



KINESIOLOGIA

PUBLICACION OFICIAL DEL COLEGIO
DE KINESIOLOGOS DE CHILE - A.G.

Nº 18

AGOSTO - DICIEMBRE

1986

COLEGIO DE KINESIOLOGOS
DE CHILE - A.G.

"KINESIOLOGIA"

Director:

Edgardo Hidalgo C.

Subdirector:

María Elisa Bazán

Representante Legal:

Edgardo Hidalgo C.

Comité de Publicaciones:

María Elisa Bazán

Gudrun Müschen

Mónica Rodríguez

Ana Santibáñez

Editor:

Juan Cancino R.

Oficina Editorial en Santiago:

Joaquín Díaz Garcés 090

Teléfono 2226943

Casilla 9317 - Correo Central

Santiago de Chile

(Ley 16643)

Composición IBM: COMPOS - 339910

"Kinesiología" se distribuye
gratuitamente a los Miembros de
la Orden.

NUESTRA PORTADA:

Imitación de movimientos,
escritura rítmica y repro-
ducción visual de formas,
son algunas de las pruebas
aplicadas para medir el
rendimiento psicomotor en
niños de 5 a 11 años de
edad. Artículo principal de
esta Revista.



SUMARIO

EDITORIAL	3
Rendimientos psicomotores en niños de 5 a 11 años de edad, en el examen perceptivo- motor de Roach y Kephart	4
EL COLEGIO INFORMA	15
ACTUALIDAD CIENTIFICA	26
UN PUNTO DE VISTA: "Diálogo con mi hijo"	31
NOTAS KINESICO-DEPORTIVAS	32

Reglamento de publicaciones:

- Art. 11 Las ideas, conceptos y juicios emitidos en el texto son de exclusiva responsabilidad del autor y su publicación no significa que la Revista los comparta parcial o totalmente.
- Art. 13 La reproducción parcial o total está prohibida sin previa autorización del autor y la Revista.

CORRESPONSALES DE LA REVISTA KINESIOLOGIA: ARICA: Kigo. Patricia Reyes Núñez - IQUIQUE: Kigo. Orlando Chiang Siu - ANTOFAGASTA: Kigo. Ricardo Honorato - CALAMA-CHUQUICAMATA: Kigo. Oscar Chang - ATACAMA-COQUIMBO: Kigo. Rafael Prieto Uribe - VALPARAISO: Kigo. Eduardo Cordero Palominos - RANCAGUA: Kigo. Miguel Angel Bustamante Santibáñez - TALCA: Kigo. Daniel Ortíz Alarcón - CONCEPCION: Kigo. Sergio López Espinoza - TEMUCO: Kigo. Domingo Selas Alarcón - OSORNO-VALDIVIA: Kigo. Antonia Vacher Hidalgo - CORRESPONSAL EXTRANJERO: Sonia Bravo de Cárdenas, Venezuela.

Editorial

Nuestro Colegio se encuentra en una sensible situación gremial, que está sumida dentro de la crucial contingencia sindical nacional.

El actual Estado de Sitio, agregado a la Ley de estados de excepción, al Estado de Emergencia (renovado cada 3 meses desde el 11 de septiembre de 1973), al Estado de Peligro de Perturbación de la Paz Interior (renovado cada 6 meses desde el 11 de marzo de 1981 a la fecha) hacen -cada uno y sumados todos juntos- que atravesarse a ser dirigente gremial sea un acto de gran riesgo profesional y psicosomático.

Pero esto no es todo: el Artículo 24 transitorio, junto a la Ley Antiterrorista (vigente desde el 17 de mayo de 1984 con el número 18.314), la Ley de Seguridad Interior del Estado, la Ley de Control de Armas, el Código de Justicia Militar, la Ley de Abusos de Publicidad, son tan amplios en su conjunto que cualquiera de ellos se puede aplicar fácilmente, con las conocidas sutilezas interpretativas de la dialéctica de un fiscal abogado. Para quien tenga dudas debería leer sólo alguno de estos 10 documentos legales para darse cuenta que más de un artículo habrá transgredido casualmente en algún olvidado momento (el desatornillador de su propio auto es un arma, si se antoja interpretarlo así).

Ser dirigente en las actuales circunstancias es vivir al filo de la legalidad y toda acción debe cuidarse en extremo, como por ejemplo la forma de citar a una reunión, lo que podría malinterpretarse entre líneas en una llamada telefónica, los informativos del diario mural de la Sede del Colegio, etc. Todo lo que se publique corre un riesgo de caer en la frondosa legislación de lo prohibido, y así se pueden citar innumerables ejemplos.

Sin embargo, tal situación suele no ser comprendida totalmente: se tiende instar a sus dirigentes a que "olviden la legislación" en aras de la legítima defensa de los principios que enmarcan los deberes de un dirigente gremial. El problema puntual es que esos principios no están debidamente resguardados por la legislación, más aún algunos se consideran delito.

Hay quienes olvidan que existen siquiera estas leyes restrictivas del campo de acción legal de los dirigentes; o tal vez piensan que su existencia no restringe el marco que "ellos asignan" a la actividad gremial.

En general prima la cordura y comprobamos que nos comprenden y nos apoyan.

En el presente período de mayo 86 adelante, y especialmente desde agosto, los Colegios Profesionales han sufrido un solapado amedrentamiento que ha disgregado la cohesión que siempre tuvo a nivel de la Federación de Colegios Profesionales. Ningún Colegio ha escapado a las múltiples formas de la coerción. Ello debe llevar a aunar voluntades en torno a sus dirigentes, para que así, al sentir ese apoyo, puedan tomar decisiones "riesgosas" en el sentido de defensa irrestricta de lo que siempre fueron los derechos del dirigente y de los asociados a los Colegios Profesionales. Por ejemplo, mantener la plena información a nivel nacional, evitar la disgregación como gremio, informar verazmente los problemas laborales y sociales de los colegas de Santiago y provincias, esto y sólo esto es ya una problemática, porque es restringida por más de algún artículo legal.

La división, la recriminación (a veces por vanidades), no contribuye en modo alguno a que sus dirigentes puedan (y se motiven) a emprender tareas mayores.

Es la hora que nuestros asociados hagan una profunda introspección, para que comprendan que la elección de sus Directivas dura un año y durante todo ese año deben apoyarlos. Es hora que procuren estar bien informados y sin prejuicios comprendan que estos momentos de la Historia de Chile son lo suficientemente delicados y riesgosos, como para unírnos en base a tareas trascendentales y dejar lo nimio para tiempos de ocio. La fraternidad, la igualdad de derechos y deberes, la tolerancia hacia el resto de los colegas, son principios que pavimentarán el camino de reconciliación. Sólo así sus dirigentes podrán poner sus mejores energías en defenderlos, asumiendo gustosos los riesgos que ello involucre.

Rendimientos psicomotores en niños de 5 a 11 años de edad, en el examen perceptivo-motor de Roach y Kephart

TRABAJO PRESENTADO EN EL IV CONGRESO DE
PSIQUIATRIA Y NEUROLOGIA DEL NIÑO Y DEL
ADOLESCENTE (OCTUBRE - 86)

SILVIA GOMEZ LILLO, Kinesiólogo, Terapeuta Ocupacional, Profesor de Educación Física. Profesor Asociado de la Facultad de Medicina Universidad de Chile.

MARIA ASTRID SALEN CHATEAUNEUD, Terapeuta Ocupacional, Instructor, Servicio de Neurología - Neurocirugía Hospital Clínico José Joaquín Aguirre.

GABRIELA SEPULVEDA R., Psicóloga, Master en Educación, Profesor asistente del Servicio de Neurología - Neurocirugía, Hospital Clínico José Joaquín Aguirre de la Universidad de Chile.

RESUMEN

Se aplicó el examen perceptivo-motor de Roach y Kephart a 176 niños de 5 a 11 años de edad, de nivel socioeconómico medio pertenecientes a 3 colegios del Area Metropolitana.

El test mide el desarrollo del niño en las áreas de equilibrio y postura, imagen corporal y diferenciación, integración perceptivo-motora y en percepción de formas.

Al observar los resultados vemos un desarrollo progresivo de las habilidades psicomotoras, excepto en el área perceptivo motriz; estos resultados lo hacen aplicable a niños chilenos. Se observó además mayor maduración perceptivo motora en las niñas que en los niños.

Se plantea la necesidad de enfatizar desde el punto de vista educativo algunos aspectos del desarrollo psicomotor tales como integración perceptivo-motora y esquema corporal, los que muestran bajo rendimiento y que son imprescindibles para un buen aprendizaje escolar.

INTRODUCCION

El conocimiento del desarrollo psicomotor es, sin lugar a dudas, de gran importancia para todos los profesionales que de una u otra forma incluyen en su campo de acción el trabajo con niños. Por otra parte también ha sido ampliamente demostrado que el desarrollo psicomotor tiene gran relación con diversos trastornos del desarrollo neuropsíquico lo que trae como re-

sultado alteraciones significativas que inciden en la vida escolar y de relación del niño.

Por estos motivos y dado que en nuestro país se han realizado muy pocas investigaciones sobre este tema y que para evaluar el desarrollo psicomotor se aplican pautas de investigadores extranjeros no estandarizados en Chile, consideramos de interés estudiar el desarrollo psicomotor en niños chilenos en edad escolar, con el fin de describir su rendimiento en diversas áreas de la psicomotricidad y obtener datos normativos para nuestro medio.

Dado que un gran número de Kinesiólogos desarrolla su quehacer profesional con niños, hemos considerado de interés comunicar nuestros hallazgos en la Revista de Kinesiología, y destacar la necesidad de realizar estudios normativos nacionales que entreguen pautas de desarrollo para nuestra realidad que nos permiten identificar desviaciones del desarrollo psicomotor con mayor precisión.

METODOLOGIA

A. Muestra

El grupo de estudio estuvo constituido por una muestra, elegida al azar, de niños normales en relación a desarrollo psicológico, según el criterio del profesor y rendimiento escolar.

La muestra fue tomada de colegios de enseñanza prebásica y básica del Area Norte de la Región Metropolitana. La prueba fue aplicada por los investigadores con la colaboración de alumnos de la Carrera de Terapia Ocupacional,

en forma individual, en los respectivos colegios a un grupo de 176 niños de ambos sexos, de nivel socioeconómico medio de acuerdo a la escala de Graffar adaptada por Valenzuela y otros.

Las edades fluctuaron entre 5 y 11 años de edad (cuadro 1), abarcando así toda la edad escolar propiamente tal.

Cuadro 1. Distribución de la muestra en cuanto a edad y sexo

Sexo	Edad							Total
	5	6	7	8	9	10	11	
M	12	15	15	12	12	12	13	91
F	12	14	9	12	13	12	13	85
T	24	29	24	24	25	24	26	176

B. Instrumento utilizado

Se utilizó el Examen Perceptivo-motor de Roach y Kephart, se conservó su estructura y organización, pero se excluyó la Prueba Nº 6 (original de Kraus - Weber) que mide el estado físico y la potencia muscular, por considerar que evalúa más bien aspectos físicos que desarrollo psicomotor y la Prueba X que determina el grado de control ocular y el control neuromuscular voluntario del movimiento de ojos en búsqueda de información, por considerar que es una prueba de interpretación eminentemente neurológica.

La prueba se administra en forma individual, sin tiempo límite y requiere para su aplicación de un espacio abierto que permita la movilidad del niño, utilizándose un material mínimo: tabla de equilibrio de 10 cms. de ancho por 5 de grosor y 4 metros de largo colocada a 15 cms. del suelo; pizarrón; tiza; bastón; papel y lápiz. Roach y Kephart recomiendan su uso para niños en edad escolar, excepto en algunas pruebas de integración perceptiva que se aplicarían sólo a partir de los 8 años.

La corrección de la prueba se realiza siguiendo una escala de puntajes de 1 a 4 puntos, que se refiere a diferentes rendimientos, reflejando el puntaje 4 éxito total en las tareas presentadas y el puntaje 1 fracaso de la actividad.

La prueba entrega puntajes parciales de cada una de las áreas evaluadas y un puntaje global, además de un perfil con el rendimiento en todas las pruebas evaluadas (Figura 1).

Figura 1. Perfil psicomotor

EXAMEN PERCEPTIVO-MOTOR ROACH Y KEPHART

PRUEBAS	PUNTAJES				AREAS
	4	3	2	1	
1) Tabla equilibrio: Adelante Atras De lado					EQUILIBRIO Y POSTURA
2) Saltar					
1) Identificación partes del cuerpo					IMAGEN COR- PORAL Y DI- FERENCIA- CION
2) Imitación de movimientos					
3) Obstáculos					
4) Angeles en la nieve					
1) Pizarrón: Círculo Doble círculo Línea horizon- tal Línea vertical					INTEGRA- CION PER- CEPTIVO- MOTORA
2) Escritura: Ritmo Reproducción Orientación					
1) Dibujos: Forma Organización					PERCEPCION DE FORMAS

Descripción de las pruebas

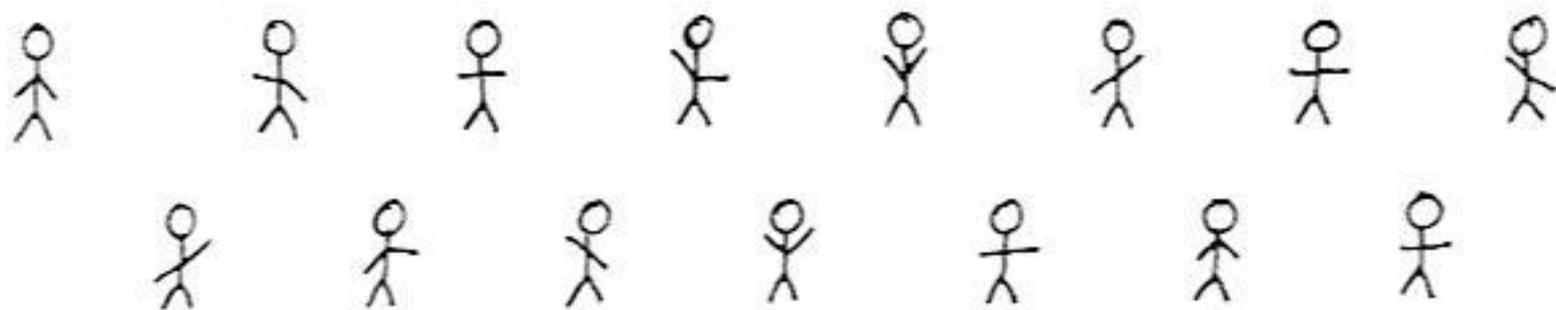
Area de equilibrio y postura: el objetivo es evaluar equilibrio dinámico.

