



“Aportes desde el rol Psicopedagógico para propiciar una mejor calidad de vida de los niños con Parálisis Cerebral de 0 a 36 meses”

Autora: Laura G. Amici

Tutora: Lic. Alicia D’Agata

Universidad Nacional de General San Martín - UNSAM

Escuela de Humanidades

Licenciatura en Psicopedagogía

Fecha de presentación: Septiembre 2011

“Aportes desde el rol Psicopedagógico para propiciar una mejor calidad de vida de los niños con Parálisis Cerebral de 0 a 36 meses”

Autora: Laura G. Amici

Tutora: Lic. Alicia D`Agata

Universidad Nacional de General San Martín - UNSAM

Escuela de Humanidades

Licenciatura en Psicopedagogía

Fecha de presentación: Septiembre 2011

RESUMEN

La presente investigación tiene como eje a la Intervención Temprana, como modelo de abordaje en la atención de bebés y niños pequeños de 0 a 36 meses con Parálisis Cerebral.

Se realiza una descripción teórica dividida en cinco capítulos: en el *Capítulo 1: Psicopedagogía e Intervención Temprana*, se define a la Psicopedagogía, el rol del Psicopedagogo, se enumeran los principios básicos de la Intervención Temprana, y por último se describen los tres niveles de Prevención (Primario, Secundario y Terciario).

En el *Capítulo 2: Atención Primaria de la Salud (APS) e Interdisciplina*, se define a la APS, se describen sus características fundamentales y objetivos. Dentro del mismo capítulo se define el concepto de Interdisciplina, los momentos del Diagnóstico en Intervención Temprana, y los distintos tipos del mismo.

En el *Capítulo 3: Actividades de la Vida Diaria (AVD), Integración sensorial, y la Familia con un niño especial*, se define a las AVD, y se explica cada una de las elegidas para el presente trabajo: Alimentación, Aseo y Juego. En cuanto a la Integración Sensorial, se la define, y se describen los déficits del procesamiento sensorial en niños con Parálisis Cerebral.

En cuanto al apartado "*La familia con un niño especial*", se describen las adversidades que pueden presentarse en una familia en la que nace un niño con discapacidad severa, como es el caso de la Parálisis Cerebral, y se nombran algunos factores de Resiliencia familiar, según Blanca Núñez.

En el *Capítulo 4* denominado: *Maduración Psicomotriz de 0 a 36 meses*, se realiza un recorrido de los factores que determinan los hitos del desarrollo, incluyendo también los Reflejos Arcaicos, que marcan los hitos evolutivos, para luego en el último capítulo denominado: *Parálisis Cerebral (PC)*, poder definir la patología, mostrar su incidencia y etiología. Clasificar las causas, definir los diferentes tipos, y describir las patologías asociadas.

En el presente trabajo se hará hincapié, a través de la intervención en la etapa inicial, favoreciendo experiencias para la estructuración de aprendizajes. En el consultorio de Intervención Temprana de un Hospital Público de la Provincia de Buenos Aires, se observará y registrará la manera en que los padres participan en las Actividades de la Vida Diaria (A.V.D.) de sus hijos, y que aportes o sugerencias se podrían realizar desde el rol Psicopedagógico, para propiciar una mejor calidad de vida de los niños con Parálisis Cerebral de 0 a 36 meses, que realizan su tratamiento en el Hospital.

El terapeuta explicará a los padres que el tratamiento no debe verse como una sesión aislada de media hora cada día, sino que debe estar directamente relacionado con las Actividades de la Vida Diaria (A.V.D.), como: alimentación, aseo y juego, ya que los niños pasan el mayor tiempo con sus padres o cuidadores. También describirá a los padres, paso por paso, lo que va a hacer y la razón para hacerlo, así como lo que espera lograr del tratamiento, etapa por etapa.

Hará hincapié en la importancia del manejo cuidadoso que deben llevar a cabo los padres durante los primeros años del niño, y particularmente durante el primer año crítico, ya que a ninguna otra edad el niño se desarrolla tan rápidamente como durante los primeros doce meses.

Por último, en la conclusión se propone un *Programa de Intervención Lúdico*, el mismo fue aplicado a una población total de ocho niños de 0 a 36 meses de edad con Parálisis Cerebral, y a sus padres o cuidadores que concurren a un Hospital Público de la Provincia de Buenos Aires, quienes completaron las preguntas de dicho Programa.

Es un programa dirigido a padres, en el que se apunta a favorecer en ellos: la aparición de distintas actividades lúdicas, la incorporación de distintos materiales y texturas, el tiempo atencional de cada niño, el intercambio de experiencias entre los propios padres, la importancia del acompañamiento desde un plano individual, entre otros.

ÍNDICE GENERAL

Introducción	5
<i>Capítulos:</i>	
Capítulo 1	
I. Psicopedagogía.....	9
II. Intervención temprana.....	10
III. Prevención Primaria de la Salud.....	14
IV. Prevención Secundaria de la Salud.....	14
V. Prevención Terciaria de la Salud.....	15
Capítulo 2	
I. Atención Primaria de la Salud.....	17
II. Interdisciplina.....	19
III. Diagnóstico Psicopedagógico Temprano.....	21
Capítulo 3	
I. Actividades de la Vida Diaria.....	25
II. Alimentación.....	25
III. Aseo.....	27
IV. Juego.....	28
V. Integración Sensorial.....	31
VI. La Familia con un Niño Especial.....	34
Capítulo 4	
I. Maduración Psicomotriz de 0 a 36 meses.....	37
II. Maduración del primer año de vida.....	37
III. El lactante del primer trimestre.....	37
IV. Reflejos Arcaicos.....	39
V. El lactante del segundo trimestre.....	42
VI. El lactante del tercer trimestre.....	43
VII. El lactante del cuarto trimestre.....	44
VIII. Maduración de los 13 meses a los 24 meses.....	47
IX. Maduración del niño de 24 meses.....	48
X. Maduración del niño de 36 meses.....	50
Capítulo 5	
I. Definición de Parálisis Cerebral.....	52

