespaciales que fueron de gran utilidad para trabajar al cuerpo en su entorno partiendo desde un entorno no difícil a uno de mayor dificultad para buscar la resolución de problemas.

9.3 Revaloración del paciente después de la intervención

9.3.1. Marcha -Tinetti

ESCALA DE TINETTI PARA EQUILIBRIO

A) **EQUILIBRIO** (el sujeto está sentado en una silla rígida, sin apoyo para brazos).

■ Equilibrio sentado

- 0 - se inclina o se desliza de la silla
- 1 - está estable, seguro

■ Levantarse de la silla

- 0 - es incapaz sin ayuda
- 1 - se debe ayudar con los brazos
- 2 - se levanta sin usar los brazos

■ En el intento de levantarse

- 0 - es incapaz sin ayuda
- 1 - es capaz pero necesita más de un intento
- 2 - es capaz al primer intento

■ Equilibrio de pie (los primeros 5 segundos)

- 0 - inestable (vacila, mueve los piés, marcada oscilación del tronco)
- 1 - estable gracias al bastón u otro auxilio para sujetarse
- 2 - estable sin soportes o auxilios

■ Equilibrio de pie prolongado

- 0 - inestable (vacila, mueve los piés, marcada oscilación del tronco)
- 1 - estable pero con base de apoyo amplia (maleolos mediales > 10cm) o usa auxilio
- 2 - estable con base de apoyo estrecha, sin soportes o auxilios

■ Romberg sensibilizado (con ojos abiertos, piés juntos, empujar levemente con la palma de la mano sobre el esternón del sujeto en 3 oportunidades)

- 0 - comienza a caer
- 1 - oscila, pero se endereza solo
- 2 - estable

■ Romberg (con ojos cerrados e igual que el anterior)

- 0 - inestable
- 1 - estable

■ Girar en 360°

- 0 - con pasos discontinuos o movimiento no homogéneo
- 0 - con pasos continuos o movimiento homogéneo
- 0 - inestable (se sujeta, oscila)
- 1 - estable

■ Sentarse

- 0 - inseguro (equivoca distancia, cae sobre la silla)
- 1 - usa los brazos o tiene un movimiento discontinuo
- 2 - seguro, movimiento continuo

PUNTAJE EQUILIBRIO

10 / 16

ESCALA DE TINETTI PARA LA MARCHA

B) **MARCHA** (El paciente está de pié; debe caminar a lo largo, inicialmente con su paso habitual, luego con un paso más rápido pero seguro. Puede usar auxilios).

■ Inicio de la deambulaci3n (inmediatamente despu3s de la partida)

- 0 - con una cierta inseguridad o m3s de un intento
- 1 - ninguna inseguridad

■ Longitud y altura del paso

Pi3 derecho





- 0 - durante el paso el pi3 derecho no supera al izquierdo
- 1 - el pi3 derecho supera al izquierdo
- 0 - el pi3 derecho no se levanta completamente del suelo
- 1 - el pi3 derecho se levanta completamente del suelo

Pi3 izquierdo

- 0 - durante el paso el pi3 izquierdo no supera al derecho
- 1 - el pi3 izquierdo supera al derecho
- 0 - el pi3 izquierdo no se levanta completamente del suelo
- 1 - el pi3 izquierdo se levanta completamente del suelo

■ Simetría del paso

- 0 - el paso derecho no parece igual al izquierdo
- 1 - el paso derecho e izquierdo parecen iguales

<p>  Continuidad del paso 0 - interrumpido o discontinuo (detenciones o discordancia entre los pasos) - continuo 1 </p> <p>  Trayectoria 1 - marcada desviación - leve o moderada desviación o necesidad de auxilios 2 - ausencia de desviación y de uso de auxilios </p> <p>  Tronco 1 - marcada oscilación - ninguna oscilación, pero flexa rodillas, espalda, o abre los brazos durante la marcha 2 - ninguna oscilación ni flexión ni uso de los brazos o auxilios </p> <p>  Movimiento en la deambulación 0 - los talones están separados 1 - los talones casi se tocan durante la marcha </p>	<p>PUNTAJE MARCHA</p> <p style="text-align: center;"><u>5</u> /12</p>
<p>SUMA DE PUNTAJES: EQUILIBRIO + MARCHA: <u>15</u> /28</p>	

Analisis: En esta segunda revaloracion de la marcha y equilibrio se mejoraron aspectos relacionados con la estabilidad y el equilibrio. En cuanto la marcha se mejoraron algunas fases de la marcha del pie izquierdo. En cuanto el lado derecho se debe seguir trabajando modulando la espasticidad para lograr activacion de la musculatura y mejorar las fases de la marcha, con la escala de tinetti en esta evaluacion se obtiene un alto riesgo de caida < 19.

Fuente: elaboración propia

9.3.2 Relaciones sociales – Cuestionario CERI

Se realizó la segunda evaluación del cuestionario CERI obteniendo resultados no diferentes en cuanto la primera evaluación, en este caso las relaciones interpersonales y los ítems relacionados con la comunicación verbal y no verbal se encuentran en buenas condiciones y por tanto las relaciones sociales del paciente no tienen un cambio.