Prueba Nº 1: tabla de equilibrio: se solicita a niño caminar sobre la tabla hacia adelante, hacia atrás, de lado y al otro lado. En esta prueba es posible observar el uso de ambos lados del cuerpo, reacciones de equilibrio y flexibilidad postural.

Prueba Nº 2: salto: se solicitan al niño las siguientes tareas: saltar a pies juntos, con pie derecho, con pie izquierdo, brincar, saltar en forma alternada con pie derecho e izquierdo, saltar 2 veces con pie derecho y 2 con pie izquierdo, saltar 2 veces con pie derecho y uno con izquierdo y saltar 2 veces con pie izquierdo y uno con derecho. En esta prueba podemos observar control rítmico, esquema postural y control neuromuscular.

Area de imagen corporal y diferenciación: el objetivo es evaluar el reconocimiento del cuerpo y la organización de los movimientos en el espacio en relación a sí mismo, a otros y a los objetos.

Prueba Nº 3: identificación de las partes del cuerpo: se solicita al niño mostrar hombros,



Se observa movimiento, precisión y rapidez de las respuestas, respuesta en espejo o con trasposición (esta alternativa requiere mayor conciencia y dominio del espacio).

Prueba Nº 5: obstáculos: se solicita al niño saltar sobre un bastón colocado paralelo al suelo, a la altura de sus rodillas; pasar entre éste y la pared (colocado a la altura de sus hombros y a 30-40 cms. de la pared); y pasar bajo él. Observamos la orientación del cuerpo en el espacio en relación a un obstáculo.

Prueba Nº 6: ángeles en la nieve (movimientos dirigidos): se coloca al niño en decúbito supino y se solicita que ante una orden verbal y gestual, deslice el segmento por el suelo. "Este brazo" (mostrar brazo derecho), volver y continuar con brazo izquierdo, pierna derecha, pierna izquierda, ambos brazos, brazo derecho-pierna derecha, brazo derecho-pierna izquierda, brazo izquierdo-pierna derecha. Observamos seguridad y armonía en el movimiento, requerimiento de informaciones adicionales (estímulo táctil en segmento a mover), repercusividad en el movimiento.

Area de integración perceptivo-motora: su objetivo es evaluar la capacidad para integrar la ejecución motora con el control visual. Explora además problemas de direccionalidad.

Prueba Nº 7: prueba del pizarrón. Colocar a niño frente a pizarrón.

Tarea a: solicitar la realización de un círculo grande (el tamaño adecuado es 50-60 cms de diámetro, si es más pequeño, puede repetirse

caderas, cabeza, tobillos, orejas, pies, ojos, codos y boca. Observamos rapidez y seguridad de la respuesta y conciencia de las relaciones bilaterales de las partes dobles.

Prueba Nº 4: imitación de movimientos: se solicita a niño reproducir los siguientes movimientos realizados por el examinador.

por 3 ó 4 veces). La dirección del círculo debe ser en senestrogiro para niños diestros y en dextrogiro en zurdos.

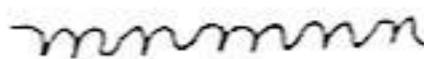
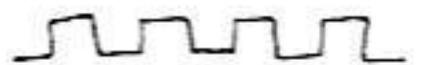
Tarea b: solicitar 2 círculos, dibujados simultáneamente con ambas manos (mano derecha debe ir en senestrogiro, mano izquierda en dextrogiro, aunque al pedir la prueba no se sugiere direccionalidad). Si es necesario pueden colocarse las manos del niño en posición inicial.

Tarea c: dibujar una línea horizontal entre 2 puntos dados, separados entre 60 y 75 cms. a la altura de los hombros de niño.

Tarea d: dibujar 2 líneas verticales simultáneamente desde 2 puntos dados en la parte superior del pizarrón.

En estas pruebas es posible observar lateralidad manual, tamaño de dibujos, calidad de la ejecución, direccionalidad, atención, cruce de la línea media y posibles movimientos del cuerpo.

Prueba Nº 8: escritura rítmica: reproducción de los siguientes modelos dibujados por el examinador en la parte superior del pizarrón.