II.	Incidencia.....	53
III.	Etiología.....	53
IV.	Clasificación de las causas.....	54
V.	Clasificación clínica de la Parálisis Cerebral.....	55
VI.	Parálisis Cerebral Espástica.....	56
VII.	Parálisis Cerebral Disquinética.....	59
VIII.	Parálisis Cerebral Atáxica.....	59
IX.	Patologías asociadas.....	62
X.	Trastornos del tono y el movimiento.....	64
XI.	Abordaje Terapéutico Interdisciplinario y Transdisciplinario.....	64
Metodología.....		66
Conclusiones.....		69
Bibliografía.....		73
Apéndice.....		76

INTRODUCCIÓN

El tratamiento y manejo de un niño que sufre de Parálisis Cerebral (PC) implica enfrentarse a una amplia gama de dificultades. La cooperación de los padres es vital, ya que solamente cuando los padres y los terapeutas trabajan juntos como un equipo se pueden dar al niño las mejores oportunidades para desarrollar sus capacidades. Es un error pensar que sólo los expertos pueden lograr un tratamiento exitoso.

Podría decirse, por el contrario, que así se inicia la colaboración entre los padres y los terapeutas para el cuidado y tratamiento integral del niño, ya que, hasta los 5 años es el período durante el cual, el pequeño está a cargo de sus padres, o cuidadores.

“[...] Los niños con PC pueden ser espásticos, atetoides atóxicos o flácidos, y su inteligencia puede ir de lo normal a un retardo leve, moderado, severo o profundo. Pueden también tener impedimentos secundarios que afectan la visión, la audición y el lenguaje; sufrir problemas específicos de aprendizaje, y posiblemente alguna deformidad física o trastornos emocionales [...]” (Finnie, N. ,1987)

El terapeuta explicará a los padres que el tratamiento no debe verse como una sesión aislada de media hora cada día, sino que debe estar directamente relacionado con las Actividades de la Vida Diaria (A.V.D.), como: aseo, alimentación y juego.

Explicará paso por paso lo que va a hacer y la razón para hacerlo, así como lo que espera lograr del tratamiento, etapa por etapa. Hará hincapié en la importancia del manejo cuidadoso que deben llevar a cabo los padres durante los primeros años del niño, y particularmente durante el primer año crítico, ya que a ninguna otra edad el niño se desarrolla tan rápidamente como durante los primeros doce meses.

Es por ello, que se hará principal hincapié, a través de la intervención en la etapa inicial, trabajando con la modalidad preventiva y los aprendizajes precoces en el consultorio de Intervención Temprana de un Hospital Público de la Provincia de Buenos Aires, tomando los padres las pautas que se le ofrecen para poder ponerlas en práctica en las Actividades de la Vida Diaria.

“[...] El conocimiento del desarrollo normal en sus primeras fases ayuda a entender de qué manera cada etapa del desarrollo prepara para la siguiente y se relaciona con ella [...]” (Finnie, N. ,1987).

Los primeros años constituyen la etapa más importante del ser humano, caracterizado por el rápido crecimiento físico, mental, social y emocional.

Estos primeros años son críticos para el desarrollo de la inteligencia, el lenguaje, el comportamiento social y la personalidad, de ahí que las experiencias que se le ofrezcan al infante deben procurar estimular todos éstos aspectos para favorecer un desarrollo integral.

“[...] Alguna de las condiciones que se le deben brindar a los niños/as durante sus primeros años de vida están encaminadas hacia la protección contra el peligro físico, una adecuada nutrición y atención de la salud, una vacunación apropiada, y unos vínculos afectivos saludables. La exploración de objetos que le permitan mirar, tocar, escuchar, oler y probar; una motivación apropiada para la adquisición y desarrollo del lenguaje, así como también el apoyo para adquirir nuevas aptitudes motoras, lingüísticas y mentales, y la posibilidad de ir obteniendo independencia. El apoyo para aprender a controlar su conducta, las ocasiones para comenzar a aprender a cuidarse por sí mismos, y los períodos para jugar con diversos objetos [...]” (Viñuela Ortiz, 2005).

Una de las características de mayor implicancia en la crianza de los niños más pequeños con Parálisis Cerebral, es que aun mínimos hechos relacionados con la nutrición, los estímulos y el afecto que reciben tienen gran repercusión sobre su futuro desarrollo e inserción social.

Por otro lado, hablar del cuidado del niño implica, responder a sus necesidades básicas de alimentación y atención de la salud, deben necesariamente incluir afecto, interacción, estímulo, la seguridad y coherencia que le ofrecen sus cuidadores y el juego que le permite la exploración y el descubrimiento del mundo que lo rodea. Para ello, resulta imprescindible el rol de la familia como principal agente cuidador y socializador de las futuras generaciones.

En la familia recae la responsabilidad de brindar a los niños las experiencias necesarias para desarrollarse en forma adecuada. La comunidad, y en este caso los profesionales, psicopedagogos encargados de la atención de niños pequeños, tienen la responsabilidad de orientar y brindar los recursos necesarios para que las familias

puedan cumplir con este rol trascendental, desde un trabajo Interdisciplinario y Transdisciplinario.

La investigación tendrá como eje a la Intervención Temprana, como modelo de abordaje en la atención de bebés y niños pequeños de 0 a 36 meses con Parálisis Cerebral.

El abordaje temprano abarca tres niveles de prevención: primario, secundario y terciario; desde un modelo de Interfase Salud – Educación, y con una Comprensión Ecológica del desarrollo humano.

De esta perspectiva, Bronfenbrenner (1987) habla del desarrollo en contexto, definiéndolo como una concepción cambiante, progresivamente más amplia y diferenciada que tiene una persona de su ambiente y de su relación con el, así como también su capacidad creciente para descubrir o modificar las propiedades del mismo.