A- HABILIDADES BÁSICAS DE INTERACCIÓN SOCIAL

Ítem	Enunciado	VALORACIÓN				
		1	2	3	4	5
1	Sonrí a los demás en situaciones adecuadas					X
2	Mantengo una postura adecuada en el dialogo					X
3	Empleas un tono de voz amable con los demás.					X
4	Empleas una entonación adecuada al hablar.					X
5	Prestas atención a lo que dicen los demás.					X
6	Muestras interés al escuchar a los demás					X
7	Atiendes a los demás de manera autónoma					X
8	Tienes un trato amistoso y cordial.					X
9	Practicas hábitos de cortesía.					X
10	Muestras cordialidad en todo momento					X

B- HABILIDADES DE INICIACIÓN DE LA INTERACCIÓN SOCIAL Y CONVERSACIONALES

Ítem	Enunciado	VALORACIÓN				
		1	2	3	4	5
1	Pides la palabra de forma adecuada para expresar tus opiniones					X
2	Esperas tu turno para empezar el dialogo.					X
3	Mantienes el dialogo de manera adecuada					X
4	Expresas lo que sientes y piensas durante el dialogo.					X
5	Concluyes el dialogo de manera adecuada.					X
6	Reacciona adecuadamente cuando otros concluyen el dialogo.					X

E- HABILIDADES DE AUTOAFIRMACIÓN:

Ítem	Enunciado	VALORACIÓN				
		1	2	3	4	5
1	Defiendes y reclamas tus derechos de forma adecuada					X
2	Expresas y defiendes adecuadamente tus opiniones e ideas					X
3	Expresa tus desacuerdos de forma adecuada					X
4	Respetas los derechos de los demás.					X
5	Respetas las opiniones de los demás.					X
6	Respetas la propiedad de los demás: útiles escolares, juegos, etc					X
7	Elogias y dices cosas positivas de los demás.					X
8	Motivas a los demás para mejorar sin burlarse					X
9	Te elogias a ti mismo y aceptas que otros lo hagan					X
10	Assumes compromisos para superar dificultades					X

D- HABILIDADES RELACIONADAS CON LAS EMOCIONES:

Ítem	Enunciado	VALORACIÓN				
		1	2	3	4	5
1	Elogias logros de tus compañeros					X
2	Muestras afecto a tus compañeros					X
3	Expresas tu sentir de forma adecuada cuando algo no te agrada					X
4	Pide la Expresas adecuadamente a los demás tus emociones y sentimientos desagradables(tristeza, enfado, fracaso, etc)					X
5	Formulas quejas con honestidad.					X
6	Eres amable con el buen trato que recibe de los demás					X
7	Agradeces a los demás por favores recibidos					X
8	Actúas en forma adecuada frente a un conflicto					X
9	Controlas tus emociones cuando eres agredido.					X
10	Cuando tienes un problema con otros te pones en su lugar y buscas la solución adecuada.					X

E- HABILIDADES DE AUTOAFIRMACIÓN:

Ítem	Enunciado	VALORACIÓN				
		1	2	3	4	5
1	Defiendes y reclamas tus derechos de forma adecuada					X
2	Expresas y defiendes adecuadamente tus opiniones e ideas					X
3	Expresa tus desacuerdos de forma adecuada					X
4	Respetas los derechos de los demás.					X
5	Respetas las opiniones de los demás.					X
6	Respetas la propiedad de los demás: útiles escolares, juegos, etc					X
7	Elogias y dices cosas positivas de los demás.					X
8	Motivas a los demás para mejorar sin burlarse					X
9	Te elogias a ti mismo y aceptas que otros lo hagan					X
10	Asumes compromisos para superar dificultades					X

Fuente: elaboración propia.

9.3.3 Calidad de vida -Cuestionario SF – 36

cuestionario SF-36	
Salud general	Se estima una buena salud general y que hace un año fue mejor.
Actividades cotidianas	Le limita realizar tareas algunas tareas que impliquen las actividades cotidianas básicas, como correr y caminar 1 kilómetro o más. En cuanto subir o bajar escalera se mejoró ya que no le limita subir, llevar la compra no le limita.
Problemas en trabajo o educación	No presenta limitación en la realización de sus labores como estudiar y trabajar.
Vitalidad	Esta sección del cuestionario nos permitió conocer que el estado del paciente en cuanto a su vitalidad, manifiesta que en las últimas 4 semanas presentó mejoría en el estado emocional sintiéndose lleno de alegría muchas veces, el nerviosismo no muchas veces, agotado casi siempre y su estado emocional ya no afecta las relaciones con su familiares y amigos.
Salud actual	En cuanto a su salud actual, manifiesta sentirse lleno de mucha salud y que no se enferma tan fácil como otras personas.

En esta evaluación final, se mejoraron los aspectos emocionales y de relaciones con la familia y amigos. El realizar trabajos tuvo mejoría ya que puede realizar sus actividades sin ninguna limitación aspectos en la educación mejoró ya que pudo realizar sus estudios sin ninguna limitación. Por tanto esta variable de la investigación tuvo bastante mejoría.

Tabla 3 Aspectos significativos.

ASPECTOS	ANTES	DESPUÉS
Imagen	<ul style="list-style-type: none"> • Se veía Obeso • Desfigurado • Cuerpo vivenciado no acorde a su edad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se atrevió a quitar la camiseta, al frente del equipo de terapeuta. • Perdiendo la pena. • Cuerpo vivido de acuerdo a su percepción. Equilibrada.
Marcha	Su marcha era con bastón canadiense, temeroso, arrastre del pie derecho y con pérdida de equilibrio	Marcha independiente y baja – sube escalares sin ayuda externa.
Espasticidad	Modulada	Modulada. Antes lo limitaba a la realización de la marcha.
Relaciones sociales	<ul style="list-style-type: none"> • Cohibido • Penoso • Los vínculos iniciales con sus compañeros de estudio y terapeutas eran limitados, se ajustaban a relaciones cordiales pero no interrelacionales – reciprocas. 	<p>Después de la intervención, mejoro las relaciones sociales, en las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solicita información en otras dependencias sin acompañamiento. • Crea vínculos recíprocos (Cuenta chistes, jocoso, cuestionador, entre otros) con sus compañeros de la universidad y terapeutas.

		<ul style="list-style-type: none"> • Se relaciona con personas desconocidas. • Corta cabello. • Realiza diligencias personales.
Calidad de Vida	Dependiente de sus familiares, terapistas y amigos.	Independiente en las actividades de vida diaria. Con metas y sueños. Como montarse en un avión solo.

Fuente: elaboración propia.

10. Discusión

Esta investigación tuvo como propósito implementar un plan de intervención desde la corporalidad y corporeidad para el tratamiento de la marcha y sus relaciones sociales, en paciente con paraparesia secundaria a tumor medular. A continuación, se estará discutiendo los principales hallazgos de este estudio, dado que mejorar las relaciones sociales desde la corporalidad y la corporeidad se hace necesario para que el paciente en su vida cotidiana lleve una buena calidad de vida.