pppppppp

~~~~~

ememes

bbbbbb

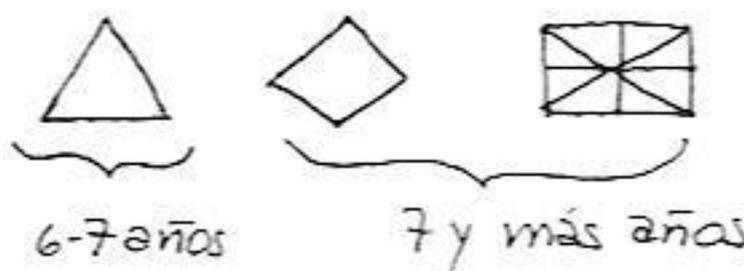
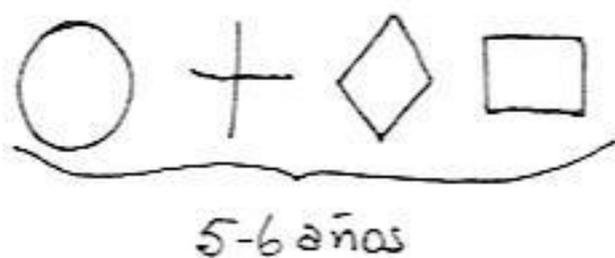
pbpbpb

Se evalúa ritmo, reproducción y orientación. Se observa precisión, fluidez del movimiento, reforzamiento de patrón motor con información visual, inversión de formas, ordenación y orientación.

Esta prueba se aplica a partir de los 8 años de edad.

Area de percepción de formas: evalúa la capacidad de percepción de formas, juicios y organización espacial.

Prueba Nº 9 : reproducción visual de formas: se solicita a niño que dibuje en una hoja de papel las formas que se indican, haciendo hincapié en el número de ellas que debe dibujar. Las formas se muestran sucesivamente y se evalúa la reproducción y organización de éstas en el papel.



### ANALISIS DE DATOS

Se realizó un análisis estadístico de los datos utilizando escalas de nivel ordinal (puntaje) y de nivel intervalar (promedios y desviaciones estándar).

La prueba de significación utilizada fue el T. de Student a un nivel de confianza del 95%.

### RESULTADOS

Area equilibrio y postura: En relación al desarrollo en esta área, podemos ver en el cuadro Nº 2, los promedios y desviaciones obtenidos por los niños en las diferentes edades. Se observan diferencias significativas por sexo, al 50% en las edades de 7 y 11 años.

Cuadro 2. Puntajes área Equilibrio y Postura

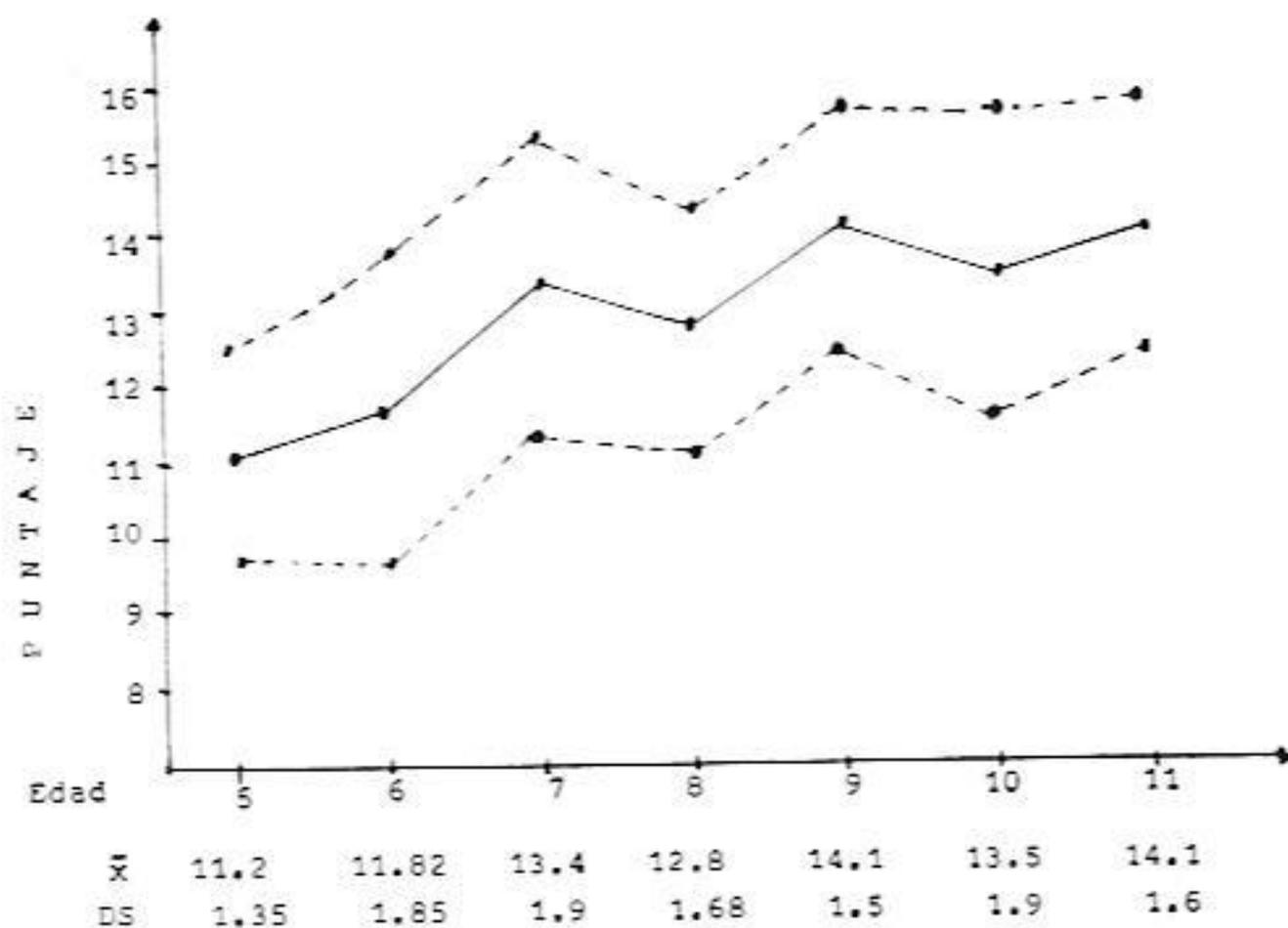
| Edad<br>n | Sexo                   |      | Femenino  |      | Total     |      |
|-----------|------------------------|------|-----------|------|-----------|------|
|           | Masculino<br>$\bar{x}$ | D.S. | $\bar{x}$ | D.S. | $\bar{x}$ | D.S. |
| 5 (24)    | 11,1                   | 1,26 | 11,25     | 1,48 | 11,2      | 1,35 |
| 6 (29)    | 11,53                  | 1,64 | 12,14     | 2,07 | 11,82     | 1,85 |
| 7 (24)    | 12,9                   | 2,2  | 14,3      | 1,0  | 13,4      | 1,9  |
| 8 (24)    | 12,5                   | 1,0  | 13,16     | 2,16 | 12,8      | 1,68 |
| 9 (26)    | 13,91                  | 1,72 | 14,07     | 1,32 | 14,0      | 1,5  |
| 10 (24)   | 13,75                  | 1,65 | 13,41     | 2,23 | 13,5      | 1,9  |
| 11 (26)*  | 13,76                  | 1,69 | 14,46     | 1,66 | 14,1      | 1,6  |

\* Diferencia significativa por sexo.

La comparación de los rendimientos por edad en el grupo total (gráfico N° 1) muestra

una curva ascendente, lo que implica que la función va progresando de acuerdo a la edad.

**GRAFICO 1. EQUILIBRIO Y POSTURA**  
Distribución puntajes por edad



**Area de imagen corporal y diferenciación:** En relación a los puntajes globales promedio, existen diferencias significativas por el sexo desde

los 7 años de edad, siendo el rendimiento de las niñas superior al de los niños, excepto en la edad de 10 años (cuadro N° 3).

Cuadro 3. Puntajes área Imagen Corporal y Diferenciación

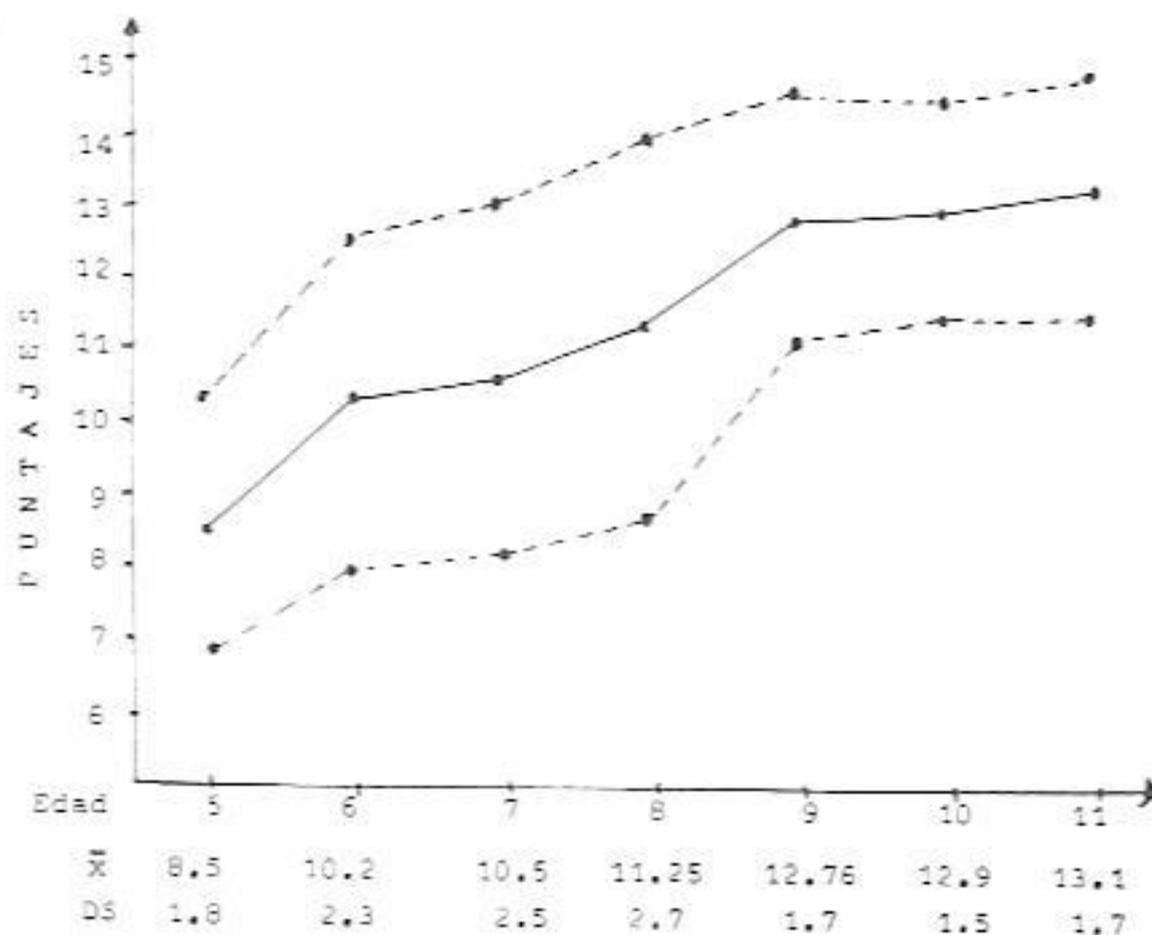
| Edad/n   | Sexo Masculino |      | Sexo Femenino |      | Total     |     |
|----------|----------------|------|---------------|------|-----------|-----|
|          | $\bar{x}$      | D.S  | $\bar{x}$     | D.S  | $\bar{x}$ | D.S |
| 5 (24)   | 8,8            | 1,3  | 8,25          | 2,26 | 8,5       | 1,8 |
| 6 (29)   | 9,66           | 2,74 | 10,2          | 2,9  | 10,2      | 2,3 |
| 7 (24)*  | 10,0           | 2,2  | 11,3          | 2,8  | 10,5      | 2,5 |
| 8 (24)*  | 10,58          | 2,31 | 11,91         | 2,99 | 11,25     | 2,7 |
| 9 (26)*  | 12,16          | 1,40 | 13,03         | 1,93 | 12,76     | 1,7 |
| 10 (24)* | 13,25          | 1,71 | 12,58         | 1,37 | 12,9      | 1,5 |
| 11 (24)* | 12,53          | 2,02 | 13,69         | 1,31 | 13,1      | 1,7 |

\* Diferencias significativas por sexo.

La comparación de los rendimientos por edad en el grupo total (gráfico N° 2), muestra

una curva ascendente, corroborando un desarrollo evolutivo.

GRAFICO 2. IMAGEN CORPORAL Y DIFERENCIACION  
Distribución puntajes por edad



Area de integración perceptivo-motora: Los puntajes obtenidos por los niños en las diferentes edades (cuadro N° 4), muestran una diferen-

cia significativa por sexo en todas las edades, salvo a los 10 años, presentando las niñas mejores rendimientos en relación a los niños, excepto a los 11 años de edad.

Cuadro 4. Puntajes área Integración Perceptivo-Motora

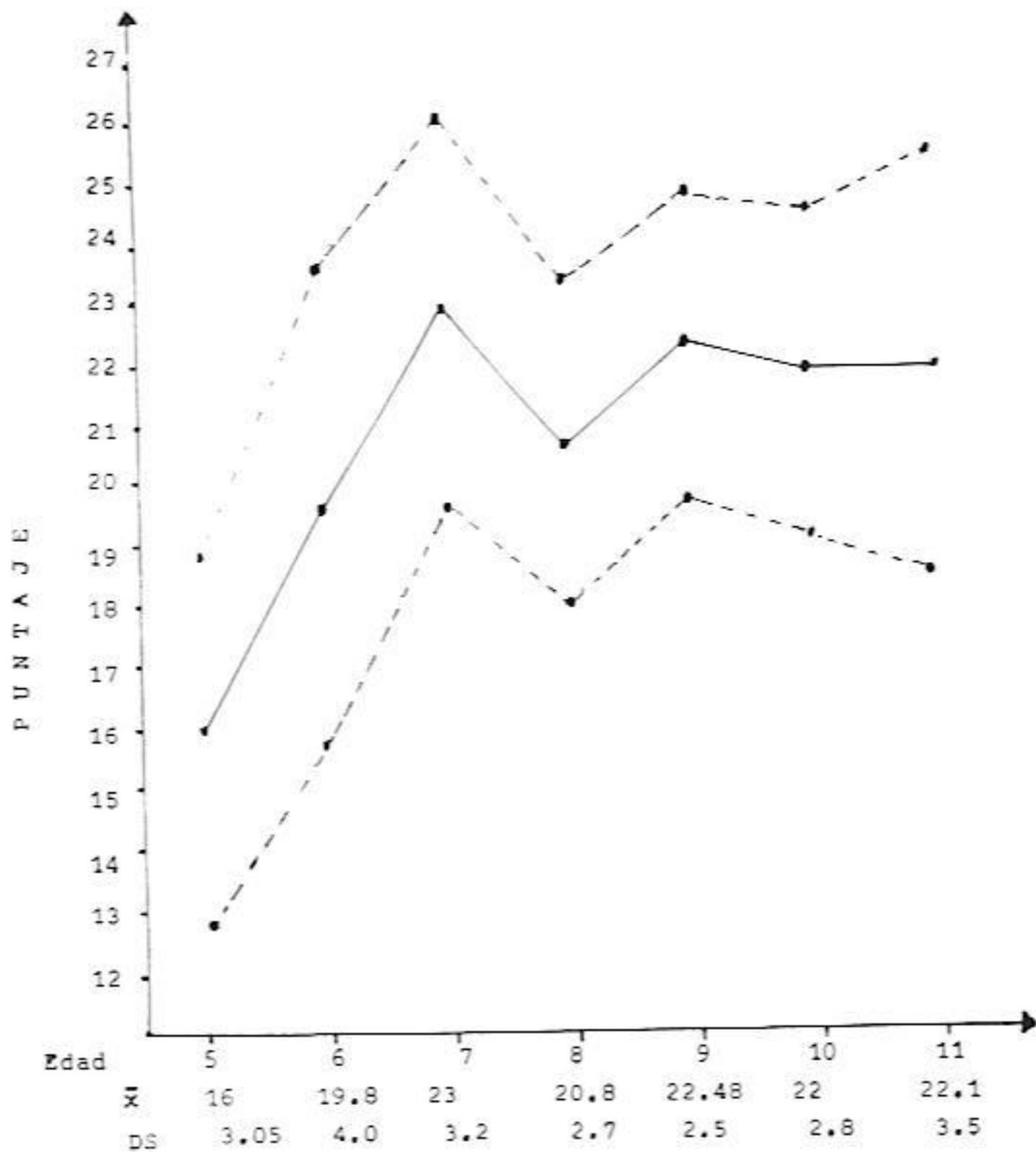
| Edad     | Sexo | Masculino |      | Femenino  |      | Total     |      |
|----------|------|-----------|------|-----------|------|-----------|------|
|          |      | $\bar{X}$ | D.S  | $\bar{X}$ | D.S  | $\bar{X}$ | D.S  |
| 5 (24)*  |      | 15,5      | 2,9  | 16,4      | 3,2  | 16        | 3,05 |
| 6 (29)*  |      | 18,3      | 3,53 | 21        | 4,07 | 19,8      | 4,0  |
| 7 (24)*  |      | 22,6      | 3,3  | 23,7      | 2,9  | 23,0      | 3,2  |
| 8 (24)*  |      | 20,5      | 2,9  | 21,16     | 2,65 | 20,8      | 2,7  |
| 9 (26)*  |      | 21,83     | 2,16 | 23,15     | 2,7  | 22,48     | 2,5  |
| 10 (24)  |      | 22,16     | 1,85 | 21,91     | 3,6  | 22        | 2,8  |
| 11 (26)* |      | 23,53     | 2,10 | 20,84     | 4,25 | 22,1      | 3,5  |

\* Diferencia significativa por sexo.

La comparación de los rendimientos del grupo total en la línea evolutiva (gráfico N° 3), nos

muestra una curva ascendente por edad, la que se estabiliza a partir de los 7 años.

**GRAFICO 3. INTEGRACION PERCEPTIVO - MOTORA**  
Distribución puntajes por edad



Area de percepción de formas: Los puntajes obtenidos por los niños en las diferentes edades (cuadro N° 5), muestran una diferencia signifi-

cativa por sexo solo a los 7 años de edad a favor de las niñas.

Cuadro 5. Puntajes área Percepción de Formas

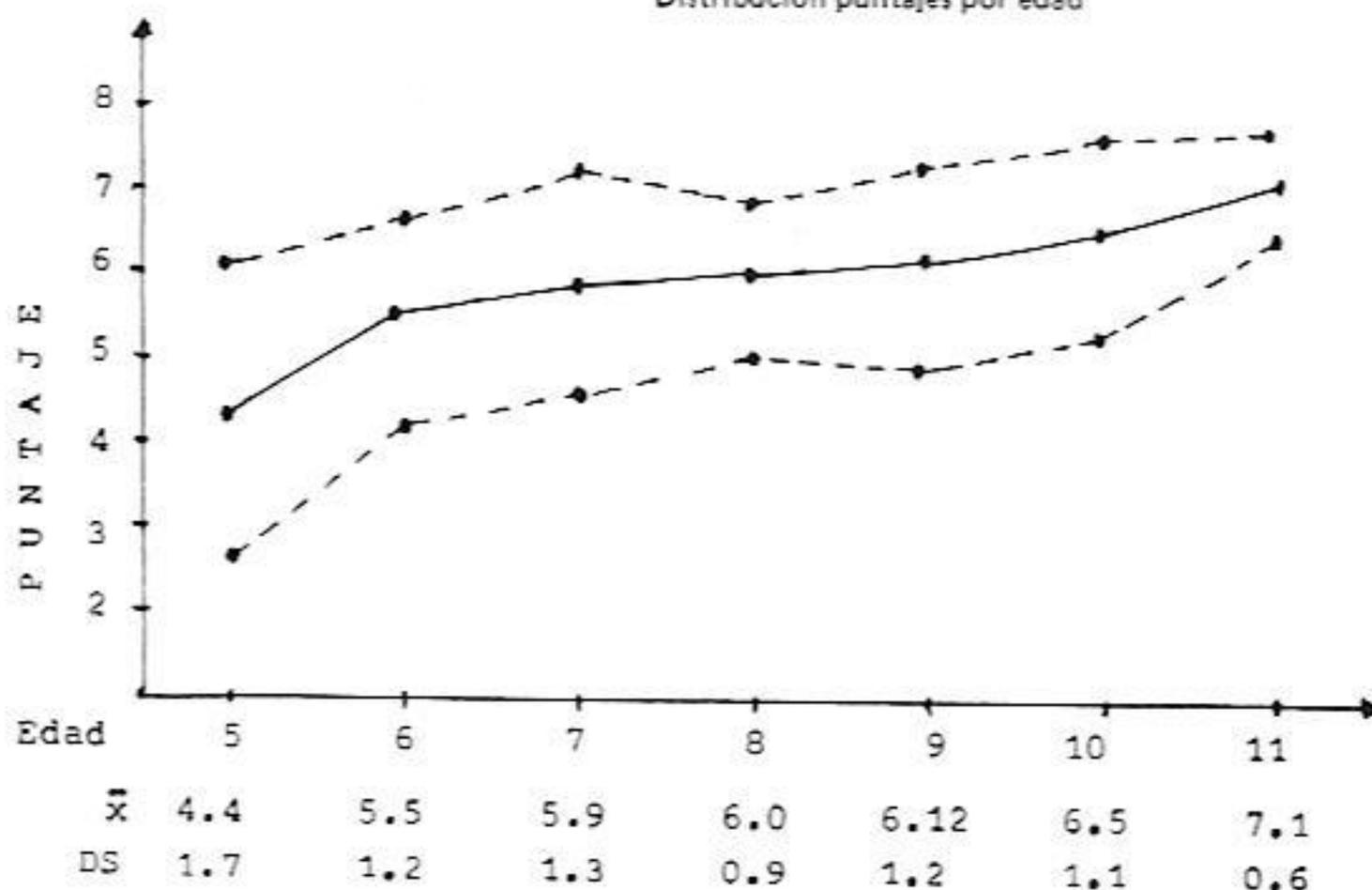
| Edad/n  | Sexo Masculino |      | Sexo Femenino |      | Total     |     |
|---------|----------------|------|---------------|------|-----------|-----|
|         | $\bar{x}$      | D.S  | $\bar{x}$     | D.S  | $\bar{x}$ | D.S |
| 5 (24)  | 4,4            | 1,6  | 4,5           | 1,8  | 4,4       | 1,7 |
| 6 (29)  | 5,4            | 0,82 | 5,78          | 1,52 | 5,5       | 1,2 |
| 7 (24)* | 5,5            | 1,2  | 6,6           | 1,1  | 5,9       | 1,3 |
| 8 (24)  | 5,91           | 0,99 | 6,16          | 1,02 | 6,0       | 0,9 |
| 9 (26)  | 6,08           | 1,44 | 6,15          | 1,06 | 6,12      | 1,2 |
| 10 (24) | 6,5            | 1,3  | 6,5           | 0,79 | 6,5       | 1,1 |
| 11 (26) | 7,07           | 0,64 | 7,15          | 0,68 | 7,1       | 0,6 |

\* Diferencia significativa por sexo

La comparación de los rendimientos del grupo total por edad (gráfico Nº 4), muestra

una curva ascendente en cuanto al rendimiento en percepción de formas.

GRAFICO 4. PERCEPCION DE FORMAS  
Distribución puntajes por edad



**Puntajes Globales:** El puntaje total obtenido por la sumatoria de los puntajes de cada una de las áreas (cuadro Nº 6), nos muestra diferencias significativas por sexo a todas las edades, salvo a los 11 años de edad: siendo los rendimientos

totales de las niñas superiores al de los hombres, en la mayoría de las edades examinadas (6, 7, 8, 9 años) y el de los niños superior solo en las edades de 5 y 10 años.

Cuadro 6. Puntajes Globales

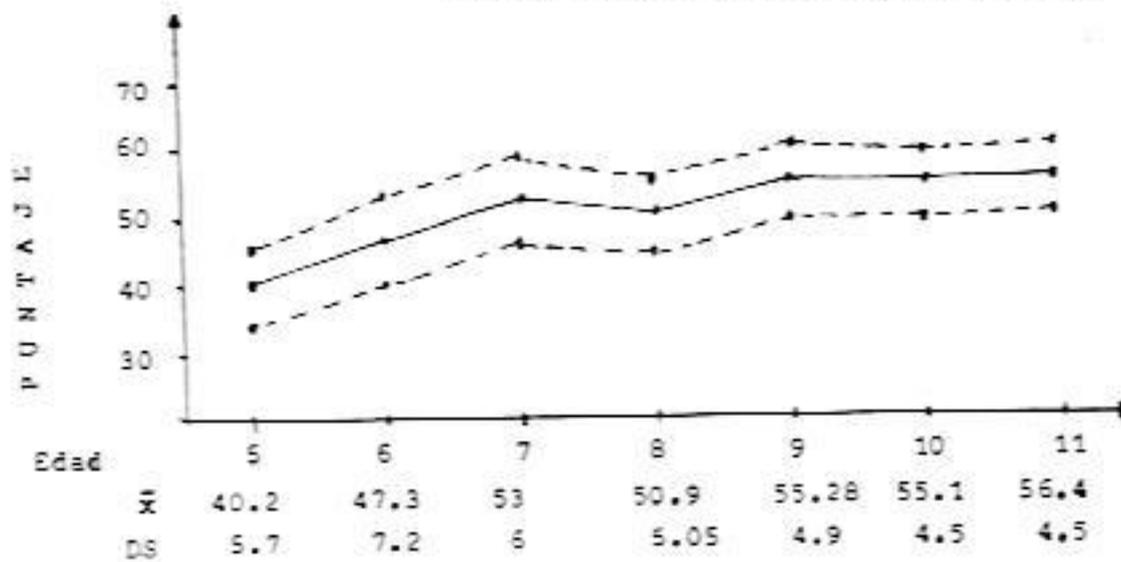
| Edad/n   | Sexo Masculino |      | Sexo Femenino |      | Total     |      |
|----------|----------------|------|---------------|------|-----------|------|
|          | $\bar{x}$      | D.S  | $\bar{x}$     | D.S  | $\bar{x}$ | D.S  |
| 5 (24)*  | 40,0           | 5,4  | 37,9          | 11,9 | 40,2      | 5,7  |
| 6 (29)*  | 44,5           | 6,5  | 50,35         | 7,24 | 47,3      | 7,2  |
| 7 (24)*  | 51,1           | 6,3  | 56,1          | 3,9  | 53        | 6,0  |
| 8 (24)*  | 49,5           | 4,18 | 52,4          | 5,58 | 50,9      | 5,05 |
| 9 (26)*  | 53,8           | 4,58 | 56,6          | 4,97 | 55,28     | 4,9  |
| 10 (24)* | 55,91          | 3,6  | 54,4          | 5,41 | 55,1      | 4,5  |
| 11 (26)  | 56,92          | 3,37 | 56            | 5,67 | 56,4      | 4,5  |

\* Diferencia significativa por sexo.

La comparación de estos puntajes globales por edad en el grupo total (gráfico No 5) mues-

tra una curva evolutiva ascendente en cuanto al desarrollo perceptivo-motor.

GRAFICO 5. PUNTAJES GLOBALES  
Distribución puntajes por edad. Grupo total



## CONCLUSIONES Y COMENTARIOS

Los resultados obtenidos nos permiten caracterizar el desarrollo psicomotor en niños chilenos en edad escolar, entre 5 y 11 años, entregándonos asimismo datos normativos preliminares que serían representativos de niños del Área Metropolitana de nivel socioeconómico medio.

Encontramos diferencias entre las habilidades de niñas y niños, en forma estadísticamente

significativa desde los 7 años en las áreas de coordinación y equilibrio, e imagen corporal y diferenciación, en tanto que en el área de integración perceptivo-motriz las diferencias por sexo eran evidentes desde los 5 años de edad.

El rendimiento de las niñas es en la mayoría de los casos superior al de los niños, especialmente a partir de los 7 años, edad de inicio de la etapa escolar o segunda infancia propiamente tal, lo que concuerda con la literatura que seña-

La esta edad como el inicio del crecimiento y desarrollo diferenciado por sexo.

Estos resultados podrían demostrar por un lado que la maduración psicomotora sería más acelerada en las niñas y más lenta en los niños de nuestra muestra, o bien que las niñas realizan mayor ejercitación motriz encaminada al desarrollo de la coordinación, el equilibrio y la integración psicomotriz, en forma más sistemática y precisa.

Los resultados muestran el desarrollo progresivo de las habilidades psicomotoras, en una línea evolutiva. Así encontramos que los rendimientos son mejores a medida que avanza la edad, en la mayoría de las áreas examinadas: Equilibrio y postura, Imagen corporal y diferenciación y Percepción de formas.

Cabe señalar que en algunas áreas, a la edad de 7 años se observan mejores rendimientos que a los 8 años, sin embargo siempre dentro de los límites de la variabilidad de ambos grupos, lo cual podría deberse a problemas de tipo muestral.

En el área de integración perceptivo-motriz, observamos un resultado diferente al descrito, ya que los rendimientos aumentan con la edad sólo entre 5 y 7 años y luego se mantienen relativamente dentro de los mismos márgenes hasta los 11 años. Esto estaría apuntando al hecho que el desarrollo de la integración perceptivo-motriz (que implica el control del movimiento fino en tareas de coordinación, direccionalidad y organización temporoespacial), se lograría recién a la edad de 7 años.

Esto es relevante desde el punto de vista educativo, ya que los niños lograrían la integración perceptivo-motriz, básica para el aprendizaje de la escritura solo a los 7 años, no teniendo aún logrado el control total entre 5 y 6 años, edades a las que en algunos sistemas escolares se exige el dominio del aprendizaje de escritura, con el consiguiente fracaso de un número importante de niños. Será a nuestro parecer necesario reforzar en estas edades el desarrollo de la integración perceptivo-motriz, más que exigir un desempeño acabado en la escritura.

En el análisis de los resultados obtenidos en cada una de las subpruebas, en las distintas áreas, encontramos algunas pruebas que eran logradas por la mayoría de los niños desde 6 años pudiendo considerarse éstas como pruebas más fáciles, por ejemplo: en el área de equilibrio y postura, las pruebas de caminar adelante y atrás. Encontramos además otras pruebas que

no eran logradas por la mayoría de los niños de las edades evaluadas, pudiendo ser consideradas por un lado como pruebas muy difíciles para nuestros niños, que exigen tareas no habituales para ellos, o por otro lado como pruebas con fallas en las instrucciones entregadas.