De esta manera se resalta el papel fundamental del ambiente, caracterizado en términos de sistemas, y estructuras interpersonales cada vez más amplias. Desde los procesos, eventos y relaciones del niño con su ambiente social inmediato (*microsistema*), las relaciones entre los principales microsistemas en un determinado punto de la evolución del niño, como la familia, el jardín maternal, el barrio (*mesosistema*), las instituciones y grupos sociales que constituyen el entorno laboral y social de la familia que afectan indirectamente al niño (*exosistema*), hasta la interacción e impacto de los sistemas sociales como marcos ideológicos, conceptuales, demográficos en el cual están inmersos los demás niveles del ambiente (*macrosistema*).

Estos cuatro niveles crecientes del ambiente determinan las interacciones, procesos y estructuras que repercuten en el desarrollo del niño. Se pondrá mayor énfasis en el nivel primario, ya que el mismo se refiere a los servicios brindados a amplios grupos de individuos, cuyas condiciones de salud se ven amenazadas por algún factor de riesgo.

“[...] Desde el nivel primario, la Intervención Temprana se desarrolla en un marco de abordaje interdisciplinario, y generalmente interinstitucional, dirigiéndose a la

organización de programas comunitarios, institucionales y/o trabajos en red, con el fin de promover la Salud Materno – Infantil, propiciando la detección y atención temprana de situaciones de riesgo en la primera infancia y generando estrategias de intervención oportuna [...]” (Viñuela Ortiz, C. ,2005).

Implica generar un compromiso activo por parte de todos los profesionales para actuar de manera eficaz y concreta sobre las diferentes variables del contexto ambiental que inciden sobre el desarrollo infantil, a fin de brindarles a los niños con parálisis cerebral una mejor calidad de vida.

Cabe aclarar que el término Parálisis Cerebral tiene varias denominaciones, entre ellas pueden mencionarse: E.C.N.E (Encefalopatía Crónica No Evolutiva), E.M.O.C (Enfermedad Motora de Origen Central), E.M.C.I (Encefalopatía Motora Cerebral Infantil). He optado por utilizar el concepto de Parálisis Cerebral (PC), ya que se considera la denominación más utilizada en la práctica profesional.

El *interrogante* alrededor del cual gira la investigación es:

¿De qué manera los padres participan en las Actividades de la Vida Diaria (A.V.D.) de sus hijos, y que aportes o sugerencias se podrían realizar desde el rol Psicopedagógico, para propiciar una mejor calidad de vida de los niños con Parálisis Cerebral de 0 a 36 meses, que realizan su tratamiento en un Hospital Público de la Provincia de Buenos Aires?

DESARROLLO

CAPÍTULO 1

1. PSICOPEDAGOGÍA Y ATENCIÓN TEMPRANA

1.1. Psicopedagogía

1.1.1 Definición

“[...] La Psicopedagogía es un campo vastísimo, aun no delimitado en todas sus posibilidades, que estudia y trabaja los aprendizajes sistemáticos y asistemáticos. Abarca la educación académica en todos sus niveles, y la educación familiar, vocacional, ocupacional y laboral; se ocupa de la salud mental, en cuanto aprender implica afrontar conflictos, construir conocimientos y muchas veces padecer perturbaciones. Incluye el estudio de las estructuras educativas, sanitarias y laborales en cuanto promueven, traban o dañan los aprendizajes [...]” (Müller, 1995).

Es una disciplina abierta al diálogo y al trabajo conjunto. Los ámbitos de trabajo también son amplios: la educación sistémica, la clínica, la prevención en sus amplias alternativas apenas esbozadas, los medios de comunicación, la educación parasistémica y permanente, las campañas de salud pública, las áreas de recreación, entre otros.

1.1.2. El rol del Psicopedagogo

“[...]La presencia de psicopedagogos en los equipos hospitalarios y centros de salud, permite el abordaje integral de las problemáticas no solo de la fase escolar sino también aquellas relacionadas con la intervención precoz y con la prevención de los trastornos del desarrollo[...]” (Müller, 1995).

1.1.3. Psicopedagogía Preventiva

La Psicopedagogía Preventiva es un proceso dinámico en el que profesionales y pacientes, simultáneamente, son emisores y receptores de mensajes, es un proceso que abarca un amplio conjunto de actitudes que apuntan al desarrollo intelectual, emotivo, psicológico y físico de la persona. En la práctica, información y educación se funden y se confunden en un mismo Proceso de Prevención.

Las actividades preventivas, en la actualidad se clasifican en tres niveles, estos son: Prevención Primaria, Prevención Secundaria y Prevención Terciaria:

- *Prevención Primaria*: tiene como objeto disminuir la probabilidad de ocurrencia de las afecciones y enfermedades.
 - Promoción de la salud: busca el bienestar general.
 - Protección de la salud: medidas aplicadas a una enfermedad o grupo de enfermedades tendientes a interceptar las causas antes que involucren al hombre.

- *Prevención Secundaria*: tiene como objeto evitar la propagación y la transmisión de la enfermedad hacia otros. Las actividades se desarrollan en el período patológico, son: diagnóstico precoz, tratamiento inmediato, prevenir complicaciones, prevenir la incapacidad prolongada.

- *Prevención Terciaria (Rehabilitación)*: actúa cuando las lesiones patológicas son irreversibles y la enfermedad está establecida, como es el caso de la Parálisis Cerebral. Su objetivo es volver al individuo afectado a un lugar útil en la sociedad y utilizar las capacidades de funcionamiento. La rehabilitación contiene elementos físicos, psicológicos y sociales. El éxito de ella, dependerá de adecuados recursos dentro de la institución familiar, hospitalarios, industriales y la comunidad.

1.2. INTERVENCIÓN TEMPRANA

“[...] La Intervención Temprana es el conjunto de intervenciones dirigidas a la población infantil (0 a 6 años), a la familia, y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen riesgos de padecerlos. Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar [...]” (Grupo de Atención Temprana, 2000)

Claudia Viñuela Ortiz (2005), define a las Intervenciones Tempranas como un modelo de abordaje en la atención de bebés y niños pequeños con trastornos en su desarrollo,

riesgo de padecerlos o quienes viven en situación de riesgo psico-social. Abarca el abordaje temprano en sus tres niveles de prevención: primario, secundario y terciario; desde un modelo de interfase Salud – Educación y una comprensión ecológica del desarrollo humano.