La corporalidad y corporeidad son términos importantes en el desarrollo humano, dado que tener una concepción de la imagen corporal y de todas esas destrezas motrices en la vida de las personas ayuda en el desarrollo social teniendo unas buenas actitudes en el entorno. El concepto de corporeidad nos hace volver sobre la triada cuerpo-sujeto-cultura a lo que Morín constituye como la trinidad especie – individuo – sociedad, haciendo uso del cuerpo, me relacionó con el entorno y la sociedad (Morin, 2004). A lo que Merlau- Ponty (1968) considera que nuestro cuerpo no tiene el poder de hacernos ver aquello que no existe; sólo puede hacernos creer que lo vemos.

Por tanto, conocer la percepción de la imagen corporal de los pacientes es importante para poder diseñar planes de intervención que relacionen los estímulos a esta. Además, el buscar y conocer cuestionarios validados ayuda a obtener buenos resultados en la evaluación del paciente permitiendo diseñar planes de intervención y planteando objetivos plasmables en la rehabilitación. Así mismo, Coda (2020), en su estudio, determina que la relación entre la autocompasión y la

imagen corporal en jóvenes con discapacidad motriz presenta relación significativa en las dimensiones observando que la insatisfacción con su imagen corporal afecta relativamente las relaciones sociales. Por tanto, considera importante diseñar programas que fomenten de forma positiva las dimensiones de imagen corporal, calidad de vida bajo el contexto médico – educativo.

También, el movimiento de nuestro cuerpo proporciona conocimiento, que puede ser determinado a partir de la representación de las particularidades de las “realidades vivas” (Díaz, 2021) y su relación con la cultura da a lugar a la observación, la escucha y el proceso de comunicación verbal y no verbal de nuestro cuerpo (Tur – Porres y Ires – Correa, 2020); es decir, los individuos construyen una percepción de su cuerpo a través de lo vivido a lo que se conceptualizó como corporeidad.

No obstante, abordar a los pacientes con discapacidad motriz en un contexto de rehabilitación, ayuda indirectamente en mejorar su percepción con la imagen corporal y las relaciones interpersonales dado que la interacción es mucho mayor. Además, trabajar la marcha, equilibrio y coordinación se obtienen aspectos positivos en el esquema de la imagen corporal, partiendo tener buenas relaciones sociales y calidad de vida por la percepción que se tiene sobre su cuerpo.

Por otro lado, Alonso (2018), expone que las personas con discapacidad manifiestan dificultades en el desarrollo de las habilidades motrices e integración del esquema corporal. Además, describe que esta población presenta déficits en la coordinación óculo – manual, lateralidad y control visual, por la falta de equilibrio, alteración del tono muscular y la torpeza en los movimientos afecta el proceso de aprendizaje cognitivo y de habilidades motrices enfocadas en la marcha.

Todas las enfermedades deben ser analizadas y atendidas desde una visión interdisciplinaria y transdisciplinaria, puesto que algunas limitan la interacción con el entorno; por lo tanto, la atención en salud deberá analizar al ser humano reconociendo sus valores y potencialidades; a su vez, reconocer al paciente su carácter de cliente individual, ya que cada individuo tiene en su interior fuerzas constructivas que son condesciéndete a la recuperación del estado de salud (Rogers, 1997).

Entre las limitaciones que se presentó en el desarrollo de esta investigación, si bien es un tema que trabajan los fisioterapeutas y los educadores físicos, no existe una escala de evaluación de la corporalidad y la corporeidad valida. También el tiempo de ejecución de la intervención que se

debe limitar al tiempo de las prácticas formativas, no obstante se logró demostrar que el trabajo del cuerpo desde estos dos componentes beneficia a la rehabilitación del paciente.

A través, del plan de intervención diseñado se buscó mejorar aspectos relacionados con la marcha con el objetivo de mejorar las relaciones sociales, esquema corporal y percepción del cuerpo en el entorno. A lo que se obtuvieron efectos positivos en la calidad de vida del paciente mejorando aspectos emocionales y conductuales en su vida. Además, de mejorar algunas fases de la marcha y el equilibrio previniendo así el riesgo de padecer caídas.

Así mismo, la corporalidad, corporeidad son importantes en el desarrollo de habilidades conductuales en un entorno social, trabajar la marcha y enfocar técnicas de intervención ayuda a mejorar la condición actual de los pacientes mejorando su percepción con el entorno. Utilizar escalas de evaluación validadas ayuda a obtener resultados fiables ante la investigación dado que proporciona validez a los métodos utilizados. El plan de intervención bajo la evidencia científica debe ir enfocado en mejorar las habilidades que se encuentran perdidas en el paciente para poder desarrollar un buen entorno de relaciones sociales y con ello su calidad de vida.

11. Conclusiones.

En conclusión, los planes de intervención que relacionen aspectos como la corporalidad y corporeidad y que estén enfocados en mejorar la capacidad funcional de los pacientes se obtienen efectos positivos en la calidad de vida, permitiendo reducir el miedo a realizar actividades que involucren la marcha y al qué dirán de mi enfermedad, teniendo una percepción de mi imagen corporal buena, por lo que puede afirmar que puede mejorar las relaciones sociales, interacción con el medio.

Además, los hallazgos significativos con el uso de planes de intervención enfocados en reeducar la marcha en paciente con paraparesia para así mejorar su calidad de vida y relaciones sociales tuvieron demasiados aspectos positivos, que demostraron efectividad con el plan de intervención. Se logró una buena percepción de la imagen corporal, dado que el paciente se pudo quitar la camisa sin ningún temor delante de los terapeutas perdiendo la pena y logrando un equilibrio en su experiencia corporal; marcha independiente sin uso de bastón canadiense atreviéndose a subir y bajar escaleras sin ayuda externa.