Así, en el área de imagen corporal y diferenciación, la prueba de Imitación de movimientos, que requiere la imitación de movimientos de brazos frente al examinador, aparece como no logrado con éxito total, lo que pensamos podría deberse a que para lograr este éxito, se exige que la imitación sea realizada no en espejo. Si así fuera, se requeriría de instrucciones que especificarían que se deben realizar los movimientos con la misma mano que la del examinador. Sin embargo en general, el área de imagen corporal y diferenciación aparece como un área que presenta tareas difíciles a los niños, exigiéndose el conocimiento de un esquema corporal, que se lograría más tardíamente en nuestros niños, o bien podría reflejar una falla del sistema de enseñanza que no estimula en forma suficiente el desarrollo del esquema corporal y su manejo en el espacio.

Igualmente en el área de integración perceptivo-motriz, la prueba de dibujo de 2 círculos simultáneos en el pizarrón, no se logra con éxito total hasta los 11 años, lo que podría deberse a que se requiere de un movimiento que necesite una gran coordinación e integración bilateral.

Las pruebas de reproducción de formas geométricas, se logra con éxito total solo entre 10 y 11 años, lo cual concuerda con los rendimientos encontrados con otras pruebas similares (Bender).

Queremos destacar el hecho de que el examen perceptivo-motor, podría ser usado efectivamente con niños chilenos, al mostrar en los resultados obtenidos curvas de desarrollo evolutivas. Sería interesante poder aplicar la prueba a niños de otros niveles socioeconómicos, para comparar sus rendimientos. El contar con datos normativos de niños chilenos nos permite detectar desviaciones en cuanto al desarrollo psicomotor en niños en edad escolar, pudiendo realizarse por un lado acciones de tipo terapéutico o preventivo según sea requerido.

Planteamos la necesidad de enfatizar desde el punto de vista educacional algunos aspectos del desarrollo psicomotor, tales como la integración perceptivo-motriz y el esquema corporal, que son imprescindibles para el aprendizaje escolar

y que no se encuentran tan desarrollados en nuestros niños, como en los niños americanos, lo que podría estar incidiendo en los altos porcentajes de fracaso escolar informados en los primeros niveles de enseñanza básica.

Pensamos que sería útil considerando tanto aspectos preventivos como terapéuticos, el realizar evaluaciones periódicas del desarrollo psicomotor en niños escolares, utilizando instrumentos de examen, tales como el del presente estudio, que entregan un perfil diagnóstico, permitiendo ver tanto las diferencias intraindividuales como las interindividuales, con normas nacionales.

## BIBLIOGRAFIA

1. Kephart, Newell. The Slow Learner in the classroom. Charles E. Merrill Publishing Co., Columbus, Ohio, U.S.A., 1971.
2. Koppitz, Elizabeth. El test giestáltico visomotor para niños. Biblioteca Pedagógica, Editorial Guadalupe, Buenos Aires. Argentina, 1971.
3. Maigre A., Destrooper J. La Educación psicomotora. Ediciones Moreta, S.A., Madrid, 1976.
4. Mussen, Conger, Kagan. Desarrollo de la Personalidad en el niño. Editorial Trillas, México, 1974.
5. Papalia, Wendkos. Desarrollo Humano. Mac. Graw-Hill, México, 1985.
6. Newman y Newman. Desarrollo del niño. Editorial Limuna, México, 1983.
7. Remplein, Heinz. Tratado de Psicología Evolutiva. Editorial Labor S.A., Barcelona, 1974.
8. Roach, E., Kephart, N. The Purdue Perceptual-Motor Survey. Charles E. Merrill Books Inc., Columbus, Ohio, U.S.A., 1966.
9. Valenzuela, J., Díaz, E., Klagger, B. Empleo de un nuevo Método de Clasificación Social.

# FABRICA DE CALZADOS BRUSITO

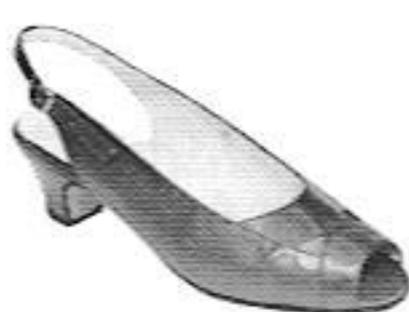
INFANTIL

JUVENIL

DAMAS

OFRECE SU LINEA DE CALZADOS CORRECTORES HECHOS EN CUEROS Y SUELAS LEGITIMAS, BOTINES DE CONTRAFUERTE Duros, ESPECIALES PARA USO DE PLANTILLAS O COLOCACION DE REALCES EN TACOS O PLANTAS, ADEMAS ZAPATOS FABRICADOS A LA MEDIDA, SUJETOS A INDICACIONES.

Y AHORA CON SU NUEVA LINEA PARA DAMAS DE PIES DELICADOS



FABRICA: AV. VICUÑA MACKENNA 1260 - FONO 5550142  
PROVIDENCIA 2198 - LOCAL 18 - PORTAL LYON - FONO 2250624  
GILBERTO FUENZALIDA 143 (BOULEVARD KENNEDY)  
AV. VALPARAISO 617 - L. 18 EDIF. CARROUSEL - F. 901306 - VIÑA DEL MAR



OCTUBRE 15 DE 1986

## ***Minuta tratada en audiencia concedida por el Sr. Ministro de Salud Dr. Juan Giaconi Gandolfo, a la actual Directiva Nacional***

### **1. ANTECEDENTES GENERALES DEL GREMIO**

Actualmente se titulan 125 Kinesiólogos cada año, aproximadamente, y el número total de ellos alcanza a unos 1.800. De éstos, 130 están en el extranjero por razones de índole económica, y de los 1.670 restantes, menos de un 18% trabaja en instituciones del sector público, y un número mayor lo hace en el sector privado.

Según encuestas efectuadas por el Colegio en los años 1982 y 1986 (la última en mayo del año en curso, con ocasión del VIII Congreso Nacional de Kinesiología), más de un 30% ha estado cesante, sin considerar a aquellos que han debido emigrar por falta de trabajo. Desde 1981 en adelante, las últimas contrataciones para Kinesiólogos han sido escasísimas, y en 1983, cuando el Ministerio de Salud anunció que abriría 1.500 cargos para profesionales de la salud, consultamos cuántos de los nuestros serían incorporados, informándonos en la Oficina de Recursos Humanos de esa dependencia que nuestra petición debíamos dirigirla a las jefaturas regionales, lo que hicimos de inmediato, y la respuesta fue absolutamente negativa.

### **2. SOLICITUD DE NUEVOS CARGOS PARA KINESIOLOGOS**

Como al Señor Ministro le consta no sólo hay vacantes en las plantas esquemáticas que no han sido proveídas; muchos establecimientos a través del país no cuentan con estos profesionales o

los tienen en número mínimo. Solicitamos la contratación de 50 nuevos cargos para absorber, al menos, en parte mínima las necesidades existentes, permitiendo con ello, al mismo tiempo, dar trabajo a las últimas promociones.

### **3. REPOSICION JORNADA DE TRABAJO DE 33 HORAS A PROFESIONALES NO AFECTOS A LA LEY N° 15.076.**

En 1973 se decretó por la Autoridad de Gobierno la prolongación de la Jornada horaria de 33 a 44 horas semanales; esta instrucción se cumplió sin reparos. Lamentablemente la buena disposición fue desvirtuada al año siguiente, cuando en un artículo de la ley de presupuestos, se le dio unilateralmente el carácter de permanente.

Solicitamos una vez más, se incluya dentro de las modificaciones que se vienen haciendo al plan laboral, la restricción de la jornada profesional a 33 horas a la semana manteniendo la asignación de título obtenida hace muchos años. Demás está decir que esta petición es compartida ampliamente por todo el sector salud, máxime si se trata de una conquista conculcada.

### **4. MEDIA JORNADA LABORAL**

Desde hace largo tiempo venimos solicitando se establezca la media jornada laboral, considerando que su implantación ayudaría a paliar en parte la situación existente, sin mayor costo para el empleador.

En efecto, existen kinesiólogos que quisieran optar a esta franquicia legal, pero se ven afectados por la doble pérdida económica que en las condiciones actuales les significaría disminuir la renta de que disponemos muy por encima del 50% , por la pérdida total de la asignación de título de que disfrutaban.

Solicitamos al Sr. Ministro obtenga las disposiciones que permitan acceder a la citada media jornada laboral, sin menoscabo del derecho a la asignación profesional, lo cual traería aparejada la posibilidad de una doble dotación, absorbiendo parte de la cesantía y facilitando el interés manifestado por otros.

## 5. FONASA

a) Evaluación Kinésica: Siempre que se habla de evaluación kinésica surge la interrogante sobre la posibilidad de entregar a manos del Kinesiólogo la formulación del diagnóstico, lo cual crea en otros profesionales una actitud de rechazo y desconfianza. Estos temas tienen su máxima expresión en la especialidad de Fisiatría. Los Kinesiólogos deseamos dejar necesariamente en claro que la evaluación kinésica no es un diagnóstico solapado sino que es el indispensable complemento que nos permitirá determinar la intensidad y tiempo de cada ejercicio; también permitirá precisar la exacta ubicación de la zona en que se aplicará fisioterapia, con la determinación de los parámetros de intensidad-tiempo, tipo de corriente, etc.

El Kinesiólogo en su evaluación de inicio y término del tratamiento podrá estimar el progreso que los propios médicos le piden expresamente (salvo los fisiatras); podrá valorar las técnicas aplicadas y con ello construir la experiencia en su profesión; podrá, en último término, determinar las prioridades técnicas y metodológicas en su quehacer profesional.

En este punto se da la incongruencia que mientras una especialidad médica no acepta que el Kinesiólogo efectúe evaluaciones, las restantes, abrumadoramente mayoritarias, exigen que el Kinesiólogo dimensione su acción profesional, como ocurre cotidianamente en su desempeño en recintos hospitalarios y otros.

Solicitamos que se incluya en el programa de atención kinésica, dos evaluaciones (de inicio y término), sin necesidad que deban estar expresamente indicadas en la receta médica.

Por otra parte, pedimos se revise y reajusten las unidades arancelarias de los códigos de aten-

ción profesional, ya que se han mantenido muy por debajo del real ascenso del I.P.C.

## 6. OPOSICION A PRACTICAS IMPROPIAS DE KINESIOLOGIA

Los Kinesiólogos estimamos impropio que un médico cobre por prestaciones correspondientes al campo del Kinesiólogo, salvo por falta de estos profesionales en alguna localidad apartada. Los médicos fisiatras no ejecutan las técnicas terapéuticas manuales (gimnasia médica) ni están posesionados en detalle del manejo práctico de los instrumentos de fisioterapia. Es de ocurrencia comprobada en un alto número de casos, que el médico contrate auxiliares para ejecutar las técnicas privativas de nuestra profesión, o simplemente los instruyan para el manejo de los instrumentos de fisioterapia, dando con ello por bien cumplido un trabajo que no puede resultar ético ni eficiente.

Solicitamos en concreto, que los programas que contemplan prestaciones privativas del Kinesiólogo sean firmadas sólo por estos profesionales (Código 06/01/018 al 06/01/037).

La Ley al ser reglamentada mediante resolución exenta N° 317, de 28 de febrero de 1984 entre sus disposiciones señala lo siguiente:

- N° 10 "Los honorarios sólo pueden ser percibidos por el profesional o entidad que efectivamente otorgó la prestación".
- N° 11 "El profesional o la entidad que otorga la prestación es responsable de los documentos que llevan su firma, por lo que éstos deben ser revisados y otorgados conforme a la reglamentación vigente".

A su turno, la disposición N° 29 señala: "En relación a los procedimientos diagnósticos y terapéuticos de medicina física y rehabilitación, para la emisión de órdenes de atención, se requerirá de la confección previa de un Programa Médico elaborado por el Médico tratante. Podrá también ser confeccionado por un Kinesiólogo; en este último caso deberá ceñirse estrictamente a la prescripción hecha por el médico, la cual deberá señalar:

- Nombre y especialidad del médico que indica el tratamiento; etc."

Lo señalado es un claro reconocimiento a la competencia profesional para iniciar un tratamiento kinésico, aún subsistiendo como en la disposición N° 29 el control de supervisión superior orientado al diagnóstico y no a la ejecución misma de la función kinésica.

Más allá de las disposiciones comentadas, el decreto N° 1082 de Salud, de 22/10/1958 aún vigente, que reglamentó el ejercicio de la profesión de kinesiólogo, en su artículo 6° señala:

"Las instituciones de asistencia y medicina curativa y preventiva, estatales o particulares, sólo pondrán a su servicio a las personas debidamente tituladas como kinesiólogos y no permitirán que los métodos terapéuticos ya señalados en el Art. 2° de este Reglamento, sean aplicados sin la concurrencia de estos profesionales"