Los servicios de salud, desde una concepción epidemiológica, han conceptualizado la prevención en tres niveles: primario, secundario y terciario.

La Intervención Temprana dentro del nivel primario, y enmarcada desde un abordaje interdisciplinario, y muchas veces interinstitucional, propiciará la organización de: programas comunitarios, interinstitucionales, trabajo en red, con el fin de promover la salud Materno – Infantil, favorecer la detección y atención temprana de situaciones de riesgo en primera infancia y generar estrategias oportunas de intervención.

Cuando hablamos de Intervención Temprana, nos referimos siempre a intervención oportuna y preventiva, apuntando a promover la salud física y socio-emocional del niño, así como también la prevención de accidentes y situaciones de maltrato infantil.

Se desarrolla en todos los contextos en los que se desenvuelve la vida del niño desde su nacimiento, incluso antes de nacer, adoptando en cada ámbito (centros de salud, familia, escuela) las modalidades que le sean propias. La particularidad del trastorno y la edad del niño van a marcar el tipo de intervención mas adecuada.

El tratamiento de las alteraciones del desarrollo es planificado y sistematizado de acuerdo a las técnicas de cada disciplina en un programa coordinado para favorecer un enfoque integral del niño.

Los diferentes profesionales se deben coordinar con criterios de interdisciplinariedad, es decir, tratando de que cada uno conozca los fundamentos de las demás disciplinas y sus aspectos comunes, compartiendo la misma epistemología acerca de la Intervención Temprana, lo que permite proponer acciones eficaces y orientadas a objetivos previamente consensuados y adaptados a la particularidad de cada caso.

1.2.1 Objetivos de la Intervención Temprana

El principal objetivo de la Intervención Temprana es que los niños que presentan trastornos en su desarrollo o tienen riesgos de padecerlos, reciban, siguiendo un modelo que considere los aspectos bio-psico-sociales, todo aquello que desde la vertiente preventiva y asistencial pueda potenciar su capacidad de desarrollo y de bienestar, posibilitando de la forma mas completa su integración en el medio familiar, escolar y social, así como su autonomía personal.

La Intervención Temprana debe llegar a todos los niños que presentan cualquier tipo de trastorno o alteración en su desarrollo, sea este de tipo físico, psíquico o sensorial, o se consideren en situación de riesgo social.

Todas las acciones e intervenciones que se llevan a cabo deben considerar no solo al niño, sino también a la familia y a su entorno.

Podríamos mencionar, como objetivos propios de la Intervención Temprana, los siguientes:

1. Reducir los efectos de una deficiencia o déficit sobre el conjunto global del desarrollo del niño.
2. Optimizar, en la medida de lo posible, el curso del desarrollo del niño.
3. Introducir los mecanismos necesarios de compensación, de eliminación de barreras y adaptación a necesidades específicas.
4. Evitar o reducir la aparición de efectos o déficits secundarios o asociados, producidos por un trastorno o situación de alto riesgo.
5. Atender y cubrir las necesidades y demandas de la familia y el entorno en el que vive el niño.
6. Considerar al niño como sujeto activo de la intervención.

1.3. Principios básicos de la Intervención Temprana

1.3.1. Dialogo, integración y participación

La integración familiar, escolar y comunitaria del niño que presenta un trastorno del desarrollo implica el respeto a su condición de sujeto activo. La Intervención Temprana debe facilitar el conocimiento social del niño y el acceso a su forma de comunicar y expresar sus deseos, promoviendo modelos de crianza, educativos y relacionales coherentes y estables, basados en actitudes de diálogo y en la aceptación de los modos alternativos de ser.

La colaboración con la familia es una actitud básica de la Intervención Temprana, desde el respeto de la cultura, valores y creencias de su entorno. Se debe estimular la expresión de sus necesidades e intereses, el derecho a recibir información de manera adecuada y a participar en cuantas decisiones les atañen. La Intervención Temprana también tiene que estar centrada en la familia, en la aportación de los medios que precisa para resolver sus dificultades y asumir sus responsabilidades.

1.4 Niveles de Intervención

Del modelo bio-psico-social se deriva la necesidad de establecer relaciones con los programas y servicios que actúan en el contexto del niño y de su familia.

Los centros de salud y servicios de Intervención Temprana deberán realizar sus actuaciones de manera que se procure la coincidencia con aquellos esfuerzos sociales que desde otras instancias de la administración y la comunidad favorecen la salud, la educación y el bienestar social.

La Intervención Temprana se desarrolla en todos los contextos en los que se desenvuelve la vida del niño desde su nacimiento: Hospital Materno-Infantil, Centro de Atención Temprana extra-hospitalario, familia y escuela infantil, entre otras. Adoptando en cada ámbito las modalidades que le son propias.

1.4.1 .Prevención Primaria de la Salud

La salud ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como: “[...] un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo como la mera ausencia de enfermedad o dolor [...]”

Corresponden a la prevención primaria las actuaciones y protección de la salud, orientadas a promover el bienestar de los niños y sus familias. Son medidas de carácter universal con vocación de llegar a toda la población.

Comprende derechos como la asistencia sanitaria, el permiso por maternidad o situación de acogida o adopción.

En este nivel le corresponde a la Intervención Temprana identificar y señalar, ante las instituciones sociales, aquellas circunstancias que puedan ser relevantes para la elaboración de normas o derechos universales en el ámbito de la promoción y protección del desarrollo infantil.

Sería una medida trascendente en prevención primaria, la universalidad, gratuidad y precocidad de la Atención Temprana.

1.4.2. Prevención Secundaria en Salud

La prevención secundaria se basa en la detección precoz de las enfermedades, trastornos o situaciones de riesgos. Se instrumenta a través de programas especiales dirigidos a grupos identificados en situación de riesgo, como los niños prematuros de 32 semanas o de menos de 1500g; las unidades familiares con embarazos adolescentes menores de 18 años en riesgo de disfunción relacional; las unidades familiares con embarazos a partir de los 35 años con riesgo de cromosomopatías; los niños con tetraplejías espáticas y riesgo de luxación de caderas, entre otros factores de riesgo relevantes.