Por otro lado, se moduló la espasticidad dado que antes lo limitaba a la realización de la marcha y en cuanto a sus relaciones sociales las siguientes actividades se lograron incorporar, como el crear vínculos recíprocos, solicitar sin acompañamiento información, relacionarse con personas desconocidas, cortar cabello y realizar diligencias personales. Por último en la calidad de vida se logró independencia en las actividades de la vida diaria.

12. Recomendaciones

Después de realizar este recorrido investigativo, se presentan las siguientes recomendaciones.

Por tanto, se deben seguir realizando investigaciones que permitan obtener mayores efectos positivos en la marcha de los pacientes con actividades enfocadas en la reeducación, manejo del equilibrio, coordinación e imagen corporal, invitando al grupo de investigación del programa de Fisioterapia a tener en cuenta esta recomendación.

Por último, los cuestionarios utilizados en esta investigación fueron cuestionarios que relacionan aspectos de la corporalidad y corporeidad y nos permitieron conocer el estado actual de los pacientes, a lo anterior, se invita a los investigadores y estudiantes del programa de fisioterapia, a diseñar cuestionarios que incluyan todos los aspectos corporales y que nos permitan conocer si hay o no corporalidad y corporeidad en los pacientes con discapacidad o sin discapacidad.

Referencias

- A Denton, L. (2016). El calentamiento y enfriamiento superficial de la pierna afecta la velocidad al caminar y las deficiencias neuromusculares en personas con paraparesia espástica. *Annals of physical and rehabilitation medicine*, 59 (5-6), 326-332. doi:<https://doi.org/10.1016/j.rehab.2016.04.006>
- Águila, S. (2019). Cuerpo, corporeidad y educación una mirada reflexiva desde la Educación Física. *Dialnet*, 35, 413-421. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6761710>
- Alí, S. (2015). Discapacidad intelectual, evolución social del concepto. *Revista facultad de odontología*, 8(1), 38 - 41. doi:<http://dx.doi.org/10.30972/rfo.811631>
- Alonso, D. (2018). Desarrollo De Las Habilidades Motrices De Las Personas Con Discapacidad Intelectual a Través Del Proceso Cognitivo. *ARTSEDUCA. Revista Electrónica de Educación En Las Artes*, 19, 224–245. <https://doi.org/10.6035/artseduca.2018.19.10>
- Arrayás, G. (2018). Percepción de la imagen corporal de los adolescentes de Huelva atendiendo al género y a la edad. *Retos*, 34, 40-43. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6736314>
- Bojorquez, C. (2012). Body Image and Social Class. *Elsevier Inc*, 1, 153-159. doi:10.1016 / B978-0-12-384925-0.00024-9
- Brogna, P. (2014). El nuevo paradigma de la discapacidad y el rol de los profesionales de la rehabilitación. *Cad ESP, Ceará*, 2(2), 7 - 11. Obtenido de http://repositoriocdpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/634/Art_BrognaP_ParadigmaaDiscapacidadProfesionales_2006.pdf?sequence=1
- Chávez, R. C. (2015). Calidad de vida y bienestar psicológico en personas con discapacidad motriz de un centro de integración de discapacitados de trujillo. *UPAO*, 1 - 119. Obtenido de http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/1768/1/RE_PSICOLOGIA_CALIDAD.VIDA_BIENESTAR.PSICOLOGICO_DISCAPACIDAD.MOTRIZ_TESIS.pdf
- Chavarria, J. (2015). Debilidad muscular: lo que todo médico en emergencias debe saber. *Neuroeje*, 28(1), 37-48. Obtenido de <https://www.neuroeje.com/articulos/64.pdf>

- Clavería, M. (2013). Evolución de la fuerza muscular en paciente críticos. *Enfermería Intensiva*, 24(4), 155-166. doi:10.1016/j.enfi.2013.09.001
- Carvalho, M. (2019). Dolor y calidad de vida en la mielopatía asociada al virus linfotrópico de células T humano tipo 1 o paraparesia espástica tropical después del protocolo de ejercicio domiciliario: ensayo clínico aleatorizado. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 52, 1-8. doi:10.1590 / 0037-8682-0270-2018
- Coda, R. (2020). *Autocompasión e imagen corporal en jóvenes con discapacidad motriz de centros de rehabilitación de Lima Metropolitana*. <http://hdl.handle.net/10757/653508>
- Cuesta, P. (2016). Evaluación diagnóstica en la enseñanza conjunta de habilidades sociales y motrices en Educación Infantil. *Redalyc*, 32(7), 505-525. <https://www.redalyc.org/pdf/310/31048480030.pdf>
- Díaz, C. (2017). *La corporeidad de niños y niñas con discapacidad motora: cuerpos, deseos y sueños*. <http://www.comie.org.mx/congreso/memoriaelectronica/v14/doc/1074.pdf>
- Díaz, M. 2021. Teoría del cuerpo subjetivo en Michel Henry: aportes para una fenomenología contemporánea del cuerpo Cinta de Moebio 70: 1-16. <https://doi.org/10.4067/S0717-554X2021000100001>
- Diego, P. (2018). Body, Corporeity, Corpófera. *Revista de investigación y pedagogía del arte*, 3, 1-9. <https://publicaciones.ucuenca.edu.ec/ojs/index.php/revpos/article/view/1634/1293>
- Duno, M. (2019). Percepción de la imagen corporal en adolescentes universitarios. *Revista chilena de nutrición*, 46(5), 545-553. doi: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182019000500545>
- Duno, M. (2019). Percepción de la imagen corporal en adolescentes universitarios. *Rev. chil. nutr*, 46(4), 545-553. doi:<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182019000500545>
- Eguiluz, G. (2021). Alteración de la marcha y del equilibrio en la calidad de vida del adulto atendido en el hospital Cayetano Hereida entre enero - marzo del 2021. *Universidad Peruana Cayetano Hereida*, 1 - 22. https://190.116.48.43/bitstream/handle/20.500.12866/8165/Alteracion_EguiluzGutierrez_Jose.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Flores, Z. (2020). Referentes teóricos del entrenamiento combinado de resistencia y fuerza muscular en las carreras de distancias medias. *Mundo Fesc*, 10(1), 27-38. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7490159>
- Gómez, V. (2021). Espasticidad. *Univ. Med*, 62(1), 1-13. doi:<https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed62-1.espa>
- Gómez, A. (2013). Insatisfacción y distorsión de la imagen corporal en adolescentes de doce a diecisiete años de edad. *Ágora para la ef y el deporte*, 15(1), 54 - 63. Obtenido de http://agora-revista.blogs.uva.es/files/2013/07/agora_15_1d_gomez_et_al.pdf
- González, A. (2013). *Concepción de corporalidad para las personas con limitación en la actividad entre 40-60 años de la ciudad de manizales 2012*. Obtenido de http://repositorio.autonoma.edu.co/jspui/bitstream/11182/197/1/Concepci%C3%B3n_corporalidad_personas_limitaci%C3%B3n_actividad_40_60_a%C3%B1os_ciudad_Manizales_2012.pdf
- González, P. (2021). Investigación documental sobre el cuerpo y la corporeidad en la escuela. *Revista Electrónica Educare*, 25(3), 1-16. doi:<https://doi.org/10.15359/ree.25-3.31>
- Jiménez, R. (2015). *Corporalidad y motricidad: desarrollo de la autonomía, la identidad, la convivencia y la comunicación en la infancia*. Obtenido de <https://www.efdeportes.com/efd206/corporalidad-y-motricidad-autonomia-identidad.htm>
- López, P. (2014). Calidad de vida relacionada con la salud de los integrantes del consejo nacional para la integración de la persona con discapacidad (CONADIS) del departamento de La Libertad; AÑO 2014. *Universidad de Trujillo*, 1-123. <https://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/7879/LOPEZ%20PALACIOS%20NANCY%20VANESSA%28FILEminimizer%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Lorenzo, E. (2016). *Mercado de trabajo de personas con discapacidad: teoría, política y aplicaciones*. Madrid: Carlos Cazallas Alcaide. Obtenido de <https://eprints.ucm.es/id/eprint/37375/1/T37121.pdf>

