

MÓDULO DE APOYO

VIDEO

"HABLEMOS DE PARÁLISIS CEREBRAL"

OMAIRA PÉREZ CARO

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

FACULTAD DE EDUCACIÓN

MEDELLÍN

1998

MÓDULO DE APOYO

VIDEO

"HABLEMOS DE PARÁLISIS CEREBRAL"

OMAIRA PÉREZ CARO

Trabajo de Grado para optar al título de
Licenciada en Educación Especial

Asesora

MARIELA RODRÍGUEZ ARANGO

Licenciada en Educación Especial

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

FACULTAD DE EDUCACIÓN

MEDELLÍN

1998

A Dios, por regalarme la vida y permitirme
ascender un peldaño más en la vida.

A mi hijo David, por su inmensa comprensión,
cuando necesítandome tuvo que quedarse a solas...

A mi esposo Roger, por su apoyo incondicional
durante todo mi proceso de formación profesional.

AGRADECIMIENTOS

A Doris Adriana Ramírez, coordinadora del Centro de Servicios Pedagógicos de la Facultad de Educación de la Universidad de Antioquia por su apoyo para la realización de este proyecto.

A mi asesora Mariela Rodríguez Arango, por su interés y acompañamiento oportuno.

A mis amigas Paola Marino y China Jiménez por su ayuda desinteresada.

A las madres, y muy especialmente a los niños de quienes aprendí que las cosas que realmente tienen valor son las que requieren mayor esfuerzo para lograrlas.

A todos aquellos quienes hicieron posible la realización de este sueño.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.

MARCO TEÓRICO.

PARÁLISIS CEREBRAL.

1. DEFINICIÓN.

1.1. CARACTERÍSTICAS GENERALES.

2. ETIOLOGÍA.

2.1. CAUSAS.

2.1.1. Prenatales.

2.1.1.1. Periodo Embrionario.

2.1.1.2. Periodo Fetal.

2.1.2. Perinatales.

2.1.2.1. Anoxia.

2.1.2.2. Prematuridad.

2.1.2.3. Hipermadurez.

2.1.3. Postnatales.

2.1.3.1. Infecciones.	19
2.1.3.2. Crónicas.	19
2.1.3.3. Vascular.	19
2.1.3.4. Incompatibilidad de Rh y Grupo Sanguíneo.	20
2.1.3.5. Otras.	20
3. DIAGNÓSTICO.	21
3.1. SIGNOS TEMPRANOS.	21
3.1.1. Rigidez repentina.	22
3.1.2. Flacidez.	22
3.1.3. Desarrollo Lento.	22
3.1.4. Alimentación Pobre.	22
3.1.5. Comportamiento anormal.	23
3.2. MAS SIGNOS PARA BUSCAR.	23
4. CLASIFICACIÓN.	25
4.1. ASPECTOS GENERALES.	25
4.1.1. Sistema Piramidal.	26
4.1.2. Sistema Extrapiramidal.	26
4.1.3. Cerebelo.	27
4.2. CLASIFICACIÓN BASADA EN LOS EFECTOS FUNCIONALES.	27
4.2.1. Espasticidad.	27

4.2.2. Atetosis.	28
4.2.3. Ataxia.	29
4.2.4. Mixta.	30
4.3. CLASIFICACIÓN BASADA EN LA LOCALIZACIÓN CORPORAL.	31
5. DESARROLLO.	32
5.1. ASPECTOS GENERALES.	32
5.2. DESARROLLO DE LA MOTRICIDAD.	33
5.3. DESARROLLO DEL LENGUAJE.	34
5.4. DESARROLLO COGNITIVO.	35
5.5. DESARROLLO SOCIOAFECTIVO.	37
6. TRASTORNOS DEL DESARROLLO ASOCIADOS A LA PARÁLISIS CEREBRAL.	39
6.1. TRASTORNOS SENSOPERCEPTIVOS.	39
6.1.1. Defectos Visuales.	39
6.1.2. Defectos Auditivos.	39
6.1.3. Trastornos de la percepción.	40
6.2. TRASTORNOS DEL LENGUAJE.	40
6.3. ALTERACIONES COGNITIVAS.	42
6.3.1. Epilepsia.	42

6.4 TRASTORNOS PSICOLÓGICOS.	43
7. POTENCIALIDADES Y POSIBILIDADES REALES DEL NIÑO CON PARÁLISIS CEREBRAL A PARTIR DEL PROCESO DE ESTIMULACIÓN.	44
8. PREVENCIÓN.	48
9. PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN ADECUADA DEL CENTRO DE SERVICIOS PEDAGÓGICOS DE LA FACULTAD DE EDUCACIÓN DE LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA.	50
10. MODELO DE ATENCIÓN PARA EL NIÑO CON PARÁLISIS CEREBRAL.	52
10.1. EVALUACIÓN PSICOPEDAGÓGICA.	53
10.2. CLASIFICACIÓN DE LOS GRUPOS DE PARÁLISIS CEREBRAL.	54
10.2.1. Preparatorio I, II, III.	54
10.2.2. Transición I, II, III.	55
10.3. DINÁMICA DE PROMOCIÓN.	55
10.4. METODOLOGÍA.	58
10.4.1. Sesión de Intervención.	58

11. TRATAMIENTO.	61
12. ESTRATEGIAS PRÁCTICAS PARA LA INTERVENCIÓN DEL NIÑO CON PARÁLISIS CEREBRAL.	64
12.1. FORMAS CORRECTAS DE CARGARLO Y MOVILIZARLO.	64
12.1.1. Formas de levantarlo.	64
12.1.2. Formas de movilizarlo.	64
12.2. MANEJO.	66
12.2.1. Manejo de la cabeza.	67
12.2.2. Manejo del cuerpo.	68
12.2.3. Manejo de brazos y manos.	69
12.2.4. Manejo de las piernas.	71
12.3. PREVENCIÓN DE DEFORMIDADES.	72
12.3.1. Posiciones adecuadas.	72
12.3.1.1. Acostado boca-abajo.	73
12.3.1.2. Acostado de lado.	74
12.3.1.3. Acostado boca-arriba.	74
12.3.1.4. Sentado.	75
12.4. PARA MEJORAR EL DESARROLLO MOTOR.	76
12.4.1. Sostener la cabeza.	76
12.4.2. Para girar sobre sí mismo (rolados)	78
12.4.3. Sentarse.	79

12.4.4. Gateo.	80
12.4.5. Arrodillado y de pie.	81
12.4.6. Caminar.	82
12.5. PARA MEJORAR LA PERCEPCIÓN.	84
12.5.1. Reconocimiento táctil y discriminación de temperaturas.	84
12.5.2. Reconocimiento del cuerpo.	85
12.6. PARA MEJORAR EL DESARROLLO DEL LENGUAJE.	86
12.7. PARA MEJORAR LAS ACTIVIDADES BÁSICAS COTIDIANAS. (A.B.C.)	88
12.7.1. Alimentación.	88
12.8. BAÑO.	91
12.9. VESTIDO.	92
12.10. APRENDER A UTILIZAR EL SANITARIO.	93
12.11. PARA MEJORAR EL DESARROLLO SOCIOAFECTIVO.	94
13. AYUDAS Y ADITAMENTOS PARA FACILITAR EL MANEJO DEL NIÑO CON PARÁLISIS CEREBRAL .	97
13.1. PARA AYUDAR AL NIÑO A CONTROLAR CABEZA Y TONO MUSCULAR.	97
13.2. PARA EL CONTROL DE TRONCO Y CABEZA.	97
13.3. PARA ESTIMULAR EL EQUILIBRIO.	98
13.4. PARA SENTARSE.	98

13.5. PARA PARARSE.	99
13.6. FÉRULAS.	99
14. INTEGRACIÓN ESCOLAR DEL NIÑO CON PARÁLISIS CEREBRAL.	100
14.1. EL NIÑO CON PARÁLISIS CEREBRAL Y LA ESCUELA.	100
15. RECOMENDACIONES GENERALES PARA PADRES Y MAESTROS.	103
CONCLUSIONES.	106
GLOSARIO.	108
BIBLIOGRAFÍA.	111

INTRODUCCIÓN

"Hablemos de Parálisis Cerebral" es un video que se realizó a partir de la necesidad de incrementar el material de apoyo para la capacitación y cualificación de los padres de niños con Parálisis Cerebral del Centro de Servicios Pedagógicos, practicantes del proyecto de Estimulación Adecuada, estudiantes de Educación Especial y la comunidad interesada.

El video ofrece una completa información de la conceptualización teórica de la patología (concepto, etiología, clasificación según el tono muscular y la localización corporal, características, desarrollo, trastornos asociados a la Parálisis Cerebral). De igual manera presenta una aproximación a las posibilidades reales del niño con Parálisis Cerebral a partir del proceso de estimulación adecuada.

Adicionalmente, presenta una visión general acerca de como se lleva a cabo el proceso de estimulación adecuada del niño con Parálisis Cerebral en el Centro de Servicios Pedagógicos de la Facultad de Educación de la Universidad de Antioquia y que funciona como programa de proyección.

Con el ánimo de ampliar los conceptos citados en el video, se elaboró un módulo de apoyo que brinda importantes elementos teóricos y prácticos; además de incrementar la información consignada en el video que incluye formas correctas de cargar y movilizar al niño, se ilustra acerca de los manejos incorrectos y adecuados de las posiciones corporales; así como pautas para la prevención de deformidades. Igualmente, el módulo plantea una serie de estrategias y actividades para estimular y mejorar el desarrollo integral del niño.

Para finalizar, aparecen algunos elementos importantes para la integración del niño con Parálisis Cerebral y las recomendaciones generales para padres y maestros.

Tanto el video como el módulo, son abordados desde un lenguaje accequible para todos con el objetivo de lograr una mejor comprensión. La mayoría de las estrategias son ilustradas a fin de alcanzar mayor claridad al respecto.

JUSTIFICACIÓN

Durante la formación profesional y práctica pedagógica se presentan momentos donde es necesario disponer de material de apoyo para aclarar conceptos y observar sustancialmente los elementos teóricos ya planteados.

Teniendo en cuenta la importancia de un proceso de capacitación sólido dentro de la intervención con la familia del niño con Parálisis Cerebral, así como de los estudiantes de Educación Especial y de los practicantes del proyecto de Estimulación Adecuada, se hace necesario disponer de herramientas metodológicas que dinamicen y garanticen una mejor comprensión de las condiciones del niño de tal modo que el trabajo sea más efectivo y se facilite su manejo mientras se elevan sus posibilidades y se estimula su desarrollo integral.

Desde el programa de Estimulación Adecuada del Centro de Servicios Pedagógicos de la Universidad de Antioquia y la experiencia personal se reconoce la necesidad ya establecida y sentida de enriquecer el material didáctico y de capacitación, que sirve de ayuda a practicantes, padres y comunidad en general.

Dentro del proceso investigativo se pudo constatar que dicha necesidad no era un problema exclusivo del Centro de Servicios Pedagógicos, sino que una vez concluido el rastreo por las instituciones de Educación Especial que atienden población con esta patología en el área metropolitana de Medellín, se descubrió que no se dispone de material audiovisual para apoyar el proceso de capacitación acerca de la Parálisis Cerebral.

Con el ánimo de satisfacer esta necesidad se realizó un video cuya temática se centró en una de las patologías de los niños atendidos en el Centro de Servicios Pedagógicos: *La Parálisis Cerebral*.

Este video contribuirá y facilitará la etapa de formación para estudiantes, servirá de ayuda a las practicantes en su trabajo de capacitación a los padres de familia usuarios del programa de Estimulación Adecuada y será un instrumento valioso de información y consulta para quien se interese por el tema.

Aunque el video señala aspectos relevantes de la patología, y del desarrollo del niño con Parálisis Cerebral, es importante tener la oportunidad de ampliar y complementar los conceptos allí planteados.

Para ello se hace la presentación de un módulo de apoyo que de igual manera contribuye a la capacitación de padres de niños con Parálisis Cerebral, estudiantes de Educación Especial y comunidad en general brindando al mismo tiempo, la posibilidad de consultar en él, estrategias prácticas para la intervención con el niño.

OBJETIVO GENERAL

Capacitar a padres de niños con Parálisis Cerebral, estudiantes de Educación Especial y comunidad en general

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Enriquecer el material didáctico del Centro de Servicios Pedagógicos de la Facultad de Educación de la Universidad de Antioquia.
- Crear una herramienta metodológica que servirá de apoyo a las practicantes del proyecto de Estimulación Adecuada en el proceso de orientación de padres de familia.
- Realizar un video que contribuya a la capacitación de padres de niños con Parálisis Cerebral, estudiantes de Educación Especial y comunidad en general.
- Elaborar un módulo de apoyo para ampliar la información condensada en el video

"Nuestros hijos serán el motivo

para volar muy alto.

A pesar del temor de los que

inician un gran reto...

En donde necesitamos de

sabiduría para conocer y

Escoger con acierto lo que

nuestros hijos necesitan.

Serenidad para aceptar su

limitación y así poder mirar de lo que son capaces.

Simplicidad para gozar

en lo pequeño de sus grandes logros.

Esperanza para encontrar con ellos

un espacio, en donde se respete al hombre.

Fé para sentir la paz de los

que no esperan milagros

y en especial

un gran amor, del cual se recibe

la ternura, que solo ellos pueden dar"

MARCO TEÓRICO

PARÁLISIS CEREBRAL

1. DEFINICIÓN:

La Parálisis Cerebral puede definirse como una serie de alteraciones y trastornos del tono muscular, la postura corporal y el movimiento; que son el resultado de una lesión cerebral, producida cuando el cerebro es aún inmaduro y se encuentra en desarrollo; aunque esta lesión no es progresiva, influye en la maduración neurológica, es de carácter irreversible y suele presentarse en el niño antes, durante o después del nacimiento o durante la primera infancia.

1.1. CARACTERÍSTICAS GENERALES :

El daño cerebral afecta el tono y la coordinación muscular, generando en el niño incapacidad para asumir y mantener posiciones y movimientos normales. Adicional al trastorno motor que es el mas evidente pueden presentarse alteraciones en el lenguaje, la visión, la percepción, la audición y el desarrollo emocional, además de la presencia o no de déficit mental.

El niño con Parálisis Cerebral puede verse afectado ligeramente de tal modo que solo presente alteraciones leves de movimientos, hasta niños con compromiso motor severo que no le permitirán realizar movimientos voluntarios mínimos; niños que pueden tener desde una inteligencia normal hasta un déficit mental profundo.