Las investigaciones epidemiológicas nos permiten identificar los grupos de riesgo que serán objeto de una atención especial que incluya un sistema de alerta social, como son las campañas de sensibilización de los profesionales de las distintas redes y de la propia sociedad para su detección precoz, así como unos protocolos de actuación para cada uno de los grupos incluidos en dichos programas.

1.4.3. Prevención Terciaria en Salud

La prevención terciaria se corresponde con aquellas acciones dirigidas a remediar las situaciones que se identifican como crisis bio-psico-sociales.

Ejemplos de esta situación son, el nacimiento de un hijo con discapacidad o la aparición de un trastorno del desarrollo.

La instrumentación social para evitar que esta crisis profundice e impulse soluciones, es precisamente tarea del Servicio de Intervención Temprana, en el que recae la máxima responsabilidad de activar un proceso de reorganización trabajando con el niño, la familia y el entorno en el que vive.

En ocasiones se puede lograr un nuevo equilibrio de forma más o menos rápida, pero en otras se pueden precisar períodos muy largos de tiempo para su superación, al verse afectados proyectos familiares y personales, al limitarse las posibilidades de movilidad, de comunicación y de autonomía de un miembro de la familia. La complejidad de estas situaciones hace necesaria la intervención de un equipo interdisciplinario.

1.5. Prevención Primaria en Intervención Temprana

La prevención primaria de los Trastornos en el Desarrollo Infantil tiene por objetivo evitar las condiciones que pueden llevar a la aparición de deficiencias o trastornos en el desarrollo infantil.

Los servicios competentes en estas acciones son prioritariamente: Salud, Servicios Sociales y Educación.

Son competencia de los Servicios de Salud los programas de planificación familiar, de atención a la mujer embarazada, los de salud materno-infantil, vacunaciones, información de los factores de riesgo y de su prevención, atención pediátrica primaria y las actuaciones hospitalarias y sanitarias en general.

Los Servicios de Salud Mental colaboran con los equipos de salud y planificación familiar en programas materno-infantiles, que deberían permitir evitar, la aparición de situaciones de riesgo.

Los Servicios Educativos, asimismo, cumplen un rol importante dentro de este nivel de prevención. Son competencia de los mismos aquellas acciones destinadas a apoyar al niño y a su familia desde los centros de educación infantil, jardines maternos y de infantes, utilizados de forma mayoritaria por la población a partir de los 3 años de edad, y por una parte de la misma en edades anteriores.

La labor de estos centros en la prevención de los trastornos del desarrollo puede ser fundamental para las poblaciones de alto riesgo, al ofrecer un entorno estable y estimulante a un sector de la población infantil que a menudo sufre de condiciones adversas en el seno familiar.

CAPITULO 2

2. ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD (APS) E INTERDISCIPLINA:

2.1 Definición de APS

La Atención Primaria de la Salud (APS) se apoya en la declaración de Alma Ata, de los años `70: *“Salud para todos en el año 2000”*.

En 1978 se adopta la concepción de Atención Primaria de la Salud, estrategia global y revolucionaria que involucra al Sistema Sanitario, a los gobiernos y las sociedades en su conjunto. Tal filosofía impulsa un cambio que promueve el desarrollo social y económico, la solidaridad entre países, la equidad y la justicia, alcanza una dimensión social y política insoslayable, siendo éste el nivel de análisis que la problemática requiere.

En la Institución Hospitalaria se implementa el trabajo interdisciplinario, porque se trabaja desde un concepto integral. Se considera que la persona no es solamente un ente biológico, sino que se comienzan a atender todos los factores que influyen en su salud o enfermedad: factores sociales, psicológicos o culturales.

La APS es una estrategia que concibe integralmente los problemas de salud – enfermedad, y de atención de las personas y el conjunto social. No solo provee servicios de salud, sino que afronta las causas últimas (sociales, económicas y políticas) de la ausencia sanitaria.

En su visión integra la asistencia, la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la rehabilitación. Su misión consiste en extender el sistema sanitario hasta la intimidad de las viviendas permitiendo conocer la realidad social y sanitaria de la población, mejorando la comunicación entre el individuo y su familia, con sus saberes, cultura, y la medicina científica.

2.2 Características de la APS

Las características fundamentales de la Atención Primaria de la Salud pueden resumirse en:

- Integral, en cuanto a la concepción bio – psico - social de salud y enfermedad, y en cuanto a que debe incluir la promoción de la salud , la prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.
- Accesible, o sea, fácil y rápidamente disponible, con la máxima eliminación de barreras.
- Continuada, en cada circunstancia de atención y a lo largo de la vida de los pacientes.
- Responsable, en tanto el equipo de salud debe tener una actitud de servicio y estar comprometido con el logro de los resultados planteados.
- Participativa, ya que el paciente y la comunidad deben ser parte activa en su planificación, ejecución y supervisión.
- Programada y coordinada en el trabajo dentro del equipo de salud e integrada en un sistema.
- Docente e investigadora en su área específica.

Mario Testa (1997) define a la Atención Primaria de la Salud como: “[...] el eslabón inicial de la cadena de atención, donde se resuelven los problemas de menor dificultad técnica-diagnóstica y terapéutica, y se orientan los restantes a los niveles sucesivos de la cadena. Ello implica una red de establecimientos interconectados por claros procedimientos de referencia y transmisión de la información pertinente, que ordenan la circulación interna de los pacientes en el sistema [...]”

El tipo de atención que se presta en esos establecimientos no implica una disminución de la calidad, sino que por lo contrario, debe tener la calidad necesaria a fin de realizar la distribución antes mencionada, de lo contrario puede aumentar el riesgo de errores diagnósticos y terapéuticos.