Los artículos 8° y 9° por su parte señalan:

"Masaje deportivo con fines estéticos de belleza, sólo se podrán practicar en personas sanas o asintomáticas.

Prohíbese a las personas no tituladas como kinesiólogos y que se dedican a estas *prácticas*, efectuar masajes con fines terapéuticos".

9° "Las infracciones al presente Reglamento de acuerdo a lo dispuesto en el Título VI, libro IV del Código Sanitario".

Volviendo a lo señalado en el número 29 de la Resolución exenta N° 317, cuando dice: "También pueden ser ejecutadas y cobradas por los señores kinesiólogos", está indicando en la práctica, la ejecución por ellos exclusivamente; los señores médicos fisiatras —especialmente— sólo las indican, pero ellos no las hacen físicamente.

## 7. ATENCION KINESICA EN DOMICILIOS

Dependiendo del grado de incapacidad del paciente se hace necesaria la atención kinésica en el domicilio de éstos.

Proponemos y solicitamos se establezca por el Fonasa tal sistema de atención, señalando el arancel adecuado a su cumplimiento.

## 8. JEFATURAS A Y B

Por corresponder a disposiciones señaladas en el Estatuto Administrativo (aún cuando no han sido respetadas) el asunto será tratado de acuerdo a lo estipulado en este cuerpo legal. (Se acompaña antecedente). Santiago, octubre 15 de 1986.

Nota: La mediana de la relación Recurso Kigo. y población es de 1 Kigo. por 55 mil habitantes y que se da en el Servicio de Salud Valdivia, la mejor es la dada en el Servicio de Salud Oriente 1 x 20 mil habitantes y la peor es la del Servicio de Salud Sur 1 x 714 mil habitantes (para alcanzar la mediana tendrían que crear 40 cargos más), los servicios de salud debajo de la mediana son: Magallanes, Llanquihue, Arica, General Carlos Ibáñez, Talca, Maule, Rancagua, Biobío, Sur Oriente, Nuble, Viña y Sur. Estudio realizado el año 1983.

### NOTA DE LA DIRECCION

*La Federación de Colegios Profesionales Universitarios, hizo llegar al nuevo Ministro de Salud una carta en la que expone un conjunto de inquietudes puntuales del Sector Salud. Esta carta se publica textualmente en nuestra Revista por considerarse de sumo interés para la población y para los profesionales que laboran en el Sector Salud, pues nuestro Colegio fue gestor y redactor de dicho texto, además de participar en la reunión en que se le entregó personalmente al Sr. Ministro el documento que se inserta:*



**FEDERACION DE COLEGIOS PROFESIONALES UNIVERSITARIOS DE CHILE**

Esmeralda 878 - Fono: 335401 - Santiago-Chile

Santiago, septiembre 9 de 1986.-

Señor  
Ministro de Salud  
Dr. JUAN GIACONI GANDOLFO  
PRESENTE .-

De nuestra consideración :

El Sector Salud de la Federación de Colegios Profesionales Universitarios, con motivo del cambio de Ministro de Salud, y dado que la gran mayo-

ría de ellos habían declarado interlocutor no válido al renunciado Dr. Winston Chinchón B., ha acordado abrir una instancia de diálogo con el Sr. Ministro Dr. Juan Giaconi Gandolfo, como prueba de nuestra permanente disposición en beneficio de la Salud en Chile.

Sin perjuicio de las conversaciones que se lleven a cabo con cada Colegio Profesional, en orden a solucionar problemas puntuales, el Sector Salud presenta un conjunto de inquietudes comunes y por consiguiente también entiende que hay un conjunto de medidas básicas, para abordar el problema general de la Salud de la población y de los profesionales que laboran en ella.

Exponemos en apretada síntesis los de mayor consenso y urgencia :

A.- Se reconoce una cesantía profesional significativa, encubierta parcialmente por el Programa de Expansión de Recursos Humanos ( PERH ), el subempleo y el desempeño de actividades no profesionales. Expresamos nuestra preocupación por la carencia de una política clara de recursos humanos, sobre todo, en relación a las profesiones jóvenes y nuevas promociones.

Solicitamos :

- 1) Se derogue el D.F.L. 5-60 de 1980, que fija las actuales plantas esquemáticas en los Servicios de Salud.
- 2) Que los profesionales contratados en el sistema PERH se mantengan dentro de los Servicios de Salud hasta su incorporación definitiva a las plantas correspondientes. Este procedimiento deberá realizarse con la urgencia que el caso requiere, dado que se está poniendo término al sistema PERH.
- 3) Se amplien las plantas, en atención al crecimiento vegetativo de la población en seis años ( 1,6 % promedio anual ), aumento de la demanda de salud, ampliación de las prestaciones desde el punto de vista tecnológico de apoyo al diagnóstico clínico, etc.

B.- La carrera funcionaria permite un futuro de progreso laboral y económico que se ha perdido totalmente. Aparte de las injusticias que se generan en su ausencia la actual situación no constituye incentivo de progreso.

Pedimos que a la brevedad se establezca la carrera funcionaria y se reglamente el concurso público como única vía de ingreso. En los ascensos debe corregirse el % de 4/5 del valor de las calificaciones en desmedro de 1/5 de los

años de antigüedad, por cuanto ello ha significado sólo un arma discrecional de la autoridad para calificar el grado de adhesión al régimen de parte de sus funcionarios.

Planteamos la necesidad de que en la eventual vacancia de grado superior el funcionario que cumpla con los requisitos para el ascenso pueda gozar del sueldo correspondiente a dicho grado.

Pedimos la inmediata suspensión de los sumarios administrativos, que se llevan a cabo a funcionarios que están asumiendo supuestas culpabilidades por mal funcionamiento de servicios y equipos deficientes. Sabemos que ello formaba parte de la agresión del ex Ministro hacia el sector de profesionales que terminó por declararlo interlocutor no válido. Pensamos que si el actual Secretario de Estado tiene el razonable propósito de establecer canales de diálogo, debe despejar el camino de encuentro, eliminando las medidas que en el pasado sólo contribuían a entorpecer y distanciar al Sector Salud de una buena relación y mutuo respeto.

C.- Solicitamos la derogación del Decreto Nº 3.581 que señala que desde el grado 15 hacia arriba los cargos son de confianza de la autoridad. Ello en la práctica pone una condición política por sobre la idoneidad profesional y años de trabajo que deben merecer un pleno reconocimiento.

D.- El Sector Salud, y especialmente los profesionales de colaboración, han perdido el necesario acceso al perfeccionamiento de postítulo. Existe resistencia de parte de los jefes directos y dificultades por la enorme presión asistencial para hacer uso de las ya insuficientes medidas que permiten participar de becas, cursos, congresos, etc.

El Ministerio debe comprender que el perfeccionamiento de postítulo no sólo mejora el nivel de capacitación profesional, sino que además permite obtener un mejor rendimiento de la capacidad instalada, evita la obsolescencia del conocimiento en un mundo que avanza vertiginosamente en los planos científico y tecnológico.

E.- Agravado por los malos sueldos, los funcionarios ahora deben pagar sus propias prestaciones de salud. Solicitamos se corrija esta injusticia para recuperar este beneficio obtenido desde hace tiempo.

F.- En relación al sistema de libre elección creemos que debe someterse a una revisión para incluir a los profesionales que aún permanecen fuera del sistema: Odontólogos, Terapeutas Ocupacionales, Fonoaudiólogos, Psicólogos, y Enfermeras, lo que se traducirá en una mejor atención integral de salud.

La calidad de la atención en salud va en directa relación con la posibilidad de tener acceso a todos los profesiona-

les que están participando en el diagnóstico e indicación terapéutica. La exclusión deteriora tal calidad. Sabemos que ello involucra financiamiento; pero también sabemos que es allí donde debe plantearse el problema y no en la limitación cualitativa y cuantitativa de las prestaciones.

G.- El Ministerio ha entregado a otros organismos, o simplemente se ha desvinculado de la salud ambiental, el control de alimentos, etc. lo que se ha traducido en un manifiesto deterioro de la salud. Demandamos se defina una política clara al respecto y que el Ministerio asuma el control directo del importante campo de la ecología y salud ambiental.

Diluir la responsabilidad contribuye más bien al deterioro de este importante aspecto de la salud.

H.- Los grandes avances en el campo científico hacen más larga y compleja la preparación de los profesionales del sector salud, como su problemática general.

Creemos que el Ministerio debe volver a formar equipos multidisciplinarios para que estos puedan participar de los consejos técnicos que posibilitan el progreso. No comprendemos la sistemática exclusión que han sufrido los odontólogos, matronas, kinesiólogos, tecnólogos médicos, asistentes sociales, psicólogos, enfermeras, terapeutas ocupacionales.

I.- La Municipalización anunciada por la Autoridad Superior debe ser sometida a revisión por parte del Ministerio, acogiendo las múltiples críticas que los Colegios Profesionales han hecho reiteradamente: Situación en que queda la salud en las Municipalidades más pobres, manejo político de la salud comunal, ( recordamos que este Ministerio siempre se consideró de carácter técnico y ajeno a la autoridad del Ejecutivo, lo cual demostró históricamente ser el criterio correcto ) pérdida del adecuado y oportuno control por parte de las autoridades del Ministerio, anarquía en los tipos de prestación y su cumplimiento.

Debemos expresar a Ud. que el problema es complejo y multisectorial y debe ser abordado con una clara definición y decisión. El Estado debe cumplir un rol solidario, asumiendo el control de las políticas y tareas básicas de salud, permitiendo una participación privada que fortalezca y complemente el ejercicio del sistema. El fomento de la salud requiere de recursos económicos y planes educativos concatenados, de escaso interés para la iniciativa privada. La rehabilitación integral ( salud, educación y trabajo ) necesita de grandes inversiones multisectoriales, cuyo proceso, además, es de larga duración, que no puede la población asumir sin grave deterioro económico, desincentivando también al capital privado, como se comprueba de la simple observación de la realidad nacional.

Consideramos que la recuperación de la salud debe ser asumida por el área estatal y el área privada, como ha sido tradicional en nuestro país, siendo el Estado quien dicta las políticas (normas y evaluación). Es de gran importancia este concepto ya que en estos momentos una gran mayoría de la población está calificada como indigente en salud.

Por todos los conceptos vertidos solicitamos se promulgue una nueva ley de salud que excluya el concepto economicista como base filosófico - política. Propugnamos que la salud es un derecho y nunca un bien transable en el mercado.

Saludamos atentamente al señor Ministro,

Leonor Solís Luc. *Leonor Solís Luc.*  
.....  
COLEGIO DE ASISTENTES SOCIALES

Rodrigo Hidalgo *Rodrigo Hidalgo*  
.....  
COLEGIO DE KINESIOLOGOS

Luzmila Solís Flores *Luzmila Solís Flores*  
.....  
COLEGIO DE TECNOLOGOS MEDICOS

Juan Luis González *Juan Luis González*  
.....  
COLEGIO MEDICO

DOMINGO ASUN S. *DOMINGO ASUN S.*  
.....  
COLEGIO DE PSICOLOGOS

Aguilón Avancena *Aguilón Avancena*  
.....  
COLEGIO DE QUIMICOS FARM.  
VERONICA BAEZ Y. *VERONICA BAEZ Y.*  
.....  
COLEGIO DE MATRONAS

FRICK LOBOS A *FRICK LOBOS A*  
.....  
COLEGIO DE TERAP. OCUPACIONALES

NIGO DIAZ C *NIGO DIAZ C*  
.....  
COLEGIO DE MEDICOS VETERINARIOS

Oscar Meneses Brisques *Oscar Meneses Brisques*  
.....  
COLEGIO DE DENTISTAS

Patricia Talloni Valdes *Patricia Talloni Valdes*  
.....  
COLEGIO DE ENFERMERAS

## ASOCIACION ESPAÑOLA DE FISIOTERAPEUTAS

Gran Via Corta Catalana, 548. 1º. 1ª  
Teléfono 253 2298  