- Lozada, T. (2020). Caracterización del desarrollo de las habilidades motrices básicas en personas con discapacidad intelectual. *Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales*, 6(2), 14-27. doi:<https://doi.org/10.31910/rdafd.v6.n2.2020.1566>
- Manzano, S. (2017). Paraparesia espástica por alteración vascular espinal. *Universidad Técnica de Ambato Facultad de Ciencias de la Salud*, 1-35. Obtenido de <http://repositorio.uta.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/26640/3/Manzano%20Solis%2c%20Cecilia%20Magdalena.pdf>
- Martínez, K. (2019). Corporalidad y Corporeidad: resignificación desde la experiencia de personas con diversidad funcional, en el campo de la rehabilitación. *Universidad Nacional de Colombia*, 1 - 98. Obtenido de <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/77827/1026572767.2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Martínez, D. (2020). Efecto de un programa de ejercicio físico sobre el riesgo de caídas, equilibrio y velocidad de la marcha en personas mayores con discapacidad intelectual. *Rehabilitación*, 54(1), 19–24. <https://doi.org/10.1016/J.RH.2019.09.003>
- Merleau-Ponty, M. 1968. *Humanismo y Terror*. Buenos aires: La Pléyade
- MINSALUD. (2020). *Discapacidad*. Ministerio de Salud y Protección Social. <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Discapacidad/Paginas/discapacidad.aspx>
- Mineducación (1999). *Ley 528 de 1999*. Mineducación. Obtenido de: mineducacion.gov.co/1621/articles-105013_archivo_pdf.pdf
- Moreau, C. (2017). 2017. *Tratado de Medicina*, 21(1), 1-7. doi:10.1016/s1636-5410(16)81779-1
- Morin, E. (2004). *El Método VI. La ética*. Madrid. Cátedra.
- Murcia-Peña, N. &.-C. (2021). Motricidad y corporeidad como relaciones basadas en el desarrollo de lo humano. *Cinta de Moebio. Revista de Epistemología de Ciencias Sociales*, 70, 55 - 67. doi:<https://doi.org/10.4067/S0717-554X2021000100055>

- Murcia, N. (2021). Motricidad y corporeidad como relaciones basadas en el desarrollo de lo humano. *Cinta moebio*, 70, 55-67. doi:<http://dx.doi.org/10.4067/s0717-554x2021000100055>
- Sosa-Rosas, M. (2013). La corporalidad de la persona con cáncer. *Rev CONAMED*, 18, 17 - 23. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4701488>
- Olesiak, R. (2018). Resignificações de Sujeitos com Paraplegia Adquirida: Narrativas da Reconstrução da Imagem Corporal. *Psicologia: Ciência e Profissão Out/Dez.*, 38(4), 730-743. doi:<https://doi.org/10.1590/1982-3703002022017>
- Ortiz, J. (2015). *La percepción corporal como estrategia de afrontamiento en personas con discapacidad física adquirida*. Bogotá.<http://hdl.handle.net/20.500.12494/13749>
- Osorio, H. (2013). Bases para el entendimiento del proceso de la marcha humana. *Archivos de Medicina*, 13(1), 88-96.<https://www.redalyc.org/pdf/2738/273828094009.pdf>
- Pérez, M. (2019). Modelos teóricos de discapacidad: un seguimiento del desarrollo histórico del concepto de discapacidad en las últimas cinco décadas. *Revista Española de Discapacidad*, 7(i), 7- 27. doi:<https://doi.org/10.5569/2340-5104.07.01.01>
- Pinzón, M. (2020). Efecto de un programa de intervención basado en reaprendizaje motor sobre el control postural en adultos con hemiparesia. *Fisioterapia*, 42(1), 5–16. <https://doi.org/10.1016/J.FT.2019.09.001>
- Reséndiz H. (2020). Implicaciones en el movimiento humano de las adaptaciones del esquema e imagen corporal secundarias a una amputación. *ARS MEDICA Revista De Ciencias Médicas*, 45(3), 63 - 71. doi:<https://doi.org/10.11565/arsmed.v45i3.1636>
- Ríos, M. (2015). El concepto de discapacidad: de la enfermedad al enfoque de derechos. *rev.ces derecho*, 6(2), 46-59.<http://www.scielo.org.co/pdf/cesd/v6n2/v6n2a04.pdf>
- Rivera, M. (2015). Calidad de vida en el adulto mayor. *Revista Científico-Metodológica*, 61, 1-7. <https://www.redalyc.org/pdf/3606/360643422019.pdf>