Es importante tener en cuenta que este nivel de atención es el primer contacto del enfermo- o del sano- con el complejo de servicios. Los mismos deben estar a su disposición en la medida que ello sea necesario para resolver el problema de salud que presenta. Así una mejor forma de conceptualizar este servicio, es como puerta de entrada al sistema de salud. Si se la piensa como tal, para cumplir su función debe

estar a cargo del personal muy bien calificado, para responder adecuadamente a las exigencias.

La verdadera significación de la APS debe tener en cuenta: la contextualización en el sistema de salud, el interés, la participación y las ideologías de los grupos sociales en relación con el sector, la tecnología en los diversos subsectores de salud y las relaciones que estos subsectores en conjunto mantienen con la sociedad, así como también su inserción en los conflictos y las luchas de la sociedad.

2.3 Objetivos de la APS

El propósito de la Atención Primaria de la Salud consiste en mejorar el estado sanitario de la población, involucrándola a través de la participación social, brindando cobertura universal mediante actividades de promoción y prevención de la salud.

La Estrategia de la APS se implementa por el Ministerio de Salud de la Nación, partiendo de una concepción amplia del proceso salud-enfermedad y entendiendo que esta influido por múltiples factores, donde lo social tiene un peso sustancial, es necesario recabar información de diferentes áreas. Esta información permite concretar abordajes, seleccionar diversas intervenciones para situaciones diferentes, y dar respuestas a quienes las requieren.

2.4. INTERDISCIPLINA

“[...] Nada nos compele a dividir lo real en comportamientos estancos o en pisos simplemente superpuestos que corresponden a las fronteras aparentes de nuestras disciplinas científicas; por el contrario, todo nos obliga a comprometernos en la búsqueda de instancias y mecanismos comunes. La interdisciplinariedad deja de ser un lujo o complemento ocasional para convertirse en la condición misma del progreso [...]” (Piaget, J.1971)

2.4.1 Definición del concepto

La atención aislada de varias disciplinas lleva necesariamente a una visión fragmentada del paciente y, muchas veces, a opiniones contradictorias, además de la probabilidad de dejar aspectos del paciente sin atender.

“[...] La Interdisciplina apunta a posibilitar una visión integral de los sistemas complejos, (teniendo en cuenta al ser humano como un ser complejo), y la toma de decisiones en situaciones de incertidumbre. Implica la integración de conceptos, métodos, procedimientos, terminologías y datos de diferentes campos. Requiere también de una gran interacción entre las disciplinas y la modificación de los involucrados en el intercambio. Posibilita el surgimiento de nuevas preguntas y permite respetar la complejidad del objeto de estudio, al evitar el riesgo de fragmentación desde la óptica especializada [...]” (Lejarraga, y Schejter, 2004).

El trabajo interdisciplinario tiene como propósito incorporar distintos enfoques sobre un problema, a modo de complejizar y enriquecer la mirada sobre las implicancias de las decisiones que se toman. Tiene como eje central la búsqueda de la comprensión compartida de los problemas. Está relacionada a la práctica de debatir ideas y de escuchar diferentes enfoques, y un interés genuino de encontrar una verdad.

La interdisciplina no se da en forma espontánea en la vida cotidiana de las instituciones. Para que haya interdisciplina, es necesario que las personas que debaten tengan conocimiento suficiente de la propia disciplina y que no se diluyan en saberes específicos; así como también que, la institución este organizada de manera tal que su organigrama y la definición de las misiones y funciones de sus agentes favorezcan el encuentro interdisciplinario.

Otro punto de importancia para la interdisciplina, es la existencia de un objetivo común que los convoque, así como la necesidad de solucionar un problema compartido.

La interdisciplina según Lejarraga, y Schejter (2004) no es sólo una forma de trabajo conveniente, sino que además es profundamente necesaria en la atención de problemas de salud, esencialmente por tres razones:

1. porque mejora la calidad de la asistencia, devala simplificaciones, completa definiciones insuficientes, permite un

control cruzado entre los diferentes profesionales y ofrece una red de sostén.

2. porque contribuye al progreso del conocimiento.
3. porque el objeto de conocimiento son las personas y es necesaria una visión integral.

La interdisciplina sólo puede llevarse a cabo cuando los que la realizan son expertos en su propia disciplina, manteniendo su identidad y especificidad disciplinaria, sólo así se podrán establecer enlaces y relaciones.

En la articulación interdisciplinaria cada disciplina es importante en su individualidad y función, se basa en las correspondencias estructurales, en las intersecciones y en los vínculos interdisciplinarios. Esto es de fundamental importancia porque la integración no es exclusivamente disciplinar, sino que se da a través de los miembros del equipo de trabajo, es por ello que la cooperación orgánica entre los miembros del equipo es primordial.

2.4.2. Diagnóstico Interdisciplinar en Intervención Temprana

Podemos afirmar que el diagnóstico nos conducirá al conocimiento de las causas que originan cualquier problema. En Intervención Temprana, dada la singularidad de la población infantil atendida, el diagnóstico debe permitirnos identificar los factores etiológicos que causan los problemas de desarrollo, en las vertientes biológica, psicológica, social, y su interrelación.

Esta perspectiva tridimensional confiere al diagnóstico una especificidad y complejidad particulares que supone la utilización de modelos diagnósticos integradores.

Ante la constatación o sospecha de cualquier alteración/disfunción de la salud, de la capacidad de relación, del normal funcionamiento de la motricidad voluntaria o de la comunicación, todos comprendemos la necesidad de disponer de la información oportuna que nos haga entender el origen de estos trastornos.

El diagnóstico es, por tanto, un elemento imprescindible para la determinación de la índole o naturaleza de aquellas alteraciones que comprometen las funciones vitales de los seres humanos.

Es necesario abordar el diagnóstico desde una perspectiva amplia, multifactorial, y considerar todos los elementos que pueden originar limitaciones en el desarrollo normal infantil (factores genéticos, problemas de salud, trastornos psicoafectivos, condiciones desfavorables del entorno, entre otras).