La severidad o no de los trastornos en el desarrollo integral del niño depende del grado de afectación, del tipo de Parálisis Cerebral, de su localización y de la existencia o no de trastornos asociados.

Todos estos aspectos marcan las diferencias entre un niño y otro a pesar de padecer trastorno similar y quizá del mismo tipo.

A partir del diagnóstico precoz y mientras más temprano se inicie el proceso de estimulación y habilitación mejores serán las posibilidades y el pronóstico para el niño.

2. ETIOLOGÍA

La Parálisis Cerebral puede producirse por diversas causas durante las etapas pre, peri y post-natal por la presencia de una lesión en el cerebro inmaduro (específicamente en el encéfalo, lo que genera anormalidad en la producción de movimientos en el niño si logra realizarlos).

2.1. CAUSAS :

2.1.1. Prenatales.

La lesión es producida durante alguno de los dos periodos del embarazo :

2.1.1.1. Periodo embrionario : desde la concepción hasta el cuarto mes de embarazo. Rubéola ,Varicela, hepatitis dan lugar a malformaciones cerebrales, visuales, auditivas y cardíacas

2.1.1.2. Periodo Fetal : Entre el cuarto y el noveno mes. Si la madre contrae enfermedades intrauterinas el bebé puede morir o sufrir secuelas como la que estamos tratando. Estas enfermedades pueden ser :

- Infecciosas : Producidas por microbios como el meningococo que causa la meningitis, virus como el que produce la rubéola y el sarampión, Parásitos

como los contenidos en los excrementos de los gatos y perros que producen la toxoplasmosis (toxoplasma gondi)

- Metabólicas : los desequilibrios en los niveles de azúcar como la diabetes, los problemas para la asimilación de proteínas (distrofia, disproteinémica).
- Tóxicas : Alcoholismo, drogadicción, intoxicación por químicos e inhalación de dióxidos de carbono.
- Mecánica : maniobras abortivas mal controladas, abortos reiterados, problemas cardíacos de la madre, placenta previa, preclampsia.
- Otras: Radiaciones (rayos x), fármacos incontrolados (automedicación)

2.1.2.Perinatales

La lesión se produce en el transcurso del parto por las complicaciones que pueden presentarse, constituyendo el denominado "sufrimiento fetal agudo" ocasionando así una lesión cerebral.

2.1.2.1 Anoxia : (falta de oxígeno) a causa de un parto prolongado, vueltas del cordón umbilical, dificultad para pasar la cabeza debido a estrechez pélvica de la madre, mala utilización del fórceps.

2.1.2.2. Prematuridad : el niño nace antes del tiempo.

2.1.2.3. Hipermadurez : niños que nacen después de los nueve meses.

2.1.3. Post-natales

La lesión se produce por enfermedades después del nacimiento y en la primera infancia (hasta los dos años)

2.1.3.1. Infecciones:

- Meningitis
- Sarampión
- Inflamación del encéfalo (encefalitis)
- Fiebres altas después de las vacunas (mas de 39°C)

2.1.3.2. Crónicas : tuberculosis, tumores cerebrales ocasionados por bacterias

2.1.3.3. Vascular : hemorragias, presión arterial alta, malformaciones vasculares cerebrales, falta de oxígeno, ahogo por aspiración de comida, obstrucción respiratoria que puede causar paro respiratorio espontáneo inexplicable.

2.1.3.4. Incompatibilidad de Rh y grupo sanguíneo: todos tenemos características en la sangre que determinan el tipo al que pertenecemos; las mas importantes son: Rh: que puede ser negativo o positivo. Tipo: que puede ser A, B, AB, u O.

En la concepción, el tipo de Rh de la madre es un factor importante para prevenir una futura limitación

Hombre	Mujer	Hijo
Rh negativo	Rh negativo	Normal
Rh negativo	Rh positivo	Normal
Rh positivo	Rh positivo	Normal
Rh Positivo	Rh Negativo	Discapacitado

2.1.3.5. Otras: Deshidratación, accidentes y trauma encéfalocraneal (golpes en la cabeza), convulsiones por fiebre alta.

3. DIAGNOSTICO

El diagnóstico de la Parálisis Cerebral requiere de tiempo ya que solo logra evidenciarse de manera progresiva. Los signos tempranos de rigidez o flacidez pueden ser notables algunas veces poco después del nacimiento, otros en cambio, pueden tomar varios meses antes de que lleguen a ser obvios.

Para el diagnóstico de una Parálisis Cerebral es fundamental tener presente la historia prenatal, un inventario detallado del desarrollo integral del niño, de la calidad y cantidad de sus movimientos, la presencia o ausencia de algunos reflejos y el tono muscular del niño.

3.1. SIGNOS TEMPRANOS

Los signos tempranos de espasticidad (rigidez) o hipotonía (flacidez) pueden ser notados algunas veces poco después del nacimiento. Sin embargo otros síntomas sólo aparecerán meses después. A continuación aparecen algunos signos que pueden ser de gran importancia si se observan la mayor parte del tiempo. No obstante, no todos los niños presentan estas manifestaciones.

3.1.1. Rigidez Repentina

Cuando se le coloca en determinadas posiciones como boca - abajo, boca - arriba llegando a ser difícil, flexionar el cuerpo del bebé para vestirlo o mimarlo. Movimientos explosivos, piernas en posición de tijera

3.1.2. Flacidez

A los dos o tres meses el bebé no puede sostener su cabeza, la deja caer constantemente y no logra levantarla. Sus brazos y piernas cuelgan hacia abajo cuando el niño es sostenido en el aire.

3.1.3. Desarrollo lento

El niño tarda más tiempo de lo normal para aprender a controlar su cabeza, sentarse, usar las manos, etc. El puede usar una parte de su cuerpo más que otra, por ejemplo, algunos bebés presentan mayor movilidad de un lado de su cuerpo, prefieren usar un miembro determinado en lugar de usar ambos.

3.1.4. Alimentación Pobre

Los niños presentan deficiencia para la succión y deglución, su lengua tiende a empujar la leche y los alimentos hacia fuera.

El niño puede permanecer la mayor parte del tiempo con su boca abierta.

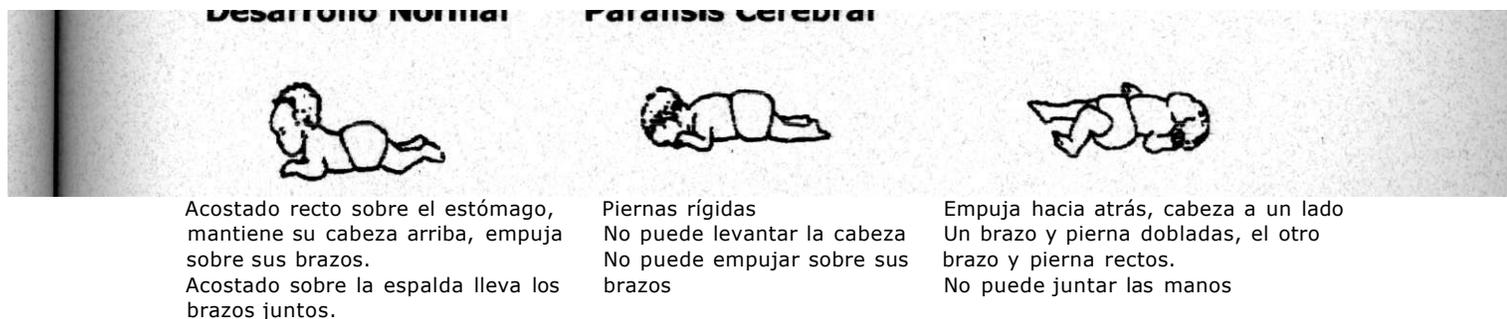
3.1.5. Comportamiento Anormal

El niño puede permanecer la mayor parte del tiempo irritable, ser poco expresivo y dormir mal; o puede presentarse casos donde es demasiado tranquilo, no pone problema en ningún momento, permanece en la misma posición durante todo el tiempo y puede no sonreír pasados los tres meses de edad.

3.2. MAS SIGNOS PARA BUSCAR

Los dibujos en la izquierda muestran la manera en que los niños "normales" se mueven en algunas fases importantes del desarrollo. Los dibujos a la derecha muestran como el mismo movimiento puede verse cuando es hecho por un niño con Parálisis Cerebral.

Edad : Por los tres meses



Edad : Por los seis meses

Desarrollo Normal

Parálisis Cerebral



Se sienta apoyado en las manos.
Sostiene el peso en los Pies cuando se sostiene de pie

No puede levantar la cabeza
Espalda redonda
Brazos rígidos y manos empuñadas

La cabeza cae hacia atrás o empuja hacia atrás cuando lo toman para sentarlo

Se para empinado
Los brazos jalan atrás.
Piernas rígidas que se cruzan como tijeras

Edad: Por los nueve meses.

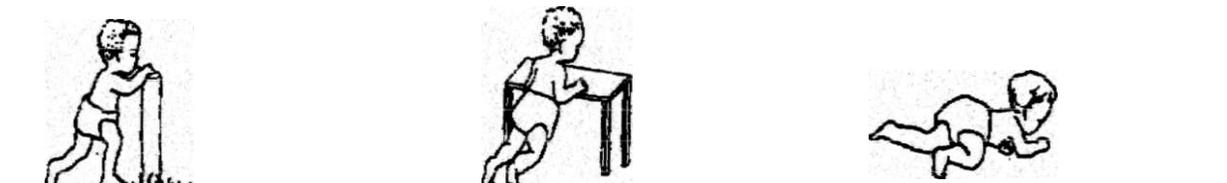


Se sienta solo, coge objetos
Se sostiene solo cuando lo Colocan de pies.

Espalda redonda
Pobre uso de las manos para jugar, brazos rígidos

No soporta su peso en las piernas.
Levanta muy poco la cabeza.

Edad : Por los doce meses



Trata de pararse agarrándose de algo, gatea bien.

Dificultad para ponerse de pie
Piernas rígidas

No puede gatear, usa solo un lado del cuerpo o se arrastra usando solo los brazos.

Edad : Por los 18 meses



Usa ambas manos, se sienta, se para y camina solo

Un brazo rígido y doblado
Pobre equilibrio de pie.
Camina empinado en un lado

Usa solo una mano, una Pierna puede estar rígida.
Se sienta inclinado.

4. CLASIFICACIÓN.

4.1. ASPECTOS GENERALES.

Las diversas clases de Parálisis Cerebral están basadas en los efectos funcionales del tono muscular y según la localización y distribución corporal. Sin embargo es oportuno aclarar que raras veces se presenta un determinado tipo de Parálisis Cerebral pura, pues frecuentemente suelen ser mixtos.

Se habla de parálisis si existe pérdida total del movimiento muscular y de paresia, si la pérdida es parcial, encontramos casos desde afectaciones leves donde el niño puede realizar movimientos voluntarios sin mayor dificultad hasta afecciones severas que impiden totalmente la realización de movimientos.

Dada la frecuencia de la utilización del término "tono" es pertinente señalar lo que significa. Según Barraquer Bordas "el tono es un estado de tensión permanente de los músculos de origen esencialmente reflejo, variable, cuya misión fundamental tiende al ajuste de las posturas locales y de la actividad general."

La Parálisis Cerebral hace parte de las enfermedades y afecciones del sistema nervioso central. Los tres síndromes motores: piramidal, extra piramidal y

cerebeloso, dan origen a uno u otro tipo de parálisis según la ubicación de la lesión, dando lugar a su vez a un trastorno específico que obstaculizará el desarrollo de los movimientos (voluntarios e involuntarios)

4.1.1.Sistema Piramidal.

Es el responsable de la ejecución de los movimientos voluntarios básicos y precisos que realizamos y su finalidad es organizarlos en el espacio y en el tiempo. Su función consiste en :

- Facilitar movimientos voluntarios independientes.
- Facilitar los sistemas fundamentales de mantenimiento del tono muscular,
- Mantener fijo el umbral de los reflejos profundos.

4.1.2. Sistema extrapiramidal

Es responsable de la ejecución de movimientos involuntarios automáticos y asociados. Su función consiste en:

- Activar grandes grupos musculares y simultáneamente inhibir la actividad de otros en la producción de modelos estereotipados de movimientos.
- Inhibir los mecanismos que sostienen el tono muscular.
- Elevar el umbral de los reflejos profundos.

4.1.3. Cerebelo.

Es el responsable de la coordinación muscular y del movimiento. La función esencial del cerebelo consiste en la capacidad para coordinar correctamente los movimientos, para la realización de actos que exigen una integración especial como el acto de caminar.

4.2. CLASIFICACIÓN BASADA EN LOS EFECTOS FUNCIONALES.

4.2.1. Espasticidad

Se caracteriza por una marcada rigidez de movimientos e incapacidad para relajar los grupos musculares, debido al aumento de la tensión en los músculos. La espasticidad se origina a partir de una lesión ubicada en el sistema piramidal, lo que genera síntomas como la hipertonía, hiperflexión e hiperextensión, así como bajo umbral de excitación.

Los movimientos de los niños espásticos son rígidos, bruscos y lentos. El tono muscular aumenta con facilidad ante situaciones emocionales diversas como miedo, ansiedad, alegría, etc...

Generalmente la espasticidad suele afectar a los músculos flexores de las

extremidades superiores y a los extensores de las extremidades inferiores; sin embargo, la espasticidad puede presentarse en todo el cuerpo o en las piernas o a un lado del cuerpo mientras el resto del cuerpo logra desarrollarse casi normalmente. Los movimientos normales voluntarios se obstaculizan por la intervención de movimientos grupales que involucran todo el cuerpo impidiendo el movimiento normal.

El crecimiento del niño es irregular debido a la presión anormal de los músculos tensos sobre huesos y articulaciones dando lugar a un retraso en el desarrollo. El niño tiene dificultad para controlar su cabeza, dificultad para ejecutar movimientos, hay incoordinación en ellos y están sujetos a la presencia de patrones anormales dependiendo de la posición en que se encuentre. Tiene dificultad para el desarrollo de las habilidades prelingüísticas (succión, deglución, masticación, respiración) así como para la estructuración del habla.

4.2.2. Atetosis

Se caracteriza por movimientos involuntarios que enmarcan e interfieren las acciones normales del cuerpo. Se observa también el retorcimiento o contorsión de la lengua y de las extremidades. La atetosis se origina a partir de una lesión localizada en el sistema extrapiramidal.