- Rodríguez, C. (2018). Estudio de prevalencia y perfil de caídas en ancianos institucionalizados. *Gerokomos*, 29(3), 110-119. <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v29n3/1134-928X-geroko-29-03-00110.pdf>
- Rodríguez, A. (2015). Tratamiento curricular de la imagen corporal, autoestima y autoconcepto en España. *Propósitos y Representaciones*, 3(1), 9-70. doi:<http://dx.doi.org/10.20511/pyr2015.v3n1.68>
- Rodríguez, C. (2017). Influencia del esquema corporal en el rendimiento deportivo. *Medicas UIS*, 30(2), 63-69. doi:<http://dx.doi.org/10.18273/revmed.v30n2-2017007>
- Rogers, C. R. 1997. *Psicoterapia centrada en el cliente*. Biblioteca de psicología, psiquiatría y psicoterapia. Barcelona Paidós
- Rubio, E. (2017). Concepciones de la corporeidad Aplicaciones pedagógicas en docentes de educación física en Bogotá. *Memoria Académica*, 12, 1 - 15. http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.10442/ev.10442.pdf
- Russo, P. (2015). El deporte y sus efectos en la discapacidad. 1-161. <http://repositorio.isalud.edu.ar/xmlui/handle/1/368>
- Ruz, A. (2019). Lesión medular traumática. Valoración y manejo integral. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(75), 4387-4400. <https://doi.org/10.1016/J.MED.2019.03.020>
- Secretaría de Atención a Personas con Discapacidad del Partido Revolucionario Institucional. (27 de Marzo de 2015). <http://discapacidad.pri.org.mx/Articulos/Articulo.aspx?y=4794>
<http://discapacidad.pri.org.mx/Articulos/Articulo.aspx?y=4794>
- Sergio, R. (2015). *Neurofunción*. Obtenido de <https://neurofuncion.com/lesion-medular-clasificacion-asia/>
- Siguero, J. (2017). Efecto de una intervención de Fisioterapia en la mejora del control postural y de la marcha en la Paraparesia Espástica Hereditaria: estudio de caso. *Universidad de Alcalá*, 1 - 71. https://ebuah.uah.es/xmlui/bitstream/handle/10017/31700/TFG_Siguero_Jurado_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Sosa, L. (2019). Discapacidad e inclusión en el campo de las prácticas corporales. *Acción Motriz*, 23, 6-15. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7112429>
- Soto, P. (2013). Factores psicosociales predictores de la calidad de vida. *Acta Colombiana De Psicología*, 16(2), 125-137. doi:10.41718/ACP.2013.16.2.12
- Tabacchi, S. (2017). *Análisis de la mejora de la funcionalidad en niños con parálisis cerebral de tipo diparesia espástica, mediante el concepto Bobath versus, el concepto Bobath más hipoterapia*. Madrid: COMILLAS. <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/27043/PFG000738.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Tur-Porres, G; Ires-Correa, W. 2020. Educando con el cuerpo y desde este: Cultura, cuerpo y reeducación corporal. *Revista Electrónica Educare* 24(2): 220-239. <https://doi.org/10.15359/ree.24-2.11>
- Ucha, F. (Junio de 2020). *DefiniciónABC*. <https://www.definicionabc.com/social/relaciones-sociales.php>
- Vaquero, C.. (2013). Imagen corporal; revisión bibliográfica. *Nutr. Hosp.*, 28(1), 27 - 35. doi:<https://dx.doi.org/10.3305/nh.2013.28.1.6016>
- Venturiello, M. (2013). *Los cuerpos con discapacidad en los diferentes ámbitos sociales: espacios físicos e interacciones sociales*. Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-076/183.pdf>
- Zúñiga, A. (2018). Cuerpo, Género y Derecho. Apuntes para una teoría crítica de las relaciones entre cuerpo, poder y subjetividad. *Ius et Praxis*, 24(3), 209-254. doi:<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-00122018000300209>

Anexos

Anexos 1.

Protocolo de evaluación

Se utilizó un protocolo de evaluación adaptado, donde se incluyeron las variables de estudio como ítems principales en la evaluación.

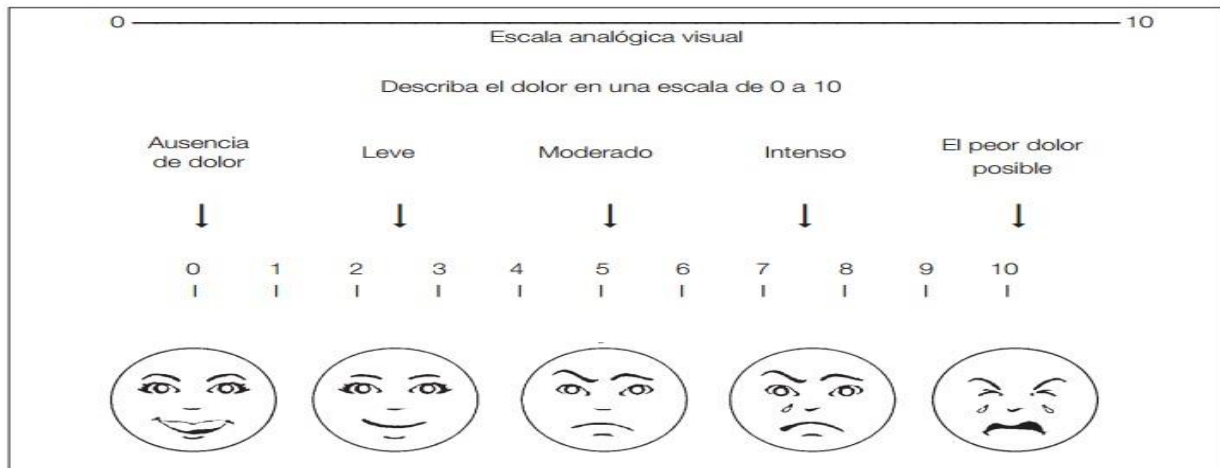
Historia clínica		Nº historia.	
Fecha de ingreso:			
Anamnesis			
Antecedentes personales			
Antecedentes familiares			
Ayudas diagnosticas			
Control de esfínteres	Controla_ No controlada anal_ Vesical_ Anal_		
Historial farmacológico			
Medicamento	Tratamiento DX	Dosis	
Revisión por sistemas			
Sistema cardiopulmonar			
Signos vitales	FC	FR	SAO2
Patrón respiratorio		Tipo de tórax	
Simetría de tórax		Movilidad de tórax	
Relación I: E		Perfusión distal	
Auscultación			