El diagnóstico en Intervención Temprana comporta un estudio global del desarrollo del niño, de su historia personal, de su familia y de su entorno. Para su realización es preciso que participen profesionales de la Medicina, Psicología, Psicopedagogía y Ciencias Sociales, entre otras.

2.4.3. Momentos del diagnóstico en Intervención Temprana

Atendiendo al momento de su realización según el Libro Blanco de la Atención Temprana (2000) se destacan los siguientes tipos de diagnóstico:

- *Diagnóstico Prenatal*: es el que emplea conocimientos para identificar las enfermedades y malformaciones en la vida intrauterina que pueden suponer una afectación fetal.
- *Diagnóstico Neonatal*: es la evaluación sistémica del recién nacido, con la finalidad de conocer evidencias de enfermedades o alteraciones en el nacimiento.
- *Diagnóstico Postnatal*: es la detección precoz y el estudio sistemático de los signos de alarma que permiten sospechar alguna patología de la salud o de los hitos evolutivos del desarrollo motriz, cognitivo, verbal o adaptativo.

2.4.4. Niveles de diagnóstico en Intervención Temprana

Considerando los niveles diagnósticos pueden establecerse tres tipos:

- *Diagnóstico Etiológico*: permite conocer las causas biológicas, psicológicas o sociales que originan los trastornos en el desarrollo,

teniendo en cuenta que en muchos casos existe un origen etiológico multifactorial.

- *Diagnóstico Síndromico*: la asimilación de un trastorno del desarrollo es un conjunto de signos y síntomas que configuran una entidad patológica o síndrome, facilita el conocimiento de los aspectos biológicos, psíquicos o sociales, y de su carácter estable o de posible evolución.
- *Diagnóstico Funcional*: es la determinación cuantitativa y cualitativa de las alteraciones del desarrollo, permite comprender la problemática del niño, sus capacidades y sus posibilidades de desarrollo en el contexto de su interacción familiar y de su entorno. A partir del diagnóstico funcional se planifican las intervenciones más oportunas.

2.5. Diagnóstico Psicopedagógico Temprano

Para hablar de Psicopedagogía Temprana e interdisciplinaria, tenemos que deslindar este concepto, del concepto de Multidisciplina.

“[...] La posibilidad de atravesar los conceptos de maduración con las técnicas de evaluación del desarrollo y con la valoración de los esquemas y modelos de aprendizaje del sujeto, constituyen modestos aportes a un proyecto interdisciplinario que trata de proporcionar una respuesta a las demandas de nuestra asistencia poblacional [...]” (Bin, L. Echeverría, H. Estévez, Waisburg, H., 1996)

Haydee Echeverría en *“Intervención Temprana en el Campo Psicopedagógico”*, propone elaborar un inventario de las acciones manifiestas de los seres humanos frente a determinadas situaciones:

Existen tres comportamientos espontáneos que realiza el bebé a partir de su nacimiento, el primero de ellos es: *volver la cabeza en la posición decúbito dorsal*, siguiendo un objeto. Esto llevó a los investigadores a plantear las preferencias tempranas de los bebés. Dando lugar a uno de los mecanismos cognitivos más importantes, la discriminación. Constituyéndose en uno de los pilares del aprendizaje, ya que, sin ésta función básica no podemos abordar el crecimiento.

Otro comportamiento es el de *succionar*, el mismo se constituye como básico y funcional del aprendizaje inmediato. A partir de este comportamiento se van a poder establecer situaciones de aprendizaje muy importantes.

El tercer comportamiento es la *visión*, por lo tanto, desde el primer mes de vida, todo está preparado para los aprendizajes, lo único necesario y a tener en cuenta es un ámbito adecuado para que puedan ponerse en juego.

Los bebés buscan la estimulación sensorial, ya que tienen una apertura permanente hacia el entorno. Lo que busca el bebé es en resumidas cuentas interesar al otro, fundamentalmente a su madre biológica, o a la persona encargada de cumplir este rol (cuidador).

Viñuela Ortiz (2005) da cuenta de la importancia de la Intervención Temprana:

“[...] cuando se trata de intervenir en la vida de una familia y un niño en situación de riesgo biológico, o psico-social, todo abordaje debe comenzar por una Evaluación del Desarrollo adecuada, teniendo en cuenta que toda evaluación es de por sí una intervención [...]”

Cuando hablamos de Evaluación del Desarrollo, nos referimos a un proceso que comienza cuando llegan a la consulta un bebé o niño pequeño, en busca de respuestas, muchas veces derivado por otro profesional, pero también puede suceder que la consulta sea simplemente de rutina, tal es el caso del control pediátrico.

Para la obtención de información se utilizará una entrevista clínica o anamnesis, que dé cuenta de cuáles son los conocimientos y preocupaciones de los padres por las dificultades del niño, lugar del niño en la familia, dinámica familiar, registro de los diferentes hitos evolutivos y señales de alarma en relación al desarrollo, factores protectores, familia ampliada, entre otros.

Es de suma importancia la observación clínica del niño, su comportamiento durante la consulta, así como la observación vincular. Se administran algunas Escalas de Evaluación del Desarrollo: cognitiva, psicomotriz, lenguaje, conducta adaptativa, indicadores de apego, entre otras.

CAPÍTULO 3

3. ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD) e INTEGRACIÓN SENSORIAL:

3.1. Definición de Actividades de la Vida Diaria

Trombly (1990) define a las AVD como “[...] aquellas tareas ocupacionales que una persona lleva a cabo diariamente para prepararse para... [...]”.

“[...] Las AVD son la base de la funcionalidad de las personas. Son las acciones que se realizan a lo largo de día y son las mismas para todos, aunque se diferencien por el contexto cultural, los hábitos y roles adquiridos [...]” (Finnie, N. ,1987)

3.1.2. Alimentación

Durante los primeros meses, el bebé toma su alimento mediante lo que se conoce como: reflejo de succión y deglutorio. Como en algunos niños con Parálisis Cerebral (PC), este reflejo es insuficiente desde el nacimiento, el momento de la alimentación puede presentar dificultades tanto para el niño, como para su madre.