Los movimientos de los niños atetósicos son involuntarios, impulsivos y dificultan los movimientos voluntarios que se obstaculizan por la presencia de movimientos innecesarios en la ejecución de una acción. Presentan una marcada movilidad en las articulaciones, además reflejos anormales, no poseen equilibrio ni coordinación y difícilmente desarrollan contracturas. Adicionalmente tienen dificultades en la adquisición de las habilidades prelingüísticas (respiración, succión, deglución, masticación) y desde luego el lenguaje se ve alterado por afasias en la coordinación de los movimientos de la boca y la laringe.

Los movimientos atetósicos son producto del cambio brusco e inesperado del tono muscular pues pasan fácilmente de hipotonía a tono normal o a una exagerada hipertonía o viceversa y de la hiperflexión a la hiperextensión, aunque presentan una hipotonía de base.

4.2.3. Ataxia

Se caracteriza por presentar una marcada dificultad para mantener el equilibrio, el control del tronco y presenta dificultades para lograr la coordinación general. La ataxia se origina a partir de una lesión localizada en el cerebelo y de acuerdo a la porción afectada, tendrán lugar los temblores intencionales y la limitación para realizar movimientos rápidos y precisos. La

ataxia puede estar asociada a la atetosis en la realización de movimientos libres de los brazos, lo que genera mayor inseguridad.

El niño atáxico hace generalmente los movimientos y gestos en los que se siente seguro lo que reduce sus posibilidades para la adaptación y variación de estos. Los niños que logran caminar experimentan el temor a caer, se ponen rígidos o temblorosos y evitan movimientos de rotación. La inteligencia suele ser de un nivel bajo, viéndose afectada por trastornos visuales, auditivos y de percepción.

Los movimientos de los niños atáxicos son torpes o no coordinados, suelen desviarse de la dirección inicial, no consiguen medir la fuerza ni orientar sus movimientos; sus músculos se ven afectados por la hipotonia. Existe la inestabilidad en el tronco.

4.2.4. Mixta

No es frecuente encontrar un niño que presente un tipo de Parálisis Cerebral concreto que sea solo espástico, atetoide o atáxico y esto es lo que hace precisamente la parálisis mixta, la afectación motriz más común.

El trastorno mixto mas común es la atetosis - espastica, pero puede presentarse cualquier combinación. Puede presentarse diversos tipos de

afección muscular tales como hipertonia (aumento excesivo del tono muscular) que genera rigidez, hipotonia (disminución del tono muscular) que produce flacidez muscular o temblores.

4.3. CLASIFICACIÓN BASADA EN LA LOCALIZACIÓN CORPORAL.

- Hemiplejía: Afección y deficiencia de un hemisferio o lado del cuerpo
- Monoplejía: Afección de una sola extremidad del cuerpo bien sea inferior o superior (brazo o pierna) suelen ser muy poco frecuentes.
- Paraplejía : Afección de las extremidades inferiores.
- Triplejía : Afección de tres extremidades es muy poco frecuente.
- Tetraplejía o Cuadriplejía : afección de las extremidades inferiores y superiores.



HEMIPLEJIA

DIPLEJIA

CUADRIPLEJIA

5. DESARROLLO.

5.1. ASPECTOS GENERALES.

El desarrollo integral del niño está condicionado por su posibilidad para moverse, la cual se manifiesta desde el periodo prenatal. Posteriormente después del nacimiento estas posibilidades se amplían en la medida que continúa explorando su propio cuerpo mientras descubre día a día su capacidad de movimiento y es así, tocando su cuerpo, moviéndose, dándose cuenta de que puede tener contacto con lo que le rodea como desarrolla su percepción y se asume como un ser independiente de su madre avanzando en su desarrollo hacia la adquisición de nuevas habilidades y repertorios que le garantizarán su autonomía.

El niño con Parálisis Cerebral presenta dificultad para realizar movimientos y, por tanto, tiene limitaciones para explorar su cuerpo lo que le generará dificultades en el desarrollo de la percepción corporal la cual alcanzará luego de un considerable atraso. Todas estas limitaciones del niño para moverse retardan su capacidad perceptiva interfiriendo en su capacidad intelectual total.

Como consecuencia de su dificultad para moverse, el desarrollo del niño con Parálisis Cerebral se ve alterado y retrasado de acuerdo a la severidad y

localización de la lesión; sin embargo, a partir del proceso de estimulación y rehabilitación oportuna el niño podrá adquirir algunas habilidades que le permitirán alcanzar cierto grado de funcionalidad.

5.2. DESARROLLO DE LA MOTRICIDAD.

El cerebro es el responsable del control de todos los movimientos y esto lo hace a través de los ojos, los oídos, la piel, los músculos y las articulaciones que trabajan conectados en grupos, combinándose entre si para permitirnos realizar desde movimientos simples hasta complejas maniobras.

En el niño con Parálisis Cerebral los músculos realizan su trabajo de igual manera pero se ven afectados por patrones anormales e incoordinados de movimiento como consecuencia de una lesión cerebral.

El daño cerebral produce trastornos en el desarrollo motor, retardándolo desde edades muy tempranas. De acuerdo a la gravedad de la Parálisis Cerebral se tendrán mayores o menores posibilidades de movimiento. El desarrollo motor de un niño con Parálisis Cerebral está considerablemente retrasado con relación a otros niños de su edad. El retraso se evidencia en la dificultad para pasar de actividades involuntarias a conductas cada vez mas controladas y organizadas, se darán también diferencias y alteraciones en todo el desarrollo de su motricidad.

Las características mas relevantes del desarrollo motriz son las siguientes:

- Alteraciones del tono muscular (el tono es un estado de contracción muscular)
- Hipotonía (disminución del tono muscular)
- Hipertonía (aumento exagerado del tono muscular)
- Distonía (alteraciones del tono muscular, variación inesperada de este desde hipotonía hasta hipertonía)
- Alteraciones en la coordinación muscular que intervienen en la postura corporal imposibilitando la adopción de posturas adecuadas.
- Alteraciones en el movimiento que imposibilitan su normal realización.

Aunque el desarrollo motor del niño con Parálisis Cerebral se ve retrasado y alterado, un tratamiento precoz puede conseguir que el niño sea lo más funcional posible evitando malformaciones y contracturas que empeorarían su condición.

5.3. DESARROLLO DEL LENGUAJE.

El lenguaje es una de las funciones mas complejas que realiza el hombre, es el resultado de la combinación de movimientos bien definidos y coordinados que tiene lugar gracias a dos importantes funciones primarias : respirar y comer.

El niño con Parálisis Cerebral presenta dificultades para la adquisición de habilidades pre-lingüísticas (respiración, succión, deglución, masticación) lo que le generará problemas para la articulación del lenguaje.

Ante la dificultad para coordinar los movimientos oro-faciales y los músculos buco-fonatorios, los trastornos no se hacen esperar y el niño podrá entonces desarrollar un lenguaje de menor o mayor inteligibilidad o en el peor de los casos no lo alcanzará.

Estos trastornos en el desarrollo de la comunicación producen también retrasos en el lenguaje comprensivo, debido posiblemente a la presencia de trastornos asociados como alteraciones auditivas, lesiones adicionales en las vías nerviosas, falta de estimulación, ausencia de retroalimentación lingüística y retardo mental. Adicionalmente aunque no haya trastornos asociados, la falta de experiencia y de interacción cotidiana del niño atrasan su lenguaje.

5.4. DESARROLLO COGNITIVO.

El desarrollo cognitivo del niño con Parálisis Cerebral puede verse influenciado o no con presencia de retardo mental y trastornos asociados. Sin embargo, en la ausencia de estos el sólo hecho de estar limitado a nivel motriz implica ya un atraso en su desarrollo pues sus experiencias sensoriomotrices resultan

insuficientes, su incapacidad para recorrer y explorar el espacio, interactuar con lo que le rodea reduce sus posibilidades para desarrollar su inteligencia sensoriomotriz con mayor o menor intensidad de acuerdo a la severidad de la lesión y de su localización corporal, lo que le dificultará a su vez alcanzar los diversos periodos del desarrollo cognitivo planteados por Piaget (Periodos sensoriomotor, periodo de las operaciones concretas y periodo de las operaciones formales. 1956), dado que el acceso a cada uno de ellos depende del dominio de la anterior.

Según Piaget el desarrollo cognitivo se logra como resultado de una interacción continua entre el niño con su experiencia pasada y la situación inmediata. No todos los niños con Parálisis Cerebral presentan alteraciones cognitivas, algunos no tienen dificultad para nivelarse con otros niños "normales" durante el proceso de aprendizaje y hasta logran ser independientes y responsables de sí mismos.

La Parálisis Cerebral afecta el desarrollo de algunas funciones cognitivas complejas como la percepción, atención, y concentración. Las dificultades en el desarrollo cognitivo se ven influenciadas frecuentemente por situaciones de cansancio, estrés, y fatiga, ya que estas condiciones afectan con mayor intensidad al niño con Parálisis Cerebral que al que no la padece.

Otro factor importante que incide en el desarrollo cognitivo del niño está

relacionado con las dificultades de aprendizaje que muchas veces no están vinculadas directamente al retardo mental y tienen que ver con alteraciones viso-motoras, distracción, barreras emocionales (angustia, temor) y ambientes poco estimulantes.

5.5. DESARROLLO SOCIO-AFECTIVO.

La alteración motriz ejerce también su influencia negativa en el desarrollo socio-afectivo del niño, ya que este establece relaciones defectuosas con el entorno donde vive de tal modo que se le dificulta hacer uso de algunos signos y gestos convencionales para comunicarse.

La continua dificultad para ejercer control sobre los objetos, las situaciones y las personas que le rodean, generan en el niño el sin sabor del fracaso y la percepción de la derrota, interiorizando un sentimiento de indefensión.

Los actos fallidos de ejercer control sobre su entorno reducen la motivación para intentarlo de nuevo o enfrentarse a otra actividad o relacionarse con otras personas. El niño con Parálisis Cerebral suele experimentar muchos cambios emocionales, sus sentimientos son intensos, se excitan fácilmente, suelen ser difíciles de controlar y pueden presentar estados de ánimo muy variables. Es normal que muestren actitudes explosivas o violentas ante las situaciones de

frustración que atraviesan a menudo; demuestran gran temor ante nuevas situaciones, suelen ser inseguros, llorosos y padecen crisis de depresión.

Es frecuente el retraimiento y la negativa a trabajar o cooperar y esto debe ser comprendido por quienes le rodean sin que ello signifique sobreprotección o subvaloración, pues la falta de experiencias positivas pueden en algún momento influir también en el adulto que podría llegar a pensar que todos los esfuerzos son inútiles. Sin embargo una pequeña sonrisa le demostrará que existen muchas formas para comunicarse y que hay pequeñas grandes metas que alcanzar.

6. TRASTORNOS DEL DESARROLLO ASOCIADOS A LA PARALISIS CEREBRAL.

El cerebro es el responsable de múltiples funciones que se relacionan entre sí. Algunas veces la lesión puede afectar otras partes de éste, lo que puede causar dificultades para el desarrollo normal del niño

6.1. TRASTORNOS SENSOPERCEPTIVOS.

6.1.1. Defectos Visuales :

Caracterizados por la dificultad para coordinar los movimientos de sus ojos, desviación de la mirada, dificultad para realizar seguimientos visuales. Entre ellos encontramos : estrabismos , poca agudeza visual, nistagmo (oscilación continua del globo ocular), defecto óculo motor (imposibilidad para mover los músculos ópticos). La atención oportuna y especializada puede mejorar la visión del niño.

6.1.2. Defectos Auditivos :

Caracterizados por una pérdida auditiva que puede ser parcial y acentuarse durante la recepción de tonos agudos. Este tipo de dificultad se encuentra con mayor frecuencia en el grupo atetoide. Las ayudas auditivas como audífonos,

implantes y prótesis pueden resolver en gran medida este problema si es diagnosticado a tiempo. Sin embargo, podemos encontrar en los otros grupos hipoacusias unilaterales, bilaterales que inciden en el retraso de la aparición del lenguaje.

6.1.3. Trastornos de la Percepción

Caracterizados por una interiorización pobre de su esquema corporal, pues el niño tendrá dificultad para el reconocimiento de su propio cuerpo, la ubicación en el tiempo y en el espacio y la relación con el mundo que le rodea debido a alteraciones en la posición, el movimiento, el tacto, la visión, la audición que le impedirán al niño asimilar su entorno, reconocer los objetos, establecer relaciones entre ellos, entre él y los objetos, desplazarse y orientarse en el espacio (problemas de lateralidad). Lo anterior causará problemas para la realización de juegos constructivos aunque sean un rompecabezas simple.

6.2. TRASTORNOS DEL LENGUAJE

Suele presentarse en la gran mayoría los niños con Parálisis Cerebral ya que poseen una coordinación y un control deficiente de los músculos faciales y respiratorios, de la lengua o los labios; dando paso a defectos del lenguaje que van desde leves dificultades para la articulación de la palabra hasta la ausencia completa de este.

Aunque son más evidentes los trastornos del lenguaje expresivo, son muy importantes los retrasos en el desarrollo del lenguaje comprensivo que pueden ser originados por trastornos auditivos, por falta de estimulación lingüística, por falta de retroalimentación (el niño no se oye así mismo y le es muy difícil aumentar su vocabulario por sus limitaciones en el empleo del lenguaje oral)

Los trastornos del lenguaje marcan su inicio cuando el niño es muy pequeño y comienzan a evidenciarse durante la alimentación presentando dificultades para la adquisición de las habilidades pre-lingüísticas como: succión, deglución, masticación las cuales pueden ser insuficientes o inexistentes.

Las alteraciones mas comunes son las siguientes :

- Deslizamiento de la lengua
- Babeo
- Dificultad respiratoria.
- Trastornos en la emisión de la voz siendo esta ausente o lenta debido a espasmos en los órganos de la respiración o fonación
- Voz gangoza.
- Voz nasalizada.
- Trastornos de articulación por movimientos o patrones reflejos (palmomentoniano)
- Trastornos en la comprensión.
- Mímica exagerada.
- Cambios bruscos de expresión.

6.3. ALTERACIONES COGNITIVAS.

Pueden estar relacionadas con la presencia o no de trastornos asociados y el retardo mental. Las alteraciones cognitivas están vinculadas al tipo de Parálisis Cerebral de tal modo que a mayor compromiso más bajo es el desarrollo cognitivo que puede verse también afectado por la presencia constante de convulsiones, sin embargo, esto no puede asumirse como regla general ya que pueden presentarse excepciones significativas.