BARCELONA-11

MEMBER OF  
 "WORLD CONFEDERATION FOR PHYSICAL THERAPY" (W. C. P. T.)  
 "CONFEDERATION EUROPEENNE POUR LA THERAPE PHYSIQUE" (C. E. T. P.)  
 "COMITE PERMANENT DE LIAISON DES KINESTHERAPEUTES" (C. L. K. E. P.)  
 "CONFEDERACION IBEROAMERICANA DE FISIOTERAPIA"

EXCMO. SR. D. FELIPE GONZALEZ  
 PRESIDENTE DEL GOBIERNO ESPAÑOL.

EXCMO. SR.:

Esta Asociación conoce muy bien la postura de nuestro Gobierno ante los hechos que están ocurriendo en Chile. Poco o nada podemos añadir para aumentar las listas de acusaciones. No obstante, queremos dejar constancia de nuestra denuncia como Organización Profesional ante la vulneración de los derechos de que se están viendo privados nuestros colegas chilenos, por actitudes políticas absolutamente ajenas a sus fines asistenciales.

Tal es así, que su Organización Colegiada más representativa, con cualificación de Organismo de Derecho Público - por Ley de la República de 1969-, ha sido radicalmente eliminada y substituida por el Gobierno militar, por una simple "Asociación Gremial", que les priva de capacidad jurídica para intervenir en el desarrollo de la profesión, el control y ejercicio profesional.

Resultará inevitable que, de continuar en esa línea de represión, nuestros colegas chilenos tendrán que añadir una penalidad más, como será la de verse aislados a nivel internacional, al no reunir su organización representativa las características que en su día le hicieron acreedor para su ingreso como país miembro de pleno derecho en el ámbito profesional que nos compete. Nos consta que esas organizaciones Internacionales comprenden tal situación y actúan en consecuencia, pero a veces -como ahora mismo está sucediendo con la Asociación Sudafricana de fisioterapeutas- las medidas drásticas que se toman (en forma de boicot, por ejemplo, para presionar al Gobierno) terminan por marginar a los profesionales implicados.

Esta Asociación, al solidarizarse con la actitud de sus colegas chilenos, eleva ante esa Presidencia el presente escrito con el ruego expreso de que, a través de nuestra Embajada acreditada en Chile, el Gobierno de dicho país tome conocimiento de que también los fisioterapeutas españoles soportamos con angustia una situación que se hace interminable, al tiempo que pedimos a la Autoridad pertinente, la restitución a nuestros colegas de los derechos jurídicos de que fueron privados, sin razón que lo pudiera justificar.

De antemano expresamos a V.E. nuestro agradecimiento y el testimonio de nuestra más alta consideración.

MADRID, 5 NOVIEMBRE 1986.

  
 MIGUEL BARBERO ORRICO, Secr. Gral.  
 En Madrid: 28004  
 Almirante, 26 -3-

internacional. Damos a conocer a los colegas kinesiólogos, 2 cartas que nos han llegado Asociación Española de Fisioterapeutas.



# ASOCIACION ESPAÑOLA DE FISIOTERAPEUTAS

Gran Vía Corte Castellana, 54B 1º, 1ª  
Teléfono 253 2298  
BARCELONA-11

Miembros de:

"WORLD CONFEDERATION FOR PHYSICAL THERAPY" (W. C. P. T.)  
"CONFEDERATION EUROPEENNE POUR LA THERAPE PHYSIQUE" (C. E. T. P.)  
"COMITE PERMANENT DE LIAISON DES KINESOTHERAPEUTES" (C. L. K. E. P.)  
"CONFEDERACION IBEROAMERICANA DE FISIOTERAPIA"

Madrid, 5 de Noviembre de 1986

EMBAJADA DE CHILE EN ESPAÑA  
M A D R I D

Excelentísimo Sr. Embajador:

El Estatuto de esta Asociación -al igual de otras de carácter científico- no contempla, como es lógico, actuaciones de tiro político, tanto o más, si se proyectan sobre otro país.

Con este prefatulo, queremos dejar consciencia de nuestra incardinación estatutaria en la que apoyar estas líneas, pero, al margen de su frío articulado, el espíritu que dió pie a esta Asociación de Profesionales habla de afectividad, de vínculos entre los asociados; es obvio que nuestros colegas de Chile no son miembros oficiales de nuestra Asociación, pero los españoles, en general, los consideramos hermanos. La resultante de todo ello es que los problemas de nuestros colegas los hacemos nuestros y ahora ellos tienen serios problemas.

No es nuestra intención, señor embajador, entrar en materia sobre las causas o justificaciones en que se apoya su Gobierno para actuar como lo hace. Lo que pretendemos estas líneas es hacer llegar a Vd. y a su Gobierno, la angustia que, como seres humanos, estamos soportando por las cosas que están ocurriendo en su querido país y que, inevitablemente, también afectan a nuestros colegas de allí.

Es inevitable, por otra parte, que esa situación deteriore gravemente a las organizaciones profesionales, con serna de sus derechos personales y atribuciones profesionales, tales y como se definen en el Estatuto de los Organismos Internacionales a los que tanto Chile como España pertenecen.

En nombre, pues, de los derechos que como personas corresponden a cualquier ciudadano y el respeto a los derechos profesionales que nos competen, expresamos a Vd. nuestro lamento por lo que sucede, nuestra angustia porque no vemos el fin, nuestra solidaridad con los colegas de su país y nuestra petición de que cese tal situación, de que cese tanta violencia, tanto sufrimiento, para que la paz, la justicia y la libertad permitan el retorno a una relación humana e interprofesional que merezca el calificativo, simplemente, de normal o civilizada.

Petición que rogamos haga llegar a su Gobierno y en la que depositamos nuestra esperanza para bien del querido pueblo chileno.

De antemano, expresamos a Vd. nuestro agradecimiento y el testimonio de nuestro mayor respeto.

MIGUEL BARBERO CURICO  
Secretario General.

## Segundas jornadas de Medicina del Deporte

Continuando la iniciativa del año anterior se realizaron en forma brillante, con más de 200 inscritos, las Segundas Jornadas de Medicina del Deporte de Concepción, desde ahora con el nombre de: "Dr. Maulio Caffarena Lucco", en la sede del Colegio Médico de esa ciudad los días 6, 7 y 8 de noviembre.

Efectuadas con un carácter multidisciplinario, se trataron temas de Traumatología Kinesiológica, Medicina del Deporte, Fisiología, Nutrición, Educación Física, Rehabilitación, Psicología, Antropología, Sociología y Legislación. Todos ellos relacionados con aspectos de interés para Médicos, Kinesiólogos, Profesores de Educación Física, etc.

Este regional que preside el colega Fernando Quiroga D., recibió a distinguidos profesores entre otros: el Dr. Antonio Losada a quien se le entregó un reconocimiento por una vida profesional al servicio del Deporte.

El Dr. Humberto Melo, traumatólogo quien actuó como director de este evento, los doctores Enrique Herrera, Carlos Martínez, Sergio Opazo, Rafael Avila y la Sra. María Teresa Chiang, Profesor Zvonimir Ostojic O. Depto. Ed. Física, Deporte y Recreación de la U. Metropolitana, Sr. César Suárez P. Abogado U.C., Kinesiólogos Pedro Mancilla F. y Alejandro Kock Schulz, etc.

Destacamos la iniciativa del colega Sergio López E., encargado del Departamento de Perfeccionamiento de ese Regional, quien es el creador y más importante impulsor de esta iniciativa, que empieza a tomar mayor realce cada año. Es un mérito hacer una jornada; pero lo es infinitamente mayor cuando tiene una trayectoria a través de los años, creando un área de desarrollo, porque ello es ESCUELA.

Felicitaciones a los colegas Sergio López, Víctor Acosta, Juan Guillermo Soto, Rubén Muñoz, Omar Orellana y Fernando Donoso, quienes participaron activamente en estas Jornadas.

Se propone continuar con estos encuentros anualmente en lo posible con el carácter de Congreso Internacional, y dar la posibilidad de contribuir con la investigación de las Ciencias vinculadas al deporte manteniendo siempre el enfoque multidisciplinario.



*El Colegio de Kinesiólogos se hizo presente en el Hospital del Trabajador el día 4 de septiembre pasado, para hacer entrega de un ramillete de flores, manifestando nuestra solidaridad a los padres de la joven Srta. Carmen Gloria Quintana, quien fuera quemada brutalmente como consecuencia derivada de la fuerza irracional e intolerancia imperante. Carmen Gloria ha tenido que viajar, invitada gentilmente por el Gobierno de Canadá, para terminar su rehabilitación integral, ya que no obstante la gravedad de su caso no se dieron las condiciones administrativas que posibilitaran el uso pleno de la infraestructura existente.*

# V Encuentro Nacional de estudiantes de Kinesiología ONEK

En Temuco, entre el 8 y 12 de octubre se llevó a cabo el V Encuentro Nacional de Estudiantes de Carrera de Kinesiología.

El Colegio, que se ha hecho representar por su Presidente en todos ellos, puede dar fe del avance y progreso, al mismo tiempo de la innegable madurez cívica, puesta de manifiesto por la reglamentación que ellos mismos se han dado, como por el nivel de calidad organizativa y de los trabajos científicos allí presentados.

Es elogiable el respaldo que han otorgado las

Carreras a sus alumnos para asumir el duro trabajo organizativo. También denota ello como los colegas académicos valoran la importancia de estos encuentros, como unificadores de un estilo y personalidad profesional, que debe ser encauzada desde los años de la universidad. Sólo así lograremos forjar un temple profesional capaz de triunfar en el campo laboral.

El Sr. Julio Mánques M. Presidente y la Srta. Gabriela Morales P. Secretaria General de la Organización Nacional de Estudiantes de Kinesiología (O.N.E.K.) nos hacen llegar el resultado de las elecciones para el período 86-87

La Directiva es la siguiente:

|                                                |                      |                           |
|------------------------------------------------|----------------------|---------------------------|
| Presidente                                     | Julio Mánques M.     | U. de Antofagasta         |
| Vicepresidente                                 | Mónica Scaramelli M. | U. de Chile               |
| Secretaria General                             | Gabriela Morales P.  | U. de Antofagasta         |
| Secretario de Finanzas                         | Jorge Burnas F.      | U. de La Frontera, Temuco |
| Depto de Coordinación de Encuentros Nacionales | Cristián Oyanedel    | U. Católica, Talca        |
| Depto de Difusión y Extensión                  | Pilar Gajardo C.     | U. de Chile               |
| Depto Asuntos Académicos                       | Joaquín Verdugo S.   | U. de Antofagasta         |
| Depto. de Derechos Humanos                     | Carlos Belmar M.     | U. de La Frontera         |

El ejecutivo de la ONEK en reuniones con los dirigentes de los Centros de Alumnos de las carreras de Kinesiología del país acordaron además lo siguiente:

- Confeccionar una pauta de Evaluación para los docentes que será aplicada en cada escuela, a cargo del Depto. de Asuntos Académicos, el resultado de dicha evaluación será presentado a las autoridades que correspondan, como así solicitarán que sean publicados.
- El VI Encuentro Nacional de Estudiantes de Kinesiología será en la U. Católica Sede El Maule, Talca y la fecha estimativa es julio de 1987.
- También plantean que pueda existir en el futuro un Sistema de Pre-Colegiado para aquellos estudiantes que estén próximos a egresar.

Junto con enviar esta información manteniendo el compromiso adquirido desde el nacimiento de esa organización, de estar en comunicación en forma permanente, hacen llegar un saludo fraternal a todos los Kinesiólogos cobijados bajo el alero del Colegio.

## El Colegio crece

Se han creado 2 Regionales más, como una forma de avanzar, sorteando las largas distancias que impiden la cohesión del gremio. En Copiapó-Vallenar se han planteado las bases legales para la constitución de un nuevo Regional que permitirá una más fluida comunicación entre los dispersos colegas de esa amplia zona territorial. Asimismo Chillán se levanta con "nuevas columnas" para construir su propio Regional.