Signos de dificultad respiratoria							
Observaciones							
Sistema tegumentario							
Estigma neuro cutáneo							
Manchas							
Cicatriz							
Pruebas de fóvea		Lugar:					
Sistema musculo- esquelético							
Medidas de longitud	MSD	MSI	MID	MII			
Longitud real							
Longitud aparente							
Medidas de circunferencia							
Brazo							
Antebrazo							
Muslo							
Pierna							
Trofismo muscular							
Retracciones musculares							
Coordinación	Óculo manual:						
	Óculo pédica:						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">Hemicuerpo derecho</td> <td style="width: 34%; text-align: center;">Segmento</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Hemicuerpo izquierdo</td> </tr> </table>					Hemicuerpo derecho	Segmento	Hemicuerpo izquierdo
Hemicuerpo derecho	Segmento	Hemicuerpo izquierdo					

AMA	Fuerza		AMA	Fuerza
		Cuello		
		Hombro		
		Codo		
		Muñeca		
		Dedos		
		Cadera		
		Rodilla		
		Tobillo		
Sensibilidad				
Dermatomas _____		Miotomas _____		
Superficial				
Tipo		Dermatoma afectado		Alteración
Táctil				
Dolora				
Térmica				
Hiperestesia		Anestesia		Hipoalgesia
Hiperestesia		Hiperalgesia		Algesia
Profunda			Cortical	
Batiestesia	Abatiestesia		Esterognosia	Barognosia
Palestesia	Apalestesia		Grafiestesia	Aesterognosia
Barestesia	Abarestesia		Topognosia	Agrafiestesia
Sistema neuromuscular				
Par craneal		Alteración		Par craneal
I. Olfatorio		Anosmia_ Hiposmia_ Ilusiones /alucinaciones olfativas__		VII. Facial
				Algesia_ Hipoalgesia_ Desviación comisura labial_ Dolor retro bulbar_

II. Óptico	Miopía_ Hipermetropía_ Astigmatismo_ Presbicia_	VIII. Vestibulococlear	Coclear_ Tinitus_ Vestibular_ Trastornos del equilibrio_
III, IV, VI Motores oculares	Diplopía_ Oftalmología_ Nistagmos_	IX. Glosofaríngeo	Neuralgía del glosofaríngeo.
V. Trigémino	Sensitivo Dolor, hiperestesias_ Motor: Parálisis de músculos masticadores_	X vago	Parálisis del paladar_ Faringe_ Laringe_
		XI Espinal (motor)	Dolor muscular_

Dolor



Escala de EVA	Leve	Modera	Severo	Máximo
	1-3	4-6	7-9	10
	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha

Dolor a la Palpación																	
Dolor al Movimiento																	
Tono muscular:																	
Escala Ashworth modificada																	
Escala Tardieu																	
Escala Campbell																	
Escala de Wilson Howle																	
Distribución topográfica																	
Monoparesia	Diparesia				Tetraparesia				Cuadriparesia				Hemiparesia				
Reflejos musculo esqueléticos																	
Reflejo						Derecho			Izquierdo								
Bíceps																	
Tríceps																	
Estiloradial																	
Patelar																	
Aquileo																	
Puntuación: Normal + Hiporreflexia ++ Hiperreflexia +++ Clonus ++++ Arreflexia -																	
Reflejos patológicos																	
Palmomentoniano									Signo de Hoffman								
Babinski									Signo de Oppenheim								
Presín plantar									Signo de Gordon								
Marcha																	

EVALUACIÓN DE LA MARCHA. (Adultos) TINETTI, M.E, 1986, 1988. El paciente permanece de pie con el examinador, camina por el pasillo o por la habitación unos 8 metros a paso normal, luego regresa a paso rápido pero seguro.

Enunciado	Subdivisión	Notas	Calificación			
			Fechas			
1. Iniciación de la marcha	Algunas vacilaciones o múltiples intentos para empezar	0				
	No vacila	1				
2. Longitud y altura del paso	<u>Pie derecho</u> No sobrepasa al pie izquierdo con el paso	0				
	Sobrepasa al pie izquierdo	1				
	El pie derecho, no se separa completamente del suelo con el paso	1				
	El pie derecho, se separa completamente del suelo	1				
	<u>Pie izquierdo</u> No sobrepasa al pie derecho con el paso	0				
	Sobrepasa al pie derecho	1				
	El pie izquierdo, no se separa completamente del suelo con el paso	1				
	El pie izquierdo, se separa completamente del suelo	1				
3. Simetría del paso	La longitud de los pasos con los pies izquierdo y derecho no es igual	0				
	La longitud parece igual	1				
4. Fluidez del paso	Parados entre los pasos	0				
	Los pasos parecen continuos	1				
5. Trayectoria	Desviación grave de la trayectoria	0				
	Leve/Moderada desviación o usa ayudas para mantener la trayectoria	1				

	Sin desviaciones o ayudas	2				
6.Tronco	Balanceo marcado o usa ayudas	0				
	No balancea, pero flexiona las rodillas o la espalda o separa los brazos al caminar	1				
	No se Balancea, no flexiona, ni otras ayudas	2				
7.Postura al caminar	Talones separados	0				
	Talones casi juntos al caminar	1				