Una lesión cerebral no siempre afecta la inteligencia. Entre los niños con pocas deficiencias físicas y los gravemente afectados nos encontramos casos de inteligencia normal y otros cuyo nivel intelectual es muy bajo. La alteración cognitiva de mayor relevancia está constituida por las dificultades de aprendizaje que están sujetas al desarrollo individual del niño y a un ambiente poco estimulante.

6.3.1 Epilepsia

Estudios han demostrado que esta ejerce gran influencia en el desarrollo mental dada la frecuencia de muerte neuronal durante los episodios convulsivos. La epilepsia afecta con mayor intensidad a los niños que padecen una Parálisis Cerebral grave o altamente comprometidos y con mayor frecuencia a los del grupo espástico aumentando el daño cerebral y causando

o incrementando la deficiencia mental.

Los ataques convulsivos pueden usualmente ser controlados con medicinas suministradas regularmente bajo estricta supervisión médica y no debe ser suspendida ni aumentada sin previa autorización. La mayoría de los anticonvulsionantes producen decaimiento y somnolencia en el niño.

6.4. TRASTORNOS PSICOLÓGICOS.

Son generados especialmente por el entorno familiar del niño. Sus limitaciones físicas y su retraso general en el desarrollo crean una dependencia mas prolongada de la madre lo que contribuye a un retraso en el funcionamiento psíquico diferenciado (el niño tarda mas en asumirse como un ser independiente de su madre, que siente, piensa y desea por sí mismo). Otro factor determinante en la aparición de trastornos psicológicos es el ambiente familiar lleno de tensiones, el trato discriminatorio, la sobreprotección y la subvaloración que genera en el niño inseguridad, angustia, inestabilidad y sentimientos que alteran su desarrollo psicológico.

El fracaso reiterativo en la ejecución de tareas o el desarrollo poco exitoso de sus objetivos y actividades originan inseguridad para enfrentarse y experimentar por sí solo.

7. POTENCIALIDADES Y POSIBILIDADES REALES DEL NIÑO CON PARÁLISIS CEREBRAL A PARTIR DEL PROCESO DE ESTIMULACIÓN.

Las posibilidades del niño con Parálisis Cerebral son variables y dependen de la precocidad del diagnóstico, de la intervención oportuna de un programa de estimulación integral adecuada y por supuesto del grado de afectación de la Parálisis Cerebral, de su distribución corporal y de sus efectos funcionales.

Es de vital importancia tener en cuenta para el desarrollo de las posibilidades del niño que cada uno de ellos es diferente aunque presente las mismas limitaciones, tengan la misma edad y el mismo factor etiológico, de ahí que todo pronóstico sea de carácter individual.

Para garantizar la eficacia del desarrollo del niño debe involucrarse tempranamente al grupo familiar, asesorando a sus padres, para que aceptando al niño con su discapacidad y su condición diferente lleguen a ser canalizadores de la ayuda y planes diseñados para él.

Un programa de estimulación apropiada concibe al niño con Parálisis Cerebral como un ser integral donde se atienden conjuntamente todas las áreas del desarrollo, lo asume como lo que es: Un ser completo; y tiene en cuenta que este reacciona de modo único e individual.

La atención para elevar las posibilidades del niño estará a cargo de un equipo interdisciplinario conformado por un fisioterapeuta que se encarga de la enseñanza sistemática de las posturas y el movimiento adecuado para posibilitar la ejecución de movimientos correctos y útiles así como la prevención de contracturas, un fonoaudiólogo que a partir de la terapia busca educar los músculos de los labios y la garganta para mejorar el habla así como la comprensión del lenguaje, un psicólogo que brinda un acompañamiento al niño y a su familia para lograr con mayor facilidad la aceptación de la discapacidad y la adopción de estrategias que garanticen su salud mental, un terapeuta ocupacional que habilita al niño para desempeñar adecuadamente sus actividades básicas cotidianas como la higiene, la alimentación, el vestido y la locomoción, además de la intervención esencial del educador especial quien se encarga de estimular el desarrollo integral del niño, de hacer movilizar su pensamiento elevando su nivel cognitivo y de mejorar sus capacidades de desempeño y aprendizaje. Todos ellos trabajarán en conjunto con los padres, llevando a cabo un proceso continuo y coordinado. A partir de este proceso, el niño aprenderá a percibirse a sí mismo a través del contacto permanente con el otro; dicho contacto físico le permitirá experimentar, sentir, disfrutar su propio cuerpo, proyectarse hacia el entorno desarrollando habilidades intelectuales, emocionales y su existencia entonces tomará sentido.

Así pues, el niño, aprenderá a utilizar sus sentidos incorporándose al mundo, integrando estímulos externos, reconociéndose y aceptándose a sí mismo

mientras amplia su disposición para aprender, aunque precise de ayuda para hacerlo, para vencer a aquellos reflejos persistentes que se empeñan en no dejarlo explorar, jugar, descubrir, para asumir posiciones y aptitudes correctas frente a los hechos y los objetos.

El niño podrá entonces descubrir la magia del juego experimentando gran alegría ante los juguetes que pueden moverse y aquellos objetos que logra manipular, mas aún, se sentirá capaz y seguro de sí mismo ante la realización de cada nuevo movimiento por simple que parezca y ante el acompañamiento y motivación de sus padres o educador lo intentará de nuevo, librándose una nueva batalla donde su lucha será constante para la adquisición de un logro mas.

Cada encuentro, cada espacio para la estimulación le permitirá al niño a su vez compartir con otros niños, desarrollarse a través de su propia actividad y de la oportunidad de establecer contacto con el otro. Mejorará su desarrollo físico adquiriendo habilidades y posturas que lo prepararán para acomodarse y desplazarse en el espacio, mejorará sus habilidades comunicativas, obtendrá herramientas para la construcción de su conocimiento y aprendizaje, logrará mejorar la relaciones con su entorno, avanzará en su proceso de independencia.

Es de vital importancia recordar que para adquirir y elevar las posibilidades del

niño se requiere de tiempo, constancia y de la colaboración fundamental de la familia, quien deberá recibir orientación básica acerca de la patología, del tratamiento y cuidados del niño con Parálisis Cerebral; lo que le permitirá obtener un conocimiento real de la situación de éste y así participará activamente en el proceso, una vez adquiere conciencia de la importancia de su apoyo. Motivándose a estimular al niño sin que ello equivalga en ningún momento a sobre protegerlo pues esto reduciría sus posibilidades.

En todos los casos se logrará en mayor o menor medida desarrollar las capacidades del niño, elevando su calidad de vida y procurando hacer de este niño, un niño feliz.

8. PREVENCIÓN.

La Parálisis Cerebral puede ser prevenida si se tiene en cuenta los siguientes aspectos:

- Embarazos programados.

Ojalá con exámen previo de la pareja (prevención para incompatibilidad sanguínea)

- Buena salud previa al embarazo.

Los hábitos de una alimentación balanceada y ejercicio adecuado deben fomentarse desde la niñez. Las pruebas e inmunización para la rubéola deben efectuarse *por lo menos* tres meses antes de embarazarse.

- Cuidado prenatal.

Los exámenes durante el embarazo ayudan a evitar las complicaciones. Conocer su tipo de sangre (si sabe que tiene Rh negativo debe informarlo oportunamente al médico). El cuidado que la propia madre debe practicar incluye una dieta balanceada; descanso adecuado; y evitar el cigarrillo, medicamentos no prescritos, drogadicción, alcoholismo y exposiciones a contagios (no visitar enfermos infecciosos)

- Precauciones durante y después del parto.

Acudir al hospital o centro de salud en caso de presentar fiebre muy alta (38° o más). Buscar asistencia especializada para la atención del parto, con el fin de garantizar las condiciones de supervivencia de la madre y el niño, pues es allí donde se dispone de recursos como unidades de cuidados intensivos, equipos para suministrar oxígeno y para realizar el diagnóstico y tratamiento de problemas que puedan presentarse así como personal profesional y especializado.

- Cuidado de la salud en la infancia.

Buena alimentación (procure alimentarlo con leche materna), programar exámenes físicos regulares e inmunizaciones (vacunas) contra enfermedades de la infancia. Llevar al niño al programa de control de crecimiento y desarrollo, acudir al médico cuando se presentan fiebres muy altas, evitar castigarlo con golpes (especialmente en la cabeza) y tomar medidas de precaución contra envenenamiento por Plomo, gas, accidentes caseros, fumigaciones, etc.

9. PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN ADECUADA DEL CENTRO DE SERVICIOS PEDAGÓGICOS DE LA FACULTAD DE EDUCACIÓN DE LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA.

Con el objetivo de potenciar todas las áreas del desarrollo del niño y elevar al máximo sus capacidades y habilidades surge el proyecto de estimulación adecuada dentro del centro de servicios pedagógicos que brinda apoyo y acompañamiento al niño entre cero meses y seis años de edad cronológica que presenta retardo en su desarrollo por la presencia de retardo mental, autismo, hiperactividad, síndrome de Down, hidrocefalia, microcefalia, retardo psicomotor, Parálisis Cerebral y otras patologías.

El proyecto se lleva a cabo a través de la acción pedagógica que se realiza por medio de la atención individual y grupal con el apoyo de la familia durante un proceso permanente de sensibilización, capacitación y prevención dirigido al núcleo familiar y a la comunidad con el objetivo primordial de lograr la integración familiar, escolar y social del niño discapacitado.

El proyecto cuenta con el apoyo de un equipo interdisciplinario conformado por fisioterapeuta, fonoaudióloga, psicólogo, terapeuta ocupacional y la educadora especial; se realizan acuerdos interinstitucionales con otras universidades, con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (I.C.B.F), con el Hospital Universitario San Vicente de Paúl (H.U.S.V.P), con instituciones de

Educación Regular y Especial. Los niños son atendidos directamente por practicantes de Educación Especial de la Universidad de Antioquia, por practicantes de Fisioterapia y Fonoaudiología de la universidad María Cano las cuales desempeñan su labor de manera coordinada con una intensidad en los apoyos de acuerdo a las necesidades de los grupos establecidos en el interior del proyecto.

10. MODELO DE ATENCION PARA EL NIÑO CON PARALISIS CEREBRAL.

El proyecto de Estimulación Adecuada en el Centro de Servicios Pedagógicos desarrolla un modelo de atención específico para el niño con Parálisis Cerebral con el objetivo de promover su desarrollo integral.

Para ingresar en el programa, el niño debe cumplir con los siguientes requisitos:

=> Remisión al programa de otras instituciones educativas ó de salud

=> Tener una edad cronológica entre los seis meses y seis años.

=> Poseer un diagnóstico médico que sea claro.

=> Presentar fotocopia del resumen de la historia clínica del niño así como los últimos exámenes realizados (neurológicos, sensoriales etc).

=> No presentar una limitación sensorial visual o auditiva.

=> Debe haber un sólido compromiso de la familia para el buen desarrollo del proceso de estimulación adecuada.

10.1. EVALUACIÓN PSICOPEDAGÓGICA.

Consta de :

=> La anamnesis: que recoge la información relevante de los antecedentes personales, familiares y del desarrollo evolutivo del niño.

=> Exploración refleja: permitirá detectar cuales reflejos hay que inhibir y cuales hay que estimular para lograr un buen desarrollo.

=> Se considera además los niveles de desarrollo en las áreas de lenguaje expresivo, comprensivo, desarrollo cognitivo, motricidad fina y gruesa así como el área personal - social.

=> La observación detallada del niño como un ser integral, no como una patología o la suma de algunos ítem permitirá establecer un plan de intervención acorde a sus necesidades al igual que un pronóstico frente a la discapacidad.

=> Se utiliza la metodología de evaluación inicial, evaluación de seguimiento y evaluación final.

La información anterior, marcará las pautas para la clasificación y ubicación del niño dentro de los grupos de Parálisis Cerebral.

10.2. CLASIFICACIÓN DE LOS GRUPOS DE PARÁLISIS CEREBRAL.

Los niños se concentran en dos grandes grupos: Preparatorio y transición, estos a su vez se dividen en Preparatorio I, II, III; y Transición I, II, III; sin embargo en la actualidad solo se lleva a cabo la dinámica entre los preparatorios pues aún no se cuenta con niños suficientes para la creación y sostenimiento de los grupos de Transición, no obstante al interior de los preparatorios se van encontrando candidatos para este nivel que no muy lejos estará funcionando.

10.2.1. Preparatorio I, II, III.

Conformados por niños que poseen un pronóstico positivo, mayores y mejores posibilidades en todas o en la mayoría de las áreas del desarrollo, niños que a pesar de su compromiso motor intentarán realizar algunas actividades de manera independiente, niños que aunque precisen ayuda por su compromiso motor poseen una inteligencia normal o un déficit cognitivo no muy marcado, o sea, que requieren menos apoyo para acceder al aprendizaje y que pueden ser educados con una adecuada intervención para que lleguen a ser integrados a la educación normal y ser personas autónomas.