Así es el desarrollo, así se crece. Es sensible para los Regionales que ven separarse parte de "su todo"; pero no ha sido por desavenencias, sino porque "los hijos crecen y un día dicen gracias; pero quieren buscar sus propios caminos".

A los nuevos Regionales "Bienvenidos".

A los Regionales de Coquimbo y Concepción: Felicitaciones porque sus hijos fueron "exaltados" a levantar columnas propias; pero manteniendo enlazados todos los eslabones de esta larga cadena de la fraternidad kinésica.

# ACTUALIDAD CIENTIFICA

*Estamos finalizando un año más y como siempre llegamos a la conclusión que el mayor interés de los kinesiólogos, es el perfeccionamiento científicos, por eso nos satisface el haber podido contribuir a ello a través de esta sección de la Revista. Pero mucho más nos agradecería en un futuro próximo, publicar resúmenes de la actualidad científica nacional.*

*María Elisa Bazán (Inglés)  
Mónica Rodríguez (Francés)  
Ana Santibáñez (Inglés)*



## EFFECTOS DE LA POSICION DEL CUERPO EN LA FUNCION PULMONAR

PHYSICAL THERAPY, VOL. 65  
Nº 5, MAYO 1985

*Traducción: Klgo.: Manuel Sepúlveda G.*

La terapia física pulmonar se ha centrado largamente en beneficiar la ventilación. Técnicas de drenaje bronquial han incorporado algunas posiciones del cuerpo para que el efecto gravitacional asista la salida de secreciones y aumente la entrada de aire.

La posición del cuerpo afecta directamente la relación ventilación-perfusión y los niveles de oxígeno arterial. Este artículo describe brevemente el rol de la posición del cuerpo en la función pulmonar y las implicaciones clínicas de éstas como una prioridad en el tratamiento. El efecto de la posición del cuerpo en los niveles de oxígeno arterial y función pulmonar es discutida para las siguientes posiciones: erecto, posición de inclinación anterior, supino, prono, lateral, inclinación baja de la cabeza, cuatro pies y posición inversa (parte superior del tronco en posición de descenso). La implicancia de estas posiciones son discutidas para el paciente que tiene una disfunción pulmonar y para el que corre el riesgo de desarrollar complicaciones pulmonares. Serán necesarios mayores estudios para investigar los principios de posiciones terapéuticas para el óptimo intercambio de gases y de la función pulmonar. Estos trabajos pueden

perfeccionar los procedimientos en la terapia física e identificar el rol de una posición realizada juiciosamente en un régimen de ejercicios terapéuticos.

(Los colegas que se interesen por una copia de este artículo que está totalmente traducido, pueden solicitarlo a M. Sepúlveda G. Casilla 36 Nueva Imperial).



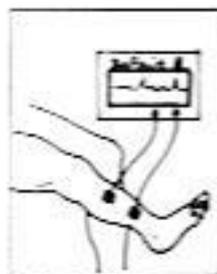
## UTILIZACION DE TENS EN PACIENTES SOMETIDAS A OPERACION CESAREA

PHYSICAL THERAPY, VOL. 66  
Nº 1, ENERO 1986

*Traducción: Klgo. Manuel Sepúlveda G.*

El propósito de este estudio fue determinar si las mujeres que habían sido operadas de cesárea y utilizado TENS como medio de control de dolor requerían menos analgésicos y estadías hospitalarias más cortas que aquellas que no utilizaban TENS. Mediante una revisión retrospectiva de las fichas clínicas de 72 pacientes (46 utilizando TENS, y 26 que no lo utilizaron). Se administró una cantidad significativamente menor ( $F = 5,77$ ;  $df = 1,65$ ;  $p < .02$ ) de medicamentos narcóticos a las mujeres que utilizaron TENS. La estadía en el hospital de las pacientes que utilizaron TENS no fue significativamente diferente de las cuales no lo utilizaron. Estos hallazgos sugieren que el uso de

TENS posterior a una operación cesárea puede resultar en una menor utilización de medicamentos para el control del dolor, y por lo tanto, hay una reducción en los efectos secundarios de los medicamentos tanto para la madre como para su hijo.



**EFFECTOS DE LA PRESION  
INTERMITENTE DE  
TENDONES EN LA  
EXITABILIDAD DE LAS  
ALFA MOTONEURONAS**

PHYSICAL THERAPY,

VOL. 66 N° 7 pp. 1091-1094, 1986

*Traducción: Klg. Manuel Sepúlveda G.*

El propósito del estudio fue evaluar la efectividad de la presión intermitente sobre los tendones en la disminución de la excitabilidad de las alfa motoneuronas. Los cambios en la excitabilidad de las motoneuronas fueron evaluadas mediante la medición en el cambio de amplitud del reflejo H antes, durante y después de la aplicación de presión intermitente en un tendón.

Veintiséis de 28 individuos sin déficit neurológico conocido mostraron una inmediata disminución en la amplitud del reflejo H durante la presión del tendón ( $X = 73\%$  de los valores control), alcanzándose un decremento máximo ( $45\%$  del control) en los 20 a 30 segundos de aplicación. El análisis de las variables reveló diferencias significativas ( $p < .05$ ) y los test post-hoc indicó que estas diferencias fueron entre los valores control (prepresión y postpresión), estos valores fueron obtenidos a los 0, 5, 10, 20 y 30 segundos de aplicar la presión. Los resultados sugieren que una reducción mantenida en el tono muscular puede ser inducida mediante la presión intermitente de un tendón. Debido a que se encontró que este efecto no se mantenía después de la aplicación de la presión, la utilidad de esta técnica está limitada al tiempo durante el cual se aplica el estímulo (presión).



**COMO PROPORCIONAR  
EJERCICIOS RESPIRATO-  
RIOS RESISTIVOS  
A LOS MUSCULOS  
INSPIRATORIOS CON UN  
DISPOSITIVO LLAMADO  
PFLEX**

PHYSICAL THERAPY, VOL. 66 N° 4,  
ABRIL 1986

*Traducción: Klg. Maria Elisa Bazán O.*

Este reportaje describe un procedimiento de 6 etapas para prescribir ejercicios resistidos inspiratorios usando un dispositivo PFLEX (MR), que consiste en un cilindro plástico de 5 a 7 cm. de longitud que en un extremo se le inserta una pieza removible para la boca y en el otro extremo esta sellado con una válvula de una dirección, donde la resistencia respiratoria es controlada por un mecanismo ajustable en 6 posiciones en el tubo del dispositivo.

Este es un método efectivo y barato de aumentar el rendimiento de estos vitales músculos que están sustentando la vida con su función.

Desde 1976 se ha demostrado que el entrenamiento logra incrementar el rendimiento muscular ventilatorio. Los modelos de estudio que se han usado van desde los sofisticados sistemas de entrenamiento en laboratorios, lo que se llamó un entrenamiento rígido hasta llegar a simples pero prácticos y efectivos dispositivos de entrenamiento que se pueden usar en casa. Como es el caso del que aquí se describe.

El problema que se presenta habitualmente a los clínicos que usan estos aparatos es seleccionar el umbral adecuado de intensidad de la resistencia, para cada paciente en forma individual. Generalmente se realiza con el método de ensayo y error o prescribiendo la misma posición de resistencia para todos los pacientes sin considerar que producen distintos problemas por esto el propósito de este artículo es describir el proceso para cuantificar la posición de intensidad de resistencia durante el entrenamiento en forma individual, con dicho dispositivo. Para que la intensidad sea de un nivel terapéutico y permita objetivamente mejoría.

Este método de cuantificar el umbral de estímulo de entrenamiento para los músculos ventilatorios en diferentes grupos de pacientes facilitaría la investigación clínica en el futuro.

Los autores proponen como proceso para individualizar la prescripción de un programa de acondicionamiento para los músculos inspiratorios algunos de los siguientes aspectos:

- Obtener una medición de la fuerza muscular ventilatoria con un test descrito en publicaciones anteriores como es la máxima espiración estática (P<sub>I</sub>max) cerca del Volumen Residual.
- Interpretar los resultados del test de fuerza y de otros test, como el Volumen Ventilatorio máximo y con eso determinar los objetivos de tratamiento, como podrían ser incrementar la fuerza Muscular Ventilatoria, la endurance o ambas.
- Determinar en el dispositivo PFLEX el orificio del 1 al 6 que corresponda al 60% del P<sub>I</sub>max y que tapado produce una presión inspiratoria cerrada del 60% de P<sub>I</sub>max, que es el estímulo de intensidad inicial para un programa de entrenamiento. En un grupo de 33 jóvenes adultos se encontró que este valor del 60% de P<sub>I</sub>max correspondía al orificio Nº 6 del dispositivo, en cambio en hombres y mujeres con avanzada enfermedad pulmonar obstructiva crónica, en promedio este valor correspondía a 4,3-4,5 respectivamente.

Otros aspectos que destacan como importante los autores son:

- Formular un programa de ejercicio muscular ventilatorio personalizado, que enfatice cada una de las siguientes variables:

Frecuencia respiratoria, (1 respiración cada 5 a 7 seg con máxima inspiración-expiración). Intensidad, (60% del P<sub>I</sub>max cerca del volumen residual). Duración; (períodos continuos por 10 a 15 min o períodos discontinuos por 3 a 5 min de ejercicios con intervalos de reposo). Longitud del programa, (6 semanas) y nivel de supervisión (sin supervisión en casa con una prescripción ajustable en una visita semanal que realiza el terapeuta).

Y finalmente, evaluar la Tolerancia del paciente a su programa de ejercicios personales por control de su frecuencia de pulso, percibiendo el grado de esfuerzo y la apariencia general, como el color de la piel, etc. como también al reevaluar con los mismos test para comparar el estado basal con los cambios y la efectividad que a tenido el programa de ejercicios frente a un retest.

Hasta que futuras investigaciones clínicas

tengan éxito en determinar el umbral mínimo de prescripción de un programa de ejercicios personales, el criterio clínico del terapeuta físico sigue siendo el más importante elemento en el proceso de prescripción.



## ENFERMEDAD DE PARKINSON.

PHYSIOTHERAPY,  
AGOSTO 1986

*Traducción: Klga. María Elisa Bazán O.*

En esta revista al igual que en la de Julio aparecen artículos en relación a la Enfermedad de Parkinson, que por supuesto son novedosos e interesantes para nuestro quehacer.

Les hacemos una presentación de algunos de ellos.

El primero es "Estructura y Función de los Ganglios Basales" y da una relación, en forma general de la estructura anatómica de los ganglios basales y sus conexiones con el Sistema Nervioso Central, también se incluye una discusión de los conocimientos y se proponen funciones de esta área del cerebro.

Otro artículo es:

"Una Introducción a la Fisioterapia en la Enfermedad de Parkinson". El reciente interés en la fisioterapia para esta enfermedad ha hecho necesario examinar las ideas existentes y adaptarlas a las necesidades de los pacientes sobre todo después del uso de nuevas drogas que han mejorado la evolución y pronóstico de esta dolencia.

El objetivo de la fisioterapia es ayudar al paciente a mantener su movilidad por el mayor tiempo posible y si se ha comprometido su independencia funcional, enseñar al paciente y a la persona que lo cuida, cual es la forma más correcta de usar su incapacidad.

El tratamiento debería comprender alguno o todos los siguientes puntos, dependiendo de las necesidades del paciente.

- Análisis y Corrección de las dificultades funcionales, para que el paciente en forma consciente sepa corregir esas dificultades específicas.
- Enseñar a darse vuelta en cama, ya que persiste en ser una de las más intratables dificultades funcionales y puede ser en parte causa-

da por los bajos niveles de dopamina en el cuerpo durante la noche.

- El caminar debe ser corregido, poniendo énfasis en apoyar el talón en cada paso, las instrucciones verbales ayudan al paciente a tomar conciencia de esto, al igual que en la necesidad de mantener una postura erguida.
- La relajación, por cualquiera de los métodos es un importante aspecto del tratamiento, sobre todo para lograr una buena postura y mantener la abducción de las piernas. Los conocimientos sobre la postura ayudarán al paciente a saber que el progreso de la enfermedad producirá alteraciones que debemos tratar en forma preventiva.