Fases de la marcha

Fase de apoyo				
	Normal (N)	Aumentada (A)	Disminuida (D)	Abolida (B)
Choque de talón				
Apoyo plantar				
Apoyo medio				
Despegue de artejos				
Fase de balanceo				
Aceleración				
Balanceo medio				
Desaceleración				

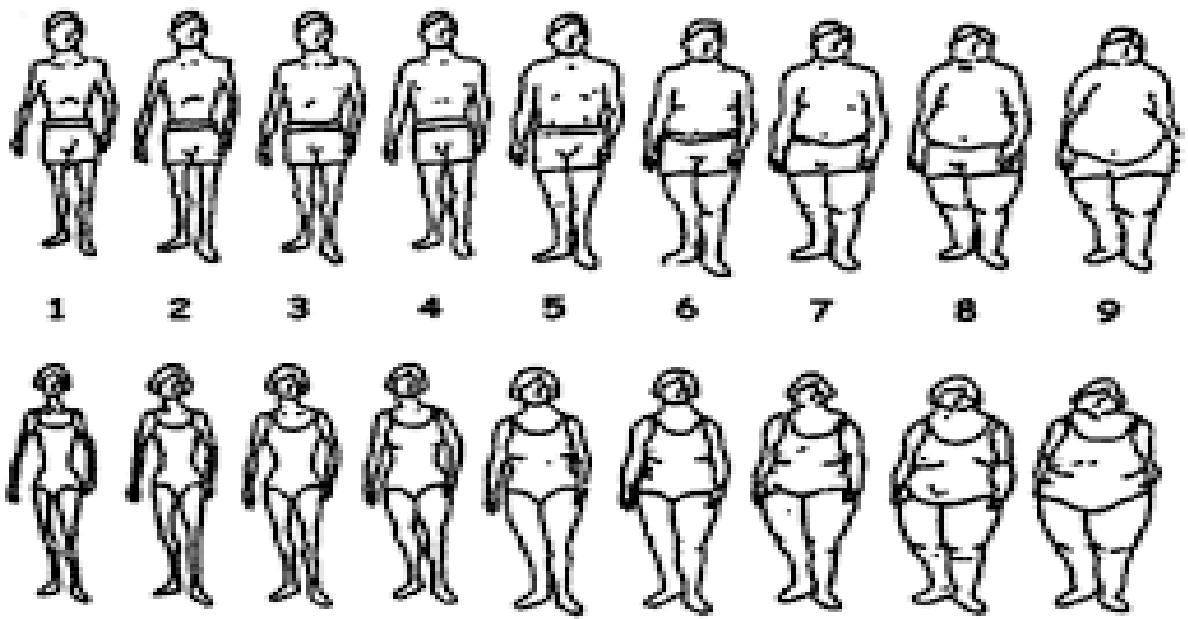
Tipo de marcha _____

Imagen corporal

Escala de Gardner

Índice de insatisfacción: _____

Índice de distorsión: _____



Relaciones sociales

Cuestionario de evaluación de relaciones sociales

C- HABILIDADES PARA COOPERAR Y COMPARTIR

Ítem	Enunciado	VALORACIÓN				
		1	2	3	4	5
1	Ayudas en la organización del aula por iniciativa propia					
2	Brindas ayuda inmediata cuando se le solicita					
3	Cumples normas de convivencia del aula.					
4	Cumples con acuerdos tomados.					
5	Respetas reglas dadas en el estudio o juego					
6	Cumples orientaciones dadas					
7	Practicar normas de cortesía.					
8	Eres amable con todos no solo con amigos preferidos					
9	Ayudas a tus compañeros en sus labores escolares					
10	Cooperas con tus compañeros para superar dificultades					

D- HABILIDADES RELACIONADAS CON LAS EMOCIONES:

Ítem	Enunciado	VALORACIÓN				
		1	2	3	4	5
1	Elogias logros de tus compañeros					
2	Muestras afecto a tus compañeros					
3	Expresas tu sentir de forma adecuada cuando algo no te agrada					
4	Pides la Expresas adecuadamente a los demás tus emociones y sentimientos desagradables(tristeza, enfado, fracaso, etc)					
5	Formulas quejas con honestidad.					
6	Eres amable con el buen trato que recibe de los demás					
7	Agradeces a los demás por favores recibidos					
8	Actúas en forma adecuada frente a un conflicto					
9	Controlas tus emociones cuando eres agredido.					
10	Cuando tienes un problema con otros te pones en su lugar y buscas la solución adecuada.					

Calidad de vida**Cuestionario SF- 36****Subescalas del índice de salud SF-36 e interpretación de los resultados**

Áreas	Nº de Ítems	Significado de los resultados	
		Baja puntuación	Alta puntuación
Función Física	10	Mucha limitación para realizar todas las actividades físicas incluyendo bañarse o vestirse debido a la salud	Realiza todo tipo de actividades físicas, incluyendo las más vigorosas, sin gran limitación
Rol Físico	4	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de su salud física	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de la salud física
Dolor	2	Dolor muy severo y altamente limitante	Ausencia de dolor o limitaciones debidas al mismo
Salud General	5	El sujeto evalúa su salud como mala y cree que probablemente empeorará	Evalúa su salud personal como buena / excelente
Vitalidad	4	Cansancio y agotamiento todo el tiempo	Lleno de entusiasmo y energía todo el tiempo
Función Social	2	Interferencia frecuente y extrema con las actividades normales debido a problemas físicos y emocionales	Realiza actividades sociales normales sin interferencia debidas a problemas físicos o emocionales
Rol Emocional	3	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de problemas emocionales	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de problemas emocionales
Salud Mental	5	Sensación de nerviosismo y depresión todo el tiempo	Sensación de paz, felicidad y calma todo el tiempo
Transición de Salud	1	Cree que su salud es mucho peor ahora que hace un año	Cree que su salud es mucho mejor ahora que hace un año

Diagnostico fisioterapéutico**APTA****CIF**