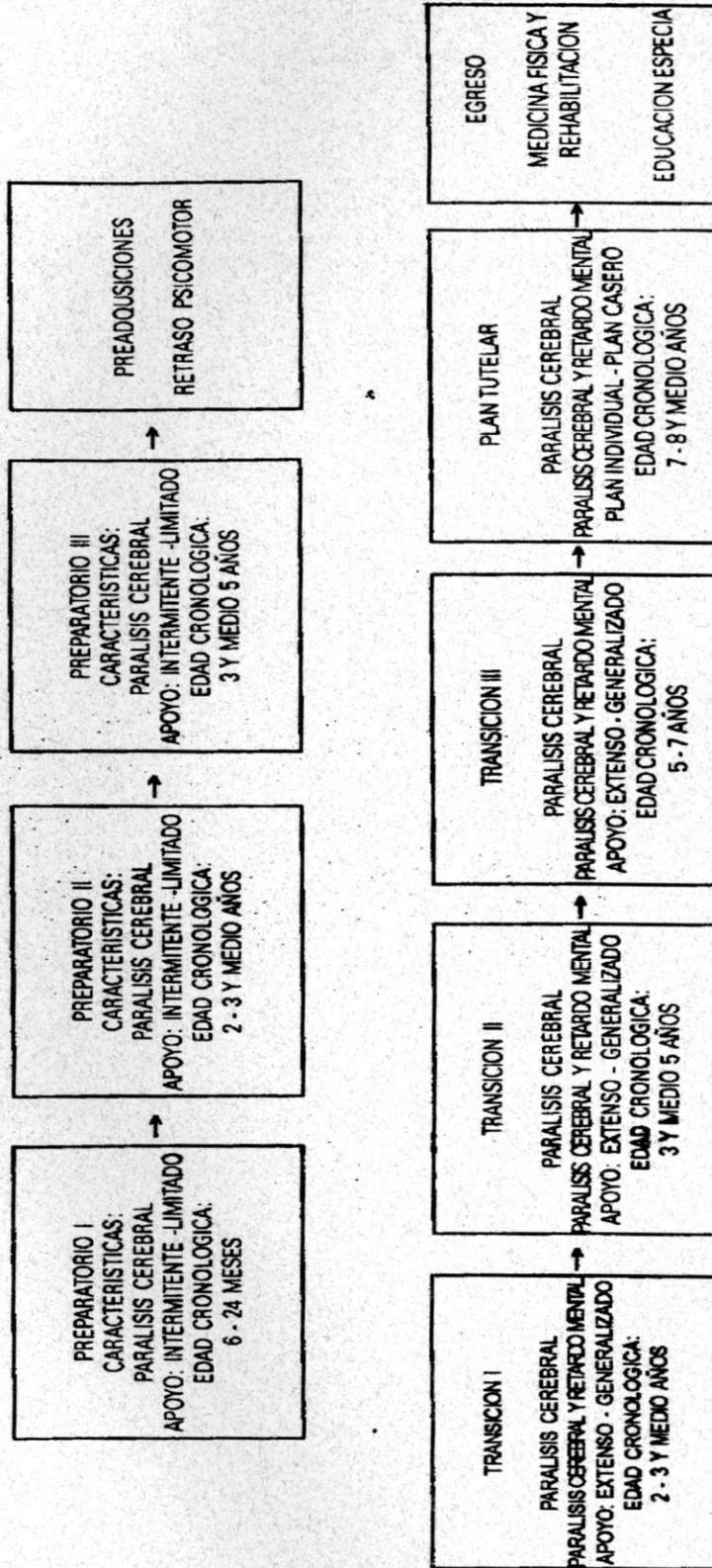
10.2.2. Transición I, II, III.

Estarán formados por aquellos niños con mayor edad cronológica, con pronósticos menos favorables y con menores posibilidades de desarrollo para las diversas áreas, niños que por la severidad de su compromiso son dependientes en todas las actividades básicas de la vida diaria, que requieren apoyo generalizado en todos los contextos y momentos y que presentan, además, deficiencia mental.

10.3. DINÁMICA DE PROMOCIÓN.

Para llevar a cabo la dinámica de promoción entre los grupos se tiene en cuenta el logro de los objetivos terminales de cada nivel. Los movimientos a realizar se harán en sentido horizontal o vertical de acuerdo al siguiente gráfico.

DINAMICA DE PROMOCIÓN



El periodo máximo de permanencia en un grupo será de tres semestres al cabo de los cuales se incluirá en la dinámica de promoción de acuerdo con su desempeño.

Para la promoción al interior del programa se deben contemplar las siguientes condiciones:

=> Estar ubicado en preparatorio tres y cumplir con los objetivos terminales del nivel. (en este caso el niño será promovido al grupo de preadquisiciones de Retardo Psicomotor al interior del Centro de Servicios Pedagógicos).

=> Estar en transición III y tener una edad cronológica de siete años. (En este caso se integrará al Plan Tutelar donde se brindarán pautas de manejo en el hogar y mejoramiento de condiciones de vida durante tres semestres y posteriormente egresaran del proyecto de Estimulación Adecuada del Centro de Servicios Pedagógicos y serán remitidos a programas de Educación Especial, medicina física y rehabilitación).

10.4. METODOLOGÍA.

El desarrollo de las estrategias de intervención pedagógica se lleva a cabo dentro de un ambiente humano, cálido, creativo y lúdico pues el trabajo es pensado en función de los niños. Se involucra en él a la familia a partir del contacto directo y de la capacitación permanente. Las sesiones de trabajo se convierte en un espacio enriquecedor para todo el grupo donde es posible aprender, compartir, disfrutar del trabajo, sensibilizarse y crecer un poco mas cada día. Se brindan apoyos individualizados por parte de estudiantes de fisioterapia de la Universidad María Cano.

10.4.1. Sesión de Intervención.

Se plantea con las características anotadas anteriormente y teniendo en cuenta los siguientes aspectos propuestos en el Modelo de Intervención para el Niño con Parálisis Cerebral.

- Saludo: A partir de rondas, canciones o alguna actividad lúdica se da inicio a la sesión.
- Asistencia
- Orden del Día.
- Objetivos de la sesión: se explica a las madres los objetivos a trabajar en cada una de las áreas del desarrollo seleccionadas en el orden del día.

- Charla: constituye el espacio para la capacitación de los padres, los temas expuestos son relacionados con la Parálisis Cerebral; la elaboración del material y aditamentos, temas de capacitación general y temas seleccionados según los intereses y necesidades de éstos, utilizando recursos como videos, filminas, y carteles entre otros y sobre todo un lenguaje accesible.
- Masajes : se realizan de forma individual según las necesidades del niño y se utiliza para ello tablas de textura, aceite y diversas sustancias y materiales con el objetivo de mejorar las condiciones de su tono muscular, prevenir las contracturas y predisponerlo adecuadamente para la realización del trabajo pedagógico. Siempre va acompañado de la explicación a las madres en relación al tipo de masaje del cómo y para qué realizarlo.
- Intervención de fonoaudiología: esta parte de la sesión es realizada por las practicantes de la Universidad María Cano que planean su intervención en coordinación con las practicantes de educación especial.
- Actividades : estas son planteadas de acuerdo a los objetivos para cada una de las áreas del desarrollo descritos en los objetivos del nivel (modelo de intervención) y según las necesidades del grupo; las áreas se trabajan de manera integrada a través de las diversas actividades en forma lúdica y creativa.

- Espacio para la sensibilización: este es preparado esencialmente para los padres por medio de lecturas, videos, filminas, espacios recreativos, talleres de sensibilización etc. (Este espacio se reserva según las necesidades del grupo).
- Evaluación : se lleva a cabo todos los días al finalizar la sesión, se hace conjuntamente con los padres teniendo en cuenta desenvolvimiento y actitud de los niños, los padres, las practicantes, los materiales, las actividades propuestas y otros.
- Varios : se incluye los informes generales acerca de actividades relacionadas con el Centro de Servicios, reuniones, talleres, actividades especiales, mensualidad, etc.
- Diario de Campo

Las sesiones de trabajo son consignadas en un diario de campo que se lleva en cada grupo al igual que el censo, la asistencia, control de mensualidad, charla, talleres de sensibilización y lo más importante, las observaciones individuales de cada niño que permiten evidenciar su proceso y establecen las pautas para la realización del plan individual de desarrollo y los informes pedagógicos que se realizan semestralmente.

11. TRATAMIENTO.

Es necesario que el tratamiento para el niño con Parálisis Cerebral se inicie lo mas tempranamente posible a partir de un diagnóstico precoz puesto que así aumentará sus posibilidades de tal modo que éste responderá mejor al tratamiento previniendo la aparición de dificultades adicionales y controlando cualquier alteración que comienza. La intervención es mucho más eficaz cuando se brinda en la edad temprana, después cuando el niño es mayor y no a recibido asistencia oportuna y especializada los resultados serán insuficientes y sus problemas estarán mas desarrollados y consolidados.

El tratamiento incluye todas las áreas del desarrollo (motricidad, lenguaje, cognición, socio-afectividad) lo que implica la acción participativa de un equipo interdisciplinario.

Antes de comenzar el tratamiento es indispensable tener en cuenta los siguientes aspectos :

- Debe hacerse la evaluación integral del niño, teniendo en cuenta la apreciación de los diferentes profesionales.
- Establecer objetivos a partir de los resultados de la evaluación y de las necesidades particulares de cada niño.
- La atención y técnicas de intervención debe ceñirse a las necesidades particulares del niño.

- Realizar evaluaciones periódicas para realizar un seguimiento al proceso del niño.

El tratamiento centra sus objetivos en:

- Potenciar el desarrollo cognitivo y el aprendizaje en el niño.
- Desarrollar alguna forma de comunicación (gestos, palabras, escritura, lenguaje de signos, etc)
- Desarrollar la independencia para las actividades básicas de la vida diaria.
- Prevenir deformidades. Mejorar las posturas y desarrollar alguna forma de desplazamiento.
- Estimular el desarrollo integral del niño.
- Capacitar y sensibilizar a la familia.
- Posibilitar la integración escolar y social del niño.

La eficacia del tratamiento solo se logra a partir de la constancia y prolongación de la intervención en el hogar pues no es posible adquirir mayores resultados solo con el poco tiempo de estimulación que recibe durante la sesión.

LA VIDA EMPIEZA HOY,

LA AYUDA

DEBE SER AHORA.



12. ESTRATEGIAS PRÁCTICAS PARA LA INTERVENCIÓN DEL NIÑO CON PARÁLISIS CEREBRAL.

12.1 FORMAS CORRECTAS DE CARGARLO Y MOVILIZARLO.

12.1.1. Formas de Levantarlo

Para hacer más fácil alzar al niño y prevenir posiciones anormales

- Gírelo para un lado y sostenga su cabeza.
- Dóblele las piernas
- Levántelo cerca de su cuerpo
- Bájelo en la misma forma

12.1.2. Formas De Movilizarlo

- Cárguelo en una forma que le ayude a corregir las posturas normales
- > Una posición mas elevada contribuirá a que el niño aprenda a sostener derecha su cabeza y mirar alrededor

Los niños pequeños pueden ser cargados así:



Una posición adecuada para enderezar un niño espástico



Una posición adecuada para llevar un niño espástico cuyas piernas se cruzan.

También es recomendable para movilizar un niño hipotónico.



Esta posición es adecuada para cargar un niño espástico o un atetoide. Use esta para recorrer distancias cortas, puede balancearse de un lado a otro en esta posición.



12.2. MANEJO.

El manejo es la forma de guiar los movimientos del niño así como de brindarle soporte para ampliar su capacidad de acción y movilidad. Un manejo adecuado, relaja al niño espástico, le proporciona apoyo al hipotónico y le ayuda a controlar los movimientos al atáxico.

12.2.1. MANEJO DE LA CABEZA

MANEJO INCORRECTO	MANEJO ADECUADO
<p data-bbox="204 447 716 478">Cuando la cabeza empuja hacia atrás</p>  	<p data-bbox="805 447 1365 737">Presione sus hombros hacia abajo e incline su cabeza hacia delante. Lleve los dos brazos hacia delante. Haga presión en u pecho para inclinar su cabeza adelante. Doble caderas y rodillas</p> 
<p data-bbox="204 1188 659 1220">Cuando la cabeza cae hacia atrás</p> 	<p data-bbox="805 1188 1385 1478">Coja al niño por los hombros y levántelo lentamente. Voltéelo despacio hacia un lado mientras que lo levanta. Hacia adelante. Esto le ayudará a traer su cabeza.</p> 

12.2.2. MANEJO DEL CUERPO

MANEJO INCORRECTO	MANEJO ADECUADO
<p>Posición del niño hipotónico sentado.</p> 	<p>Para enderezar la espalda.</p> <p>Agárrelo alrededor de sus caderas, presione hacia abajo en su espalda baja con la otra mano.</p> <p>Si el niño es muy hipotónico: soporte su pecho con una mano, presione hacia abajo en su espalda baja con la otra mano</p> 
<p>Cuando un niño atetoide está sentado sin apoyo los movimientos de un brazo y una pierna pueden quedar incontrolados. Su cuerpo puede quedar hacia atrás</p> 	<p>Para darle soporte cuando está sentado: agárrelo alrededor de las caderas, presione hacia abajo los hombros y hacia adentro para llevar los brazos de atrás a adelante</p> 

Recuerde: cuando el niño está firme es más fácil para él mirar y escuchar

12.2.3. MANEJO DE BRAZOS Y MANOS

MANEJO INCORRECTO	MANEJO ADECUADO
<p>Los brazos de un niño espástico tienden a estar doblados y/o hacia atrás, las manos pueden estar cerradas</p>	<p>Para extender sus brazos: Agárrelo alrededor de los codos, gire los brazos hacia fuera mientras que lo lleva hacia delante.</p>



Cuando los brazos son difíciles de doblar:
Agárrelo alrededor de los codos, gire sus brazos hacia adentro



Nunca trate de abrir la mano de un niño Para abrir la mano:

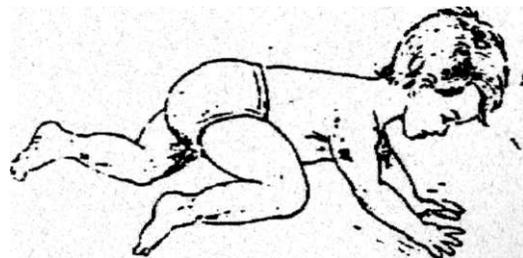
espástico con brusquedad pues esto lo Enderece el brazo, agarre la mano de
estimula a cerrarlas mucho más

manera que el pulgar se aleje de la
palma, doble la muñeca hacia atrás
mientras se abre suavemente la mano.

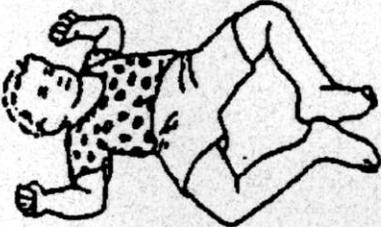
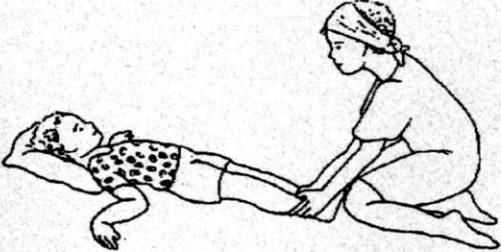


Para apoyarse en las manos:

Extienda sus brazos como se explicó
anteriormente, abra la palma de su mano
y colóquela en la superficie, haga lo
mismo con la otra mano



12.2.4. MANEJO DE LAS PIERNAS

MANEJO INCORRECTO	MANEJO ADECUADO
<p>Cuando un niño hipotónico descansa con sus piernas separadas en mariposa.</p> 	<p>Para cerrarlas lleve las piernas juntas tomándola alrededor de la rodillas, júntelas suavemente (realícelo diariamente) utilice además unas canoas o férulas que usted misma puede fabricar para que él no doble sus piernas.</p> 
<p>El cuerpo de un niño espástico estará recto y sus piernas presionarán juntas o se cruzarán cuando descansen en la espalda.</p> <p>Nunca jale sus piernas para separarlas pues así lo estimulará a cruzarlas más.</p> 	<p>Para separar sus piernas:</p> <p>Coloque algo debajo de la cabeza y hombros para mantenerlos hacia delante. Agárrelo por las rodillas y sepárelos suavemente. También puede doblar las piernas hacia arriba mientras que las caderas se doblan, las piernas se separan.</p> 

El niño puede pararse en el borde interno de los pies con las rodillas juntas. Coja al niño alrededor de las rodillas, mantenga las piernas separadas al tiempo que las enderezan, esto puede ayudar a que los pies se doblen hacia arriba más fácilmente.