Después de presentar en forma general algunos aspectos del tratamiento, los autores concluyen que; como en algunos pacientes las condiciones rápidamente se deterioran es importante que el tratamiento sea dado en el tiempo oportuno y no cuando el avance de la enfermedad impide al paciente responder adecuadamente.

Sin embargo, el tratamiento, en base a un número de por ejemplo 20 sesiones cada ciertos períodos de tiempo es requerido para evitar el progreso de la enfermedad y la aparición de nuevas dificultades. Aunque la fisioterapia no afecta al curso de la enfermedad, ayuda al paciente a mantener su independencia por un mayor tiempo.

**"Deterioro del Movimiento Rotacional en los Pacientes Parkinsonianos"**. Se describe un tratamiento rotacional, considerado por el autor de valor en el manejo físico de pacientes que sufren la enfermedad de parkinson. Este parece ser más útil cuando la siguiente sintomatología es predominante rigidez, bradikinesia y dificultad para iniciar el movimiento.

**"Los Ejercicios de Flewitt-Hanford para la marcha del parkinsoniano"**. Este es una pequeña explicación del efecto de los pasos en la punta de los pies y talón que estos pacientes adoptan, se da una significativa corrección del paso. Estos ejercicios fueron diseñados por Flewitt y están en proceso de Evaluación por Hanford. La disminución del rango y velocidad del movimiento en estos enfermos alterará más tarde su habilidad y control del movimiento. Los autores proponen rehabilitar el bajo control del movimiento hacia adelante y las posibles razones de este. El Sr. Nurray (1978) confirmó en

un trabajo que la principal función de los flexores plantares era:

- 1) Contener el movimiento hacia adelante de las piernas, sobre los dedos de los pies, durante la fase de apoyo unilateral.
- 2) Impulsar el cuerpo hacia arriba y adelante.

Los parkinsonianos caminan en sus dedos, lo que probablemente significa que tienen abundante propulsión y poco freno del movimiento, el que se debe realizar con el talón.

Los ejercicios propuestos son simples y pueden ser hechos por los pacientes en sus casas, ellos están dirigidos a:

1. Reenseñar el apoyo del talón; (si el paciente es incapaz de obtener 90° activos de dorsiflexión en el tobillo un pequeño aumento del taco puede ser necesario).
2. Mejorar la transferencia del peso.
3. Incrementar el rango activo de movimiento en la rodilla y particularmente en la cadera.
4. Mover todas las articulaciones y músculos en las extremidades inferiores al máximo, previniendo rigideces y debilidades secundarias.

Los ejercicios son:

1. Sentado a lo largo, flexión y extensión de las rodillas y de los dedos del pie.
2. Tendido, torcerse y llevar las rodillas dobladas de un lado a otro.
3. Tendido, alternar la flexo extensión de la cadera y rodilla elevando cada pie del suelo.
4. Parado de frente, afirmado en las paralelas, en una silla o mesa:
  - levantarse empujado.
  - con las rodillas rectas y sin inclinarse dorsiflexión del pie alternadamente;
  - cruzar la pierna izquierda de frente de la derecha y viceversa tratando de tocar el suelo primero con el talón.
  - caminata para practicar transferencia de peso, hacia un lado y otro, si hay paralelas, adentro y fuera de las barras.
5. Dar un paso largo, para practicar el apoyo de un pie sobre el talón con extensión de la cadera y el apoyo del pie posterior sobre los dedos.

Cuando los pacientes caminan deben apoyar el talón y aprender a soltarse, no a permanecer tiesos o rígidos. Practicarán la marcha hacia atrás y hacia los lados y después verán que les es más fácil moverse hacia adelante.

"Fisioterapia intensiva para enfermos parkinsonianos en un período de vacaciones".

Este artículo nos parece interesante, porque desconocemos que en nuestro país se haya realizado una experiencia como ésta y pensamos que sería beneficiosa esta forma de terapia para nuestros enfermos parkinsonianos. Los autores muestran la organización, los beneficios obtenidos durante un programa intensivo realizado durante dos semanas de vacaciones, que fueron organizadas por la Sociedad de Enfermos de Parkinson y por el distrito de Fisioterapia de Nottingham con la colaboración de personas voluntarias, que aprovechan sus vacaciones para ayudar a otros que lo necesitan. Se colocó un aviso a través del diario en que se invitaba al programa a pacientes que tuvieran como mínimo un año de enfermedad.

Sin disturbios mentales u otros problemas médicos mayores.

Sin alterar la terapia de drogas durante las 2 semanas y que tuvieran buena voluntad para ser examinadas al comienzo y al final de las vacaciones y tomar parte en el programa de ejercicios.

Una vez seleccionados los pacientes fueron llevados a una casa especialmente habilitada para vacaciones de enfermos, en la que podían ir acompañados de sus familiares o amigos si así lo deseaban.

Un examen del balance y de marcha fue hecho al comienzo y al final de las dos semanas de vacaciones. El resultado sugiere que este tipo de fisioterapia es de valor al mejorar la movilidad y la independencia funcional de los pacientes enfermos de Parkinson, junto con aportar una mayor motivación en el tratamiento, por las actividades novedosas y recreativas que allí realizaron. Que bueno sería que aquí también pudiéramos hacer este tipo de rehabilitación.

#### **BALON DE REEDUCACION Y RAQUIS LUMBAR**

CHRISTIANA GRATIAN. KINESITHERAPIE SCIENTIFIQUE 246 Mayo 1986

*Traducción: Klga. Mónica Rodríguez*

Aunque es una técnica conocida por los Kinesiólogos me parece importante recordar su utilización y este artículo señala en forma muy didáctica sus beneficios. No solamente se obtiene una excelente estimulación de la propiocepción, sino que también una extraordinaria mejoría de la movilidad de la columna vertebral.



#### **ESTUDIO DE LA IMPORTANCIA Y DE LA PERSISTENCIA A CORTO TERMINO DE LOS LOGROS OBTENIDOS CON 4 TECNICAS DE ELONGACION MUSCULAR**

VAN COPPENBLE y M. HEYTERS.  
KINESITHERAPIE SCIENTIFIQUE 242 Enero 1986

*Traducción: Mónica Rodríguez*

Se contó con la colaboración de 30 alumnos sin antecedentes patológicos osteo-articulares. El estudio se localizó en los músculos posteriores del muslo, los glúteos y los isquiotibiales. Estos especialmente elongados durante la flexión de la cadera con extensión de rodilla.

Las técnicas utilizadas son:

1.- Elongación por insistencia: con el tobillo del sujeto sobre el hombro, mano sobre las rodillas, insistencias una por segundo, durante 10 segundos, luego reposo por 5 segundos. Se repite el esquema por 6 minutos.

2.- Elongación continua; con la utilización de 10 kg.

3.- Elongación progresiva y prolongada, luego de una contracción isométrica del grupo muscular que se elongará. Luego de obtener la amplitud máxima en 5 segundos, se le pide al sujeto una contracción isométrica contra resistencia. Contraerá los glúteos pero especialmente los isquiotibiales 5 segundos. En seguida el sujeto se relaja y el kinesiólogo realiza una elongación por 10 seg. Este esquema se prolongó por 6 min.

4.- Elongación progresiva y prolongada, posterior a una contracción isométrica del grupo muscular que se desea elongar, ésto acompañado de una contracción concéntrica en el sentido de la elongación.

El estudio comparativo de las 4 técnicas dio como resultado:

- Todas permiten obtener un aumento de amplitud de la flexión de la cadera, luego de elongar los músculos posteriores del muslo.
- 11 días del tratamiento que se prolongó por 5 días consecutivos se constata que:
  - a) Lo obtenido por las técnicas de insistencia ha prácticamente desaparecido.
  - b) Las últimas tres técnicas aportan una mejoría considerable siendo la mejor de todas la última de ellas.

## “DIALOGO CON MI HIJO”

Klgo. SAMUEL GAJARDO GONZALEZ  
R.C.K. Nº 1.223

Diálogo es una conversación entre dos o más personas; se supone que se emplean términos inteligibles. Libertad, democracia, pueblo, derechos humanos, comunicación, respeto, dignidad, justicia, legislar y muchos otros son términos de primer plano en la escena de la vida.

Cuando dialogo con mi hijo se hace difícil, cuando no imposible, darnos a entender.

El niño que inocentemente ignora y quiere saber; el padre que quiere aclararle algunos conceptos sin confundirlo frente al contradictorio espectáculo de la vida diaria.

*¿Qué es Democracia papá?*

– es el gobierno del pueblo hijo mío.

*¿Y qué es pueblo papá?*

– todos los habitantes de un país

*¿Y estos habitantes eligen a los que mandan?*

– evidentemente que sí.

*Entonces ¿en Paraguay y Sudáfrica no hay pueblo?*

*¿Y a los reyes quien los elige?*

– Nadie mijito.

*¿Y por qué son Reyes?*

– por una mera tradición.

*¿Y los pueblos tienen libertad para elegir?*

– la libertad la otorga la ley.

*¿Y si uno hace lo que la ley prohíbe?*

– te meten preso.

*¿Y la libertad también va presa?*

– la libertad natural no va nunca presa.

*Un compañero me dijo que más importante que la libertad y la democracia es la justicia.*

– así es, cuando la justicia es libre.

*¿Y cuándo es libre la justicia?*

– cuando tiene la vista realmente vendada.

*¿Y no se le correrá a veces la venda papá...?*

*¿Qué hacen los políticos papá?*

– son personas que estudian para gobernar las sociedades; ellos estudian para organizar las

instituciones, hacer leyes, y establecer sistemas sociales y económicos.

*Lincoln, Simón Bolívar, O'Higgins, ¿Fueron políticos?*

– evidente pues hijo...

*¿Qué es la moral papá?*

– el conjunto de normas de conducta hijo.

*Dame un ejemplo de algo inmoral.*

– un papá que tiene varias esposas.

*No entiendo, el profesor dijo que hay pueblos del Oriente en que el papá vive con varias mamás...*

*Pasando a otra cosa hijo ¿Has pensado tí cuáles son los hechos más importantes de cada año en Chile?*

– la elección de Miss Chile, la Teletón, el Festival de Viña y la Copa Libertadores de América papá.

*¿Y no te preocupan los hechos de violencia hijo?*

– la violencia no es mala; hoy un niñito tomó mi autito con cuerda y yo no se lo pedí.

*¿Y cómo lo recuperaste?*

– Se lo quité, como en Los Magníficos, He-Man y El Hombre Increíble...

Muy mal hecho hijo, porque esos personajes no son ejemplo de moral ni de fraternidad humana. Los hombres deben entenderse con palabras y razones, respetando los derechos de los demás. Siempre hay que comunicarse, entenderse, tolerarse y proceder conforme a la razón sin usar la violencia.

*¿Y cómo la Srta. dijo hoy que el lema del escudo chileno es “POR LA RAZON O LA FUERZA”...?*

# NOTAS KINESICO-DEPORTIVAS

Klga. ANA SANTIBAÑEZ

## EFFECTOS DE UNA CARRERA DE 6.400 km. EN UN HOMBRE DE 60 AÑOS

Los doctores Jean Gobin y Angelo Tremblerg, profesores del Departamento de Educación Física de la Universidad Laval, Quebec, Canadá, estudiaron el efecto fisiológico de esta carrera en Philippe Latulippe atleta de 60 años, quien corrió a través de la provincia de Quebec durante 4 meses, promocionando a una Asociación Deportiva de Mayores, fue estrictamente controlado por los profesionales, quienes calculaban su ingesta calórica en relación al gasto energético, sus períodos de reposo y actividad, a fin de cumplir el promedio de 56 km diarios.

Se estudió 3 días antes y tres días después de su prueba:

Peso corporal (técnica hidrostática)

Presión sanguínea

Pulso

Porcentaje de grasa corporal

ECG de esfuerzo

Volumen máximo de O<sub>2</sub>

Umbral aeróbico

Hemoglobina

Hematocrito

Glicemia

Sólo hubo variaciones en el peso corporal (perdió 5 kg), mejoró su capacidad aeróbica, la que era superior al promedio de varones canadienses de 20 a 30 años de edad.

Esto no significa que esfuerzos semejantes puedan ser tolerados por otras personas de su edad, pero sin sus extraordinarias condiciones fisiológicas.



Cat



# KINESIOLOGIA

PUBLICACION OFICIAL DEL COLEGIO DE KINESIOLOGOS DE CHILE - A.G.

COLEGIO DE KINESIOLOGOS DE CHILE