Para pararse con los pies planos:

Cójalolo alrededor de las rodillas. Gire ambas rodillas hacia fuera.



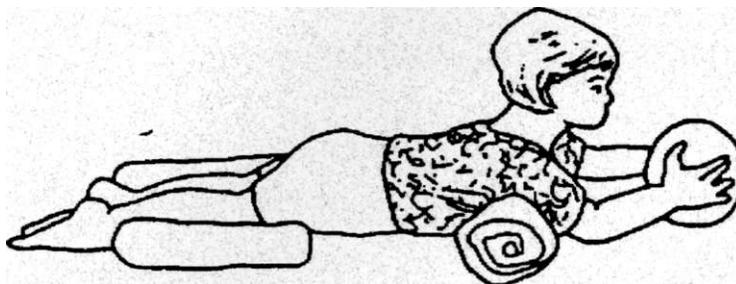
Agarrando un palo con ambas manos tendrá mayor control de los brazos mientras está de pie.

12.3. PREVENCIÓN DE DEFORMIDADES.

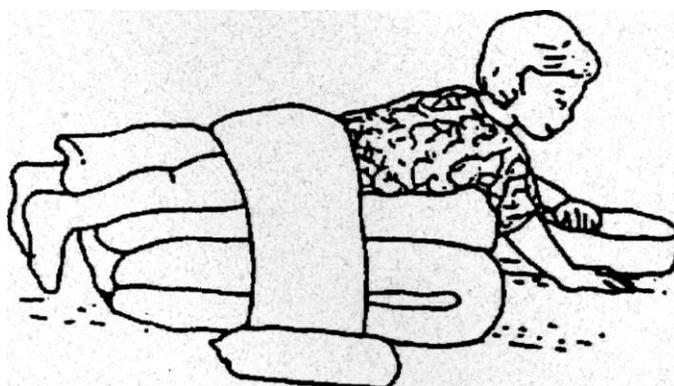
12.3.1. Posiciones adecuadas.

Una posición adecuada le permite al niño hacer más cosas por sí mismo mientras observa el mundo que le rodea. Elija la posición que mejor corrija a su hijo

12.3.1.1. Acostado -Boca-abajo.



- Colóquelo en un rodillo cuña o cojín (esto le permite mantener los brazos hacia delante y le ayudará a levantar la cabeza).
- Si el niño es muy hipotónico ayúdele con unas pequeñas pesas en las piernas
- Si las piernas son espásticas: sepárelas con un rollo, coloque rectas las caderas dobladas con dos bolsas de arena unidas con dos tiras de tela



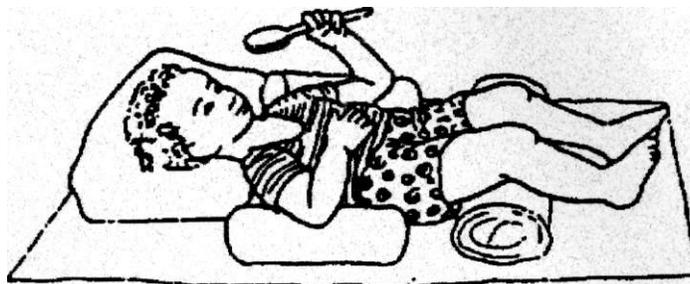
12.3.1.2. Acostado de Lado:

- Conserve los brazos hacia delante para llevar sus manos juntas.
- Doble una rodilla y una cadera (esto hace que las piernas dejen de presionar juntas y permite que el cuerpo se relaje)



12.3.1.3. Acostado boca-arriba:

- Lleve la cabeza y los hombros hacia delante.
- Doble sus caderas y rodillas (esto evita que el cuerpo se vuelva rígido)



12.3.1.4. Sentado:

- Cuando el niño logra sentarse logra utilizar mejor las manos, masticar y tragar más fácilmente .

Correcto



- Cabeza levemente hacia delante.
- Espalda derecha sin inclinarse al lado
- Cadera contra el espaldar.
- Rodillas sobre los pies.
- Pies planos en el piso.
- Piernas levemente separadas.

Incorrecto:

- Caderas extendidas.
- El empuja hacia atrás y se desliza fuera de la silla.
- Caderas muy dobladas.
- El cae hacia delante.



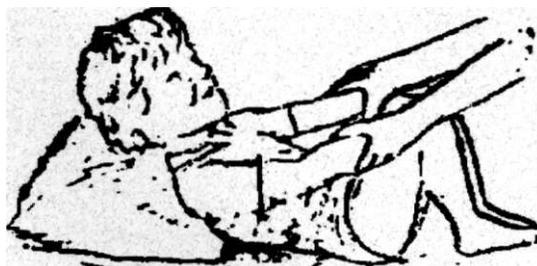
12.4. PARA MEJORAR EL DESARROLLO MOTOR.

Antes de realizar cualesquier trabajo de estimulación es importante preparar al niño con ejercicios de relajación y activación.

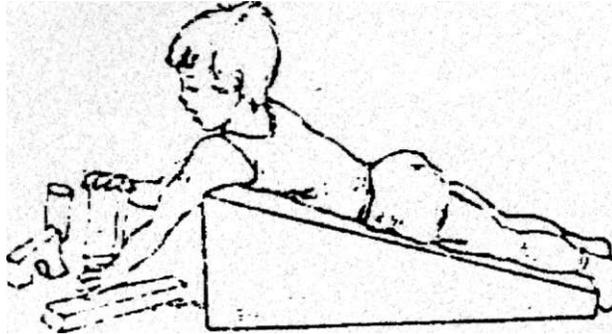
12.4.1. Sostener la cabeza.

Es imprescindible que el niño controle su cabeza para conseguir el control gradual del cuerpo. Las posiciones verticales le ayudarán a mantener la cabeza arriba, mirar alrededor y aprender así cómo alimentarse con mayor facilidad entre otras funciones. Escoja posiciones verticales para la alimentación traslado y juego.

- > Coloque al niño boca-arriba con una almohada, tómelo por los hombros o brazos (debajo de los codos) y llévelo hacia delante y atrás haciendo que la cabeza acompañe el movimiento del cuerpo, tenga cuidado de no dejar caer la cabeza repentinamente.



- > Coloque al niño boca-abajo sobre un rollo o cojín con los brazos hacia delante muéstrelle objetos sonoros o llamativos para estimularlo a levantar la cabeza



- > Comience sentándolo con apoyo porque es más fácil para él equilibrar la cabeza en esa posición.
- > Presiones sus hombros hacia abajo suavemente, inclínelo hacia atrás poco a poco para enseñarle a sostener la cabeza adelante.



12.4.2. Para girar sobre sí mismo (rolados).

Los giros entre la parte superior e inferior del cuerpo son parte de un rolado normal y este es necesario mas tarde para sentarse y caminar.

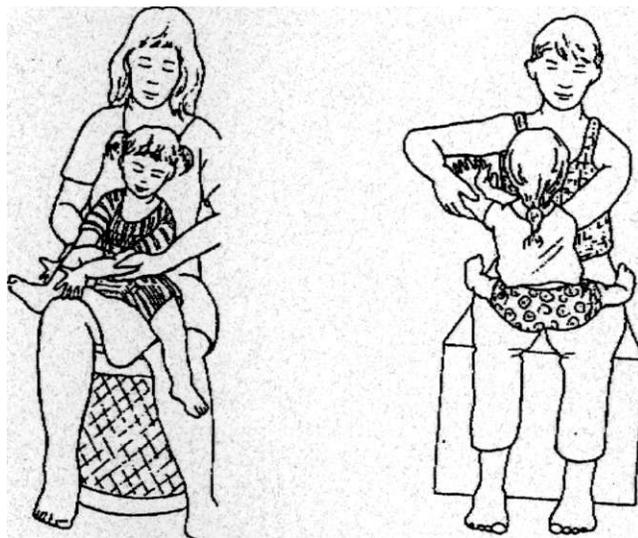
Comience a entrenarlo para voltearse desde acostado.

- > Relájelo antes de enseñarle a voltear.
- > Levante las nalgas del piso.
- > Acurrúgelo como bolita.
- > Voltéelo de lado a lado adelante atrás.
- > Use las piernas para girar el cuerpo.
- > Tómelo del brazo y pierna del mismo lado y voltéelo.
- > Motívelo a voltearse sin ayuda colocándole un juguete a su alcance.

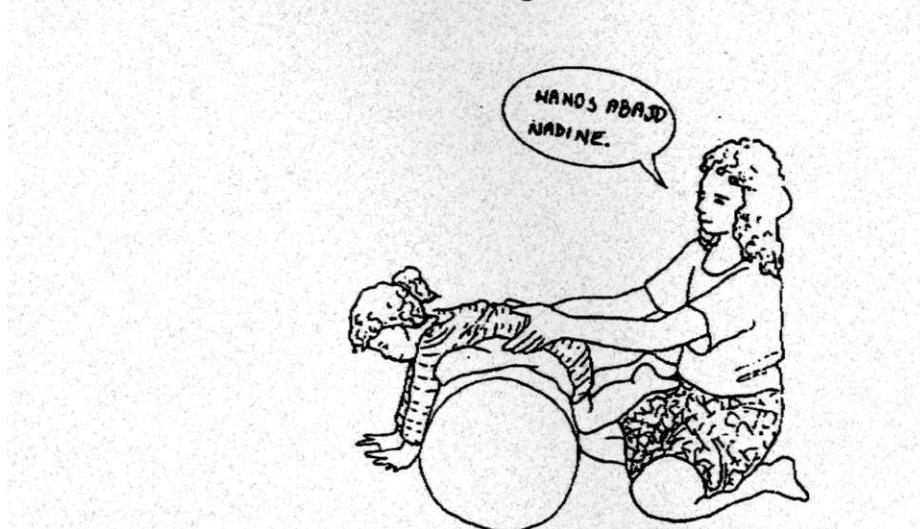
Practique las vueltas durante el bañovestido y poniéndolo a dormir.

12.4.3. Sentarse.

Sentarse le permitirá al niño ver sus manos y usarlas con mayor facilidad. Para esto es necesario estimular las reacciones de equilibrio y apoyo como preparación preliminar para lograr sentarse con ayuda mínima o sin ayuda.



- Acuéstelo sobre un rodillo de regular tamaño o una caneca.



- > Agárrelo de las caderas, inclínelo hacia delante, así estimulará las reacciones de equilibrio y apoyo.
- > Siéntese detrás del niño y balancéelo hacia los lados, adelante y atrás Siéntelo con apoyo.



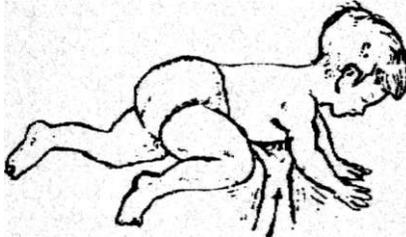
- > Enseñe al niño a sostener su cuerpo al tiempo que es movido y a apoyarse en las manos como soporte.

Practique el sentado mientras lo carga, baña, viste y juega con él

12.4.4. Gateo.

Esta posición puede ser necesaria para jugar, realizar actividades del hogar y desplazamientos. Cuando el niño se pueda sentar solo, enséñele a soportarse por sí mismo en las manos y rodillas.

- > Coloque al niño sobre una colchoneta en el piso y estimule la posición de cuatro patitas, colocándole una de sus manos debajo de la barriguita, estimule al niño para que se apoye en manos y rodillas.



- > Colóquelo sobre un rodillo y estimúelo a apoyarse en manos y rodillas.
- > Boca-abajo sujételo por las ingles para estimular la posición de gateo.

12.4.5. Arrodillado y de Pie.

Esta posición puede ser útil para sostenerse de las mesas, dibujar, lavarse, vestirse, comunicarse con los otros y para actividades de juego.

- > Arrodille el niño detrás de un rollo de regular tamaño, haga que apoye sus manos sobre este mientras se le hace cosquillas en la espalda para que se enderece.



- > Una vez el niño haya logrado todas las habilidades anteriores desde la posición de rodillas, con apoyo de las manos en la mesa, barra, paredes, ayúdelo empujando su cadera hacia delante para que asuma la posición de pie.

12.4.6. Caminar.

No todos los niños con Parálisis Cerebral lograrán sentarse, gatear, arrodillarse, ponerse de pie y caminar. Sin embargo, ello no implica que no se trabaje con ahínco en el mejoramiento de su desarrollo motor. Por ello es necesario tener claro que si no se adquiere seguridad en una etapa es difícil que se alcancen las posteriores.

- > Para dar un paso, él necesita poner el peso en un pie mientras levanta el otro. Muchos niños tomarán mucho tiempo para aprender a caminar solos. Ellos pueden necesitar la ayuda de férulas o aditamentos como caminadores o bastones.



- > MotíVELO a dar pasos a los lados, a pisar adelante



- > Sopórtelo agarrándolo por los brazos o codos.

- > Sopórtelo con su pierna y ayúdelo a desplazar el peso de un pie a otro.



12.5. PARA MEJORAR LA PERCEPCIÓN.

12.5.1. Reconocimiento Táctil y Discriminación de Temperaturas.

- > Estimule al niño permitiéndole el contacto y la interacción con objetos de diferentes formas, tamaños, pesos, esto estimula el desarrollo de la inteligencia y el conocimiento sobre el mundo que le rodea.
- > Fabríquele un juego " de encajar" y ayúdele a descubrir cual entra en cual.
- > Utilice diferente material o diversos objetos para estimularlo a descubrir cual está mas cerca, lejos, delante, atrás, grande, etc. Para esta actividad puede utilizar figuras geométricas hechas de cartón y coloreadas, retazos de madera pulidos y pintados, cajas, etc.
- > Bríndele la oportunidad de manipular o sentir diferentes texturas (suaves, rugosas, lisas, ásperas, etc) y temperaturas (frío, tibio, caliente, etc).
- > Acompañe toda actividad con la palabra pues el significado de estas también se asocian con las experiencias ej. Suavidad dureza, punzante. Luego el niño irá discriminando y relacionando estas sensaciones.

Todas estas actividades que implican movimientos posibilitan el desarrollo de la percepción.

12.5.2. Reconocimiento del Cuerpo.

- > El niño aprende a reconocer su propio cuerpo, tocándose, sintiendo sus diferentes partes.
- > Ayúdele, lleve su mano para que él toque su boca, su rostro, frote sus manos, palmoree, etc. Permítale tocar a otros y estar cerca de otros.
- > Aproveche las actividades básicas de la vida como la alimentación, el baño, el vestido etc, para comunicarse con él y afianzar el reconocimiento de su esquema corporal.
- > Envuelva una a una cada parte de su cuerpo y nómbrésela (utilice papel coloreado).
- > Cántele canciones del cuerpo mientras mueven cada parte.
- > Pinte uno a uno los segmentos del cuerpo mientras lo nombra y le pide que le muestre la parte pintada.
- > Cuando lo masajee o lo ejercite en el movimiento, frote con diferente intensidad, dele golpecitos suaves, balancee brazos y piernas, utilice diferentes texturas y temperaturas.
- > Siéntese con él frente al espejo y llame su atención hacia las diferentes partes utilizando vinilos aguados o algún material para realzar determinadas partes del cuerpo.

Estas actividades facilitan la toma de conciencia por parte del niño de su esquema corporal y de sus relaciones espaciales. Cuando se acompañan estas

actividades de las palabras mientras se preguntan dónde están las manos, la cara, etc. ^w Brazos arriba, abajo, adelante" etc.

El desarrollo intersensorial se estimula a través de la asociación de los movimientos con la audición y la visión. Mediante las diversas actividades el niño puede sentir, ver, oler, saborear, palpar, apretar, tirar, y esto involucra los sentidos mientras se le conduce simultáneamente a la apreciación e interiorización de las cualidades de los objetos así como sus relaciones entre sí.

No lo olvide... Todo momento o actividad es propicia para un nuevo aprendizaje

12.6. PARA MEJORAR EL DESARROLLO DEL LENGUAJE.

Recuerde: *Todas las actividades que usted realiza con el niño constituyen un medio para estimular y reforzar el habla y el lenguaje.*

- > Para disminuir el babeo se recomienda la aplicación de hielo a través de masajes o de chupar crema o helados. MotíVELO verbalmente para que cierre la boca. Con sus dedos índice y pulgar hágale movimientos sobre el cuello de arriba hacia abajo presionando, esto ayudará a que el niño trague saliva.

- > Para inhibir el reflejo palmoentoniano (boca abierta) es recomendable los masajes orofaciales y la presión no obstructiva del área que está entre la nariz y el labio superior o, a veces, bajo del mismo, esto estimula el cierre de la boca y facilita la deglución en lugar del babeo.
- > Las actividades de alimentación, succión, deglución y masticación estimulan el uso de la musculatura orofacial reforzándola para acondicionarla lo necesario para la articulación del habla.
- > Realice el masaje orofacial con el niño boca arriba realice movimientos circulares alrededor de los labios utilizando su dedo índice.

Recuerde: *si el niño es espástico hágalo suave y lento. Si es hipotónico hágalo rápido y fuerte.*

- > Utilizando ambos índices colóquelos a lado y lado de la boca y mueva sus labios para delante y para atrás.
- > Utilice gasa o un guante de látex e introduzca su dedo en la boca del niño y realice movimientos circulares sobre su lengua. Tome la lengua del niño con una gasita sosténgala con sus dedos y muévala hacia los lados.
- > Si el niño controla los movimientos de la boca usted puede motivarlo a realizar movimientos variados de labios y lengua.
- > Utilice gestos, canciones, ruidos para tratar de comunicarse con el niño.

Háblele frente a frente, procure estar cerca de él y móvvelo para que lo acompañe.

- > Háblele naturalmente, despacio y en forma clara sin articular con exageración.
- > Durante las diferentes actividades pronuncie el nombre de objetos familiares, colores, formas etc; cuénteles acerca de su funcionalidad.
- > Aproveche los momentos de juego y déle vida a los juguetes.
- > Imita los sonidos y sílabas pronunciadas por el niño y anímelo a comunicarse y a expresarse.

Recuerde: lo más importante es crear en el niño la necesidad de comunicarse. Bríndele la oportunidad de hacerlo no se adelante a sus necesidades y pensamientos; permítale que se exprese de alguna forma y que establezca relaciones con los demás.

12.7. PARA MEJORAR LAS ACTIVIDADES BASICAS COTIDIANAS (A.B.C).

12.7.1. Alimentación.

Ayudar al niño a alimentarse es una importante preparación para aprender a hablar. Acostumbre al niño a lavarse las manos antes y después de comer.

Para alimentar al niño tenga en cuenta:

Es esencial ejercer un control sobre el cuerpo del niño al alimentarlo, con el fin de NO estimular la espasticidad o los movimientos involuntarios.



No coloque la mano sobre la nuca del niño, ya que esto hace que la eche hacia atrás. Coloque su mano en la cabeza.



Coloque los alimentos a la vista del niño y cerca de usted.

Cuando come:

- ⊗ Use una cuchara plana y redondeada (preferiblemente con el mango doblado para facilitar su utilización).

- & Cuando use una cuchara, coloque la comida en la mitad de la lengua.
- & Evite que la lengua empuje la comida hacia fuera, presionando firmemente hacia abajo la lengua con la cuchara al tiempo que lo alimenta.
- % Para ayudarlo a masticar, déle pedazos de comida sólida.



- \$ Si el niño necesita ayuda para mantener la boca cerrada cuando mastica, haga presión firme en la mandíbula tomándolo de la barbilla.

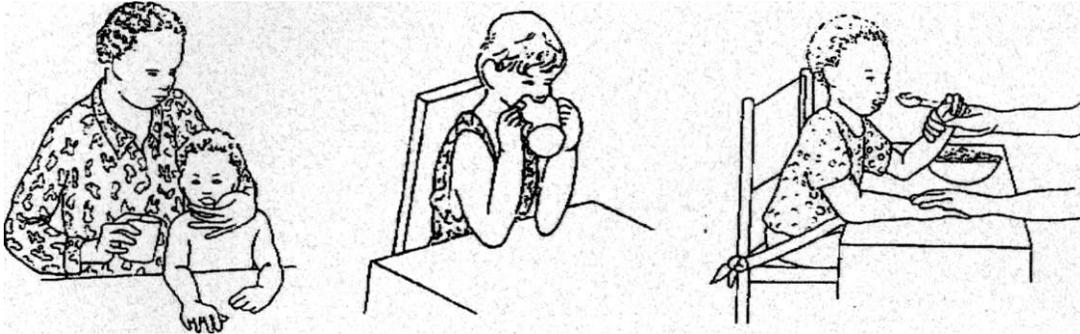


Cuando bebe:

- Si el niño no puede cerrar la boca aplique presión sobre la mandíbula desde el mentón, esto le ayudará a tragar.
- Utilice un pocilio o vaso con abertura lateral la cual se ajustará alrededor de la nariz; esto le facilitará voltear el vaso para consumir hasta el último

trago del líquido.

- Déle a beber de manera continua no retire el vaso cada que tome un trago. Enséñele a sostener el vaso y la cuchara.



- Otra sugerencia es la siguiente : ubíquese detrás de él y coloque su mano sobre las suyas y ayúdelo a llevar la cuchara o el vaso hasta la boca.

12.8. BAÑO.

- Utilice una bañera con espaldar, coloque en ella una toalla o una felpa antideslizante.
- Escoja una buena posición para bañar al niño (sentado, boca abajo, parado).
- Haga del momento del baño una experiencia agradable.
- Para proporcionar seguridad al niño y evitar que se resbale coloque en la base de la bañera un pedazo de toalla o una felpa antideslizante.
- Aproveche el momento para reforzar el reconocimiento de las partes del cuerpo.

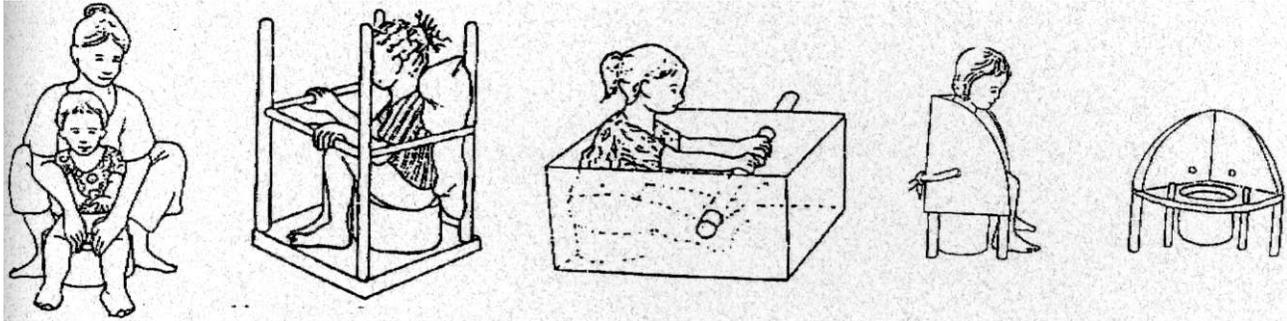
- Coloque siempre el agua, el jabón y la ropa donde el niño pueda verlos. Cuénteles qué va a hacer.



12.9. VESTIDO.

- Escoja una posición que le permita controlar mejor al niño.
- Vista el lado mas afectado primero y desvístalo de último.
- Si lo hace boca arriba, no olvide colocar una almohada debajo de la cabeza y con los hombros hacia delante para facilitar la extensión de brazos y la flexión de piernas y caderas.
- Si lo viste sentado, siéntelo sobre sus piernas y coloque un banco para apoyar sus pies para mejorar el equilibrio.

- Esté atento a las señales que le indican que el niño quiere ir al sanitario.
- Procure brindarle el apoyo necesario para conservar el equilibrio pues el niño puede necesitar una silla o ayuda especial.



12.11. PARA MEJORAR EL DESARROLLO SOCIO-AFECTIVO.



Para lograr la eficacia de cualquier actividad de estimulación de esta área, es imprescindible que la familia acepte a su hijo con la limitación, como es y no como esperan que sea, o como quisieran que fuera en el futuro, de otro modo, aceptando su deficiencia superficialmente cualquier intervención en este aspecto será poco fructífera.

- Permita que el niño se integre e interactúe con todos los miembros de la familia.
- Involucre la familia en actividades terapéuticas, juegos y actividades cotidianas.
- Háblele, sonríale, cántele, juegue con él.
- Llámelo por su nombre.

Mientras lo alimenta, baña, viste o realiza cualquier actividad háblele suavemente.

- Juegue con él frente al espejo, pregúntele dónde está el niño.
- Estimúlelo para que utilice cualquier forma de comunicación y felicítelo cuando lo haga.
- Permítale estar cerca de otros niños y jugar con ellos.



- Anímelo a jugar con diversos objetos.
- Atiéndalo oportunamente.

- Trátelo con amor.
- Acarícielo, cántele.
- Salúdelo y despídase de él.
- Enséñele a hacer cosas por sí mismo en la medida de sus posibilidades.
- Anímelo a colaborar en tareas simples.
- Encomiéndele tareas sencillas.
- Exprésele sus sentimientos y explíquele sus estados de ánimo.

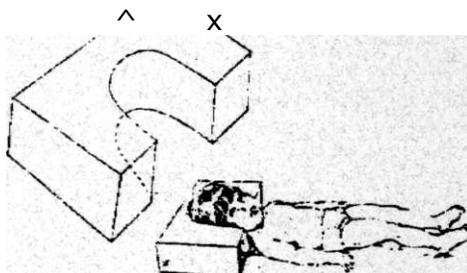
Recuerde: *el niño con Parálisis Cerebral como todos los niños merece lo mejor, necesita la oportunidad de crecer y aprender por sí mismo, no le niegue la oportunidad de ser una persona independiente y feliz.*

- Nunca ridiculice al niño ni se burle de él.
- Evite comentarios que afecten su autoestima como "pobrecito" " qué lástima".
- Corríjalo cuando sea necesario pues él debe aprender a acatar las normas y a comportarse adecuadamente.
- Querer al niño no significa malcriarlo y hacer todo por él.

13. AYUDAS Y ADITAMENTOS PARA FACILITAR EL MANEJO DEL NIÑO CON PARÁLISIS CEREBRAL.

13.1. PARA AYUDAR AL NIÑO A CONTROLAR CABEZA Y TONO MUSCULAR.

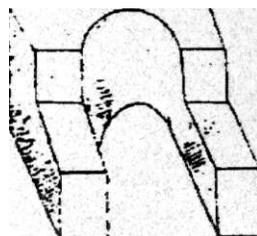
- Cuña para control de cabeza
- Almohadilla para control de cabeza.



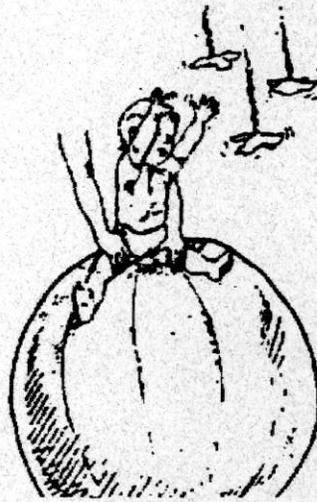
- Rodillo o rollo



13.2. PARA EL CONTROL DEL TRONCO Y CABEZA.



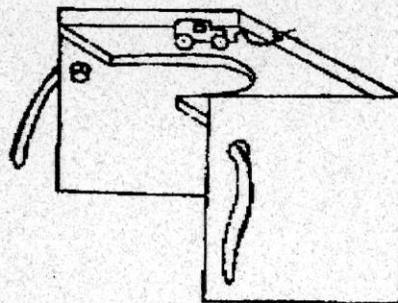
13.3. **PARA ESTIMULAR EL EQUILIBRIO** - Balón Gigante de Tela.



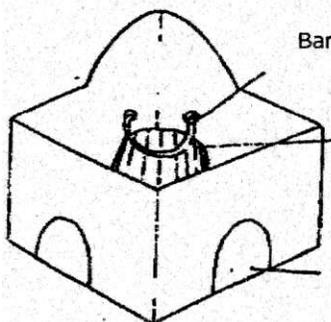
13.4. **PARA SENTARSE.**



Si el se desliza de la silla use una banda de regazo la cual lo jala hacia abajo y atrás fláccido. Si él bota cosas de la mesa, alce los



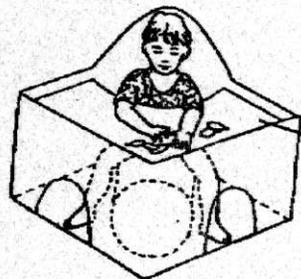
Si se cae adelante use una mesa que se ajuste alrededor de su cuerpo. Aumente la altura de la mesa para soportar más al niño



Banda para el regazo

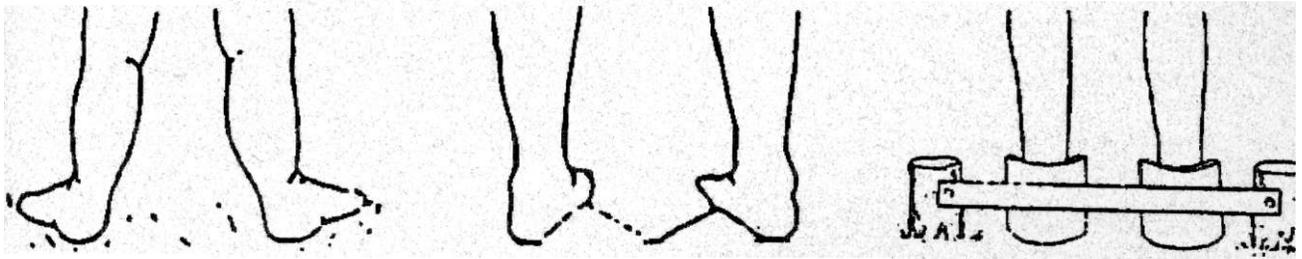
Rollo de cartón

Hoyo para revisar la posición del pie



Mesa

13.5. PARA PARARSE.

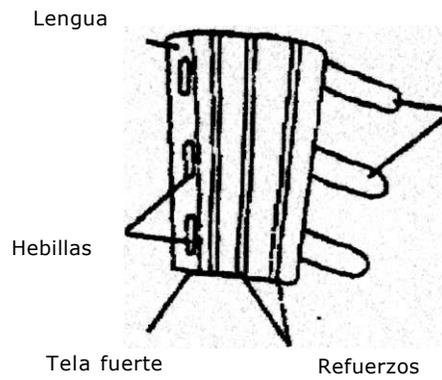


Pies girados hacia fuera

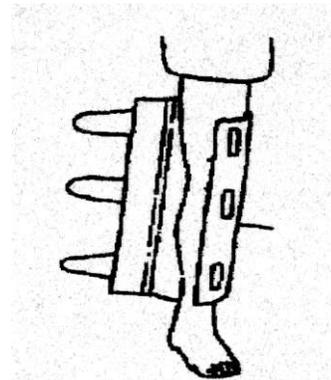
Use cuñas, de espuma para corregir los pies

Use cubiertas para los talones, hechas de tres capas de cartón o un pedazo de tubo de PVC forrado.

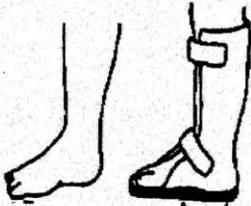
13.6. FÉRULAS.



Cinta para hebillas



Férulas para pie.



Para el pulgar



14. INTEGRACIÓN ESCOLAR DEL NIÑO CON PARÁLISIS CEREBRAL.

El niño con Parálisis Cerebral al igual que cualquier otro niño con limitaciones puede y debe ser integrado a la escuela regular. Sin embargo, para lograrlo es necesario realizar el estudio de sus características, sus posibilidades y necesidades con el ánimo de poder estructurar un plan de intervención adecuado, así como de proporcionarle los recursos necesarios para su desarrollo y seguimiento.

La escuela debe prepararse para recibirlos, ser autónoma, abierta a nuevos paradigmas, estar dispuesta a aceptar y promover la diversidad; así mismo, debe brindar adaptación al personal docente acerca de los principios de la integración de su reglamentación legal.

14.1. EL NIÑO CON PARÁLISIS CEREBRAL Y LA ESCUELA.

Para iniciar el trabajo pedagógico con el niño es importante tener una información detallada de su desarrollo. Esta será consignada en una anamnesis con datos suministrados por los padres, teniendo en cuenta la historia pre, peri y post natal, intervenciones quirúrgicas, nutrición, salud general, etc. adicionalmente se deberá realizar una valoración diagnóstica por parte de un equipo interdisciplinario. La evaluación psicopedagógica determinará las

Necesidades Educativas Especiales del niño, su potencial cognitivo, los logros y dificultades en diversas áreas y los apoyos técnicos terapéuticos y de enseñanza necesarias.

Después de ser evaluado, el niño podrá ser ubicado por un maestro integrador en un colegio cercano a su entorno familiar. Una vez allí, se analizan las adaptaciones curriculares necesarias desde la institución (infraestructura), aula (distribución del mobiliario, material didáctico) hasta las adaptaciones curriculares individuales donde se introducen las adaptaciones específicas de acuerdo las necesidades particulares (aspectos didácticos especiales y específicos, objetivos, contenidos, secuenciación, metodología, evaluación).

Dentro del trabajo pedagógico se pretende:

- Desarrollar en el niño la capacidad de autonomía, el conocimiento y aceptación de sí mismo, de su limitación y de sus posibilidades de desarrollo.
- Generar el aprendizaje y conocimientos culturales académicos y de su entorno así como todos los objetivos académicos propuestos para el grupo.
- Fomentar el desarrollo integral del niño con Parálisis Cerebral.
- Promover las relaciones interpersonales.
- Fomentar la aceptación del niño con N.E.E por parte de la comunidad educativa como núcleo de proyección de la integración social.
- Estimular el desarrollo cognitivo del niño.

- Afianzar la independencia , la madurez afectiva- emocional.
- Mejorar la autoestima y las relaciones sociales.

Las actividades serán las propias del grado en que esté adaptándolas a sus posibilidades; para ello se deben tener en cuenta el grado de afectación motora para así poner a su disposición los recursos pertinentes. Las actividades deberán ser atractivas y sistematizadas para que motiven adecuadamente al alumno, teniendo en cuenta la creación de situaciones que le permitan vivenciar el aprendizaje a través de experiencias innovadoras. Adicionalmente el niño asistirá al Aula de Apoyo Especializada y recibirá la atención terapéutica oportuna.

15. RECOMENDACIONES GENERALES PARA PADRES Y MAESTROS.

- El niño con Parálisis Cerebral es ante todo un niño, trátelo como tal.
- El éxito de la intervención terapéutica y pedagógica depende de la continuidad con que se realicen las actividades.
- Realice los ejercicios y actividades propuestas diariamente.
- Tenga en cuenta que el niño esté lleno, sin sueño y sano.
- El niño debe ser sometido a control médico periódico.
- El hogar es el principal centro de aprendizaje y del desarrollo del niño. Aproveche todos los momentos para estimularlo.
- El niño que se elogia y se siente halagado cuando alcanza un logro, se siente estimulado a proseguir adelante y a intentarlo una vez más.
- » Procure un ambiente agradable y libre de tensión para el niño.
- Es importante reconocer al niño con Parálisis Cerebral como un ser humano único e irrepetible, con sentimientos, deseos y necesidades individuales; éste es el primer paso para diseñar cualquier plan de ayuda.
- » Las actividades deben ser planeadas y realizadas individualmente sin alterar los procesos normales del niño.
- Las actividades deben ser diseñadas ajustándose a las posibilidades y necesidades específicas de cada niño
- Recuerde, la familia constituye el eje central de la rehabilitación del niño, involúcrela y comprométala efectivamente con el desarrollo integral del niño.

- Las indicaciones para el aprendizaje deben ser claras.
- Muestre y explique cada actividad que usted está enseñando.
- Guíe y motive a los miembros de la familia para hacerlo.
- Muestre como la actividad puede ser practicada en la vida diaria.
- Conteste cualquier pregunta o duda que la familia tenga sobre la actividad.
- Asigne tareas para realizar en el hogar.
- Deje algunas instrucciones.
- Utilice un lenguaje claro y sencillo al dirigirse a los padres de familia.
- De un trato amable y cortés a niños y padres.
- Brinde siempre una sonrisa.
- **Nuestra tarea es brindar educación para una vida llena de sentido.**

SIN DISTANCIAS

Ningún lugar está lejos
para los seres con imaginación,
capaces de
comprometerse con la gente,
de amar, de vivir *cada* día
como si fuera
el primero y el último.
Ninguna persona está lejos
si existe el deseo y la voluntad de estar a su lado.

Richard Bach

CONCLUSIONES

Una capacitación sólida de la familia en torno a la patología del niño, genera una mayor comprensión de su condición, aumenta las posibilidades para un manejo adecuado y por ende favorece el desarrollo integral del niño con Parálisis Cerebral.

Las estrategias y actividades planteadas en el Módulo de Apoyo del video "Hablemos de Parálisis Cerebral" no deben ser utilizadas como un manual de manejo de un artefacto sino como un conjunto de indicaciones científica y teóricamente bien fundamentadas, orientadas a una práctica pedagógica que debe estar regida por una construcción permanente del saber y el buen desempeño del educador.

El material audiovisual constituye un elemento clave y muy funcional dentro de un proceso de capacitación.

La práctica pedagógica y la intervención directa a través del proceso de capacitación a padres en el Centro de Servicios Pedagógicos de la Facultad de

Educación de la Universidad de Antioquia, cuenta hoy con un elemento valioso (Video "Hablemos de Parálisis Cerebral") que dinamizará dicho proceso.

La realización de este proyecto contribuyó a mi formación profesional, a la cualificación de mi desempeño docente y a mi crecimiento como persona, aumentando mi capacidad de sensibilización frente a la condición humana.

GLOSARIO

AFASIA: Pérdida del habla por la presencia de alguna lesión cerebral.

ANAMNESIS: Interrogatorio para conocer los antecedentes prenatales, perinatales, familiares y socioculturales de un individuo.

DÉFICIT: Deficiencia, disminución que hace falta, que está por debajo de los parámetros normales o necesarios.

DEGLUCIÓN: Acción de tragar los alimentos.

DESHIDRATACIÓN: Pérdida de agua y sales minerales del organismo.

DISTROFIA DISPROTEINÉMICA: Problema para la asimilación de las proteínas.

FÓRCEPS: Instrumento en forma de pinza y brazos separables (cucharas) para aplicar sobre la cabeza del bebé y extraerlo rápidamente cuando la lentitud del Darto Done en Deliaro a la madre o al niño.

HIPOACUSIA: Disminución de los niveles de audición.

LESIÓN: Daño, enfermedad.

MENINGITIS: Enfermedad infecciosa producida por el microbio Meningococo.

PALMOMENTONIANO: Es un reflejo en el que la boca permanece abierta y orientada en la misma dirección de la cabeza, es paralelo al reflejo del (esgrimista) o reflejo Tónico Cervical Asimétrico (T.C.A).

PATOLOGÍA: situación de enfermedad o anormalidad.

PERINATAL: Alrededor del parto.

PLACENTA PREVIA: Alteración placentaria que consiste en que la placenta se desarrolla en una zona muy próxima al orificio uterino, ocasionando hemorragias y daños en el feto.

POSTNATAL: Después del nacimiento.

PRENATAL: Antes del nacimiento.

SENSORIOMOTOR: que guarda relación con los sentidos y el movimiento.

SÍNDROME: conjunto de características, elementos o síntomas.

TOXOPLASMOSIS: Enfermedad producida por el parásito "Toxoplasma gondi".

TRASTORNO: Desorden, perturbación, alteración de desarrollo normal.

BIBLIOGRAFÍA

BUSTOS BARCOS, María del Carmen. Reeducción del habla y del lenguaje en el paralítico cerebral. Editorial Gráficas Torraba. Madrid. 1980.

BOBATH Bertha, BOBATH Karel. Desarrollo motor en distintos tipos de Parálisis Cerebral. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires. 1976.

BOBATH, Karel. Base neurofisiológica para el tratamiento de la Parálisis Cerebral. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires. Segunda Edición. 1986.

BASIL, Carmen. Los alumnos con Parálisis Cerebral: Desarrollo y Educación, en: Desarrollo Psicológico y Educación. Necesidades Educativas Especiales y Aprendizaje Escolar. Compilación. Alvaro Marchessi, César Coll, Jesús Palacios. Alianza Editorial.

FINNIE, Nancie R. Atención en el hogar del niño con Parálisis Cerebral. Ediciones Científicas. La prensa médica mexicana S.A. 1983.

BOWLEY, A y GARDNER, L. El niño disminuido. Buenos Aires. Editorial Panamericana. 1989.

LEVITT, Sophie. Tratamiento de la Parálisis Cerebral y el Retraso motor. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana. 1982.

CENTRO DE LIMITADOS NEUROMUSCULARES Y ORTOPÉDICOS. Guía para padres de niños con Parálisis Cerebral y retraso motor. Secretaría de Educación. Sección de Educación Especial. Imprenta Departamental. Cúcuta. Primera edición. 1988.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Promoviendo el desarrollo del niño con Parálisis Cerebral. Un guía para trabajadores de rehabilitación de nivel medio. Génova. 1993.

Educación física para niños y niñas con necesidades educativas especiales. Limitaciones motrices y problemas ortopédicos.

GARCÍA AYMERICH, Vicente. Enciclopedia temática de Educación Especial. Tema 94.

WERNER, Davis. El niño campesino deshabilitado. Editorial Fundación Hesperain. Palo Alto. E.E.U.U. Primera edición en español. 1990.

CARENAS, Francina. Juegos vivenciados. Niños con Parálisis Cerebral. Ediciones CEAC.

AUTORES VARIOS. Compilación de Rafael Bautista. Necesidades Educativas Especiales. Cap. 13. Deficientes motóricos II Parálisis Cerebral. Por: Juan Luis Gil Muñoz, Gloria M González Blasco y María José Ruíz Suárez. Ediciones Aljibe. Segunda edición. 1993.

Enciclopedia Práctica De La Madre. Tomo II. 1990