Para la mayoría de los niños con PC la alimentación presenta problemas desde que nacen y durante todos sus primeros años. Algunos de estos niños presentan: falta de control en la boca, cabeza, tronco, falta de equilibrio para sentarse, incapacidad para doblar sus caderas, inhabilidad para llevarse las manos a la boca y falta de coordinación ojo-mano.

Es importante un control postural adecuado del niño, para evitar que sus movimientos involuntarios aumenten. Tener el alimento al lado, de manera, que el niño pueda verlo. Esta postura, permite un buen control general, así como un buen contacto visual, y es útil para aquellos niños que tienen tendencia a la asimetría.

Control del funcionamiento de la boca

En ocasiones, es necesario controlar la zona orofacial (mandíbula) de los niños con PC. Este control puede realizarse con tres dedos: pulgar, índice, y dedo medio, este último debe colocarse debajo de la pera haciendo una pequeña presión constante, la

misma permite que el funcionamiento de la lengua sea indirectamente controlado, lo que ayuda a una deglución más normal. El niño debe estar a la derecha, así el brazo de la persona que lo alimenta rodeará su cuello y realizará el *control lateral*.

Otra forma de control orofacial que se puede realizar, es el llamado, *control de frente*, se aplica el dedo pulgar sobre la pera, y el índice al costado de la cara, de frente al niño.

“[...] Entre los problemas más comunes que dificultan la alimentación del niño con parálisis cerebral, se cuentan: el empujar la comida hacia afuera con la lengua, el reflejo de morder prolongado y exagerado, el reflejo nauseoso anormalmente acentuado, la hipersensibilidad táctil en el área bucal y el babeo [...]” (Finnie, N. ,1987)

Alimentación con cuchara

El control de la mandíbula es importante en el momento de la alimentación. Es importante realizar presión firme con la cuchara colocada sobre la lengua, esto evitará que la misma empuje hacia afuera, y promoverá el uso espontáneo de los labios y la lengua.

“[...] Cuando se alimenta a un niño con parálisis cerebral de cualquier tipo, la cuchara siempre debe presentarse de frente e introducirse por en medio de la boca, nunca de lado [...]” (Finnie, N. ,1987)

Ingesta de líquidos

Es difícil para un niño con disfunción bucal aprender a beber líquidos, y durante algún tiempo requerirá ayuda.

En los comienzos se puede utilizar un vaso de plástico, con la abertura del lado que toca la nariz (vaso escotado), lo que permitirá una mayor inclinación del vaso.

“[...] El factor aislado más importante para aprender a beber es que el niño cierre la boca, ya que sólo cuando las mandíbulas permanecen cerradas y el borde del vaso descansa sobre los labios, puede el individuo usar los labios y ser capaz de deglutir sin tragar aire [...]” (Finnie, N. ,1987)

3.1.3. Aseo

“[...] El baño del niño con Parálisis Cerebral nunca es sencillo. Mientras es pequeño, las dificultades son menores, pero éstas se irán acrecentando a medida que crece. El niño con impedimentos serios será incapaz de sentarse en la tina o de usar sus manos para apoyarse; otros podrán sentarse, pero faltos de equilibrio suficiente, necesitarán sostenerse todo el tiempo con las manos [...]” (Finnie, N. ,1987)

Es importante la forma en que se maneja al niño con PC cuando entra y sale de la bañera. Los efectos del reflejo de Moro pueden, hasta cierto grado, disminuirse si se sienta al niño en una buena postura, con su cabeza y brazos hacia adelante, antes de tratar de sumergirlo en el agua.

El baño es un momento adecuado para jugar, existen variados juguetes para utilizar durante este momento: esponjas, juguetes flotantes, entre otros. Para que el niño se sienta seguro y disfrute de la hora del baño, debe ser manejado lentamente, poder acomodarse mientras se lo mueve para lavarlo. Es importante ir contándole todo lo que se va haciendo (anticipación).

Un niño con PC generalmente tiene poca sensibilidad en la piel y una imagen corporal imperfecta; al frotarlo con una toalla un poco áspera y jugar después con él proporcionará un gran estímulo.

“[...] La evolución sana de este sujeto, simbolizada por una imagen del cuerpo no inválida, depende de la relación emocional de los padres con su persona: de que muy precozmente éstos le ofrezcan, en palabras, informaciones verídicas relativas a su estado físico de lisiado. Estos intercambios humanizadores, o por el contrario su ausencia, deshumanizadora, dependerán de que los padres hayan aceptado, o no, la invalidez del cuerpo de su hijo [...]” (Doltó, 2005)

Cuidado dental

En cuanto al cuidado dental, es muy importante, ya que los niños con Parálisis Cerebral, al tener dificultades para masticar, son susceptibles a las caries, y a la inflamación e infección de las encías.

La limpieza de sus dientes presenta problemas, debido a la hipersensibilidad de la boca y las encías.

Al lavar los dientes del niño, la postura debe ser en posición de sentado, ya que la misma le permite tener un buen control de la cabeza, y así poder colaborar durante el momento del lavado y enjuague.

3.1.4. Juego

“[...] El juego es una actividad predominantemente asimilativa, por la cual el sujeto alude a un objeto presente que constituye el símbolo del primero y guarda con el una relación motivada. La imitación, en cambio, es una acción diferida, internalizada como imagen, que permite al niño realizar sobre los objetos simbólicos acciones, también simbólicas, que tienen por asiento su propio cuerpo [...]” (Paín, S., 1983)

El juego es igualmente importante para el niño con Parálisis Cerebral también él tiene que adquirir conciencia de sí mismo, explorar y llegar a conocer sus manos, cara, pies, y demás partes del cuerpo; y comprender como funciona el mundo que lo rodea.

Según Daniel Calmels (2009) “[...] los juegos corporales desde muy temprana edad estimulan y actualizan los miedos básicos y, en el mismo acto, las herramientas para elaborarlos [...]”

Debido a las dificultades de movimiento, equilibrio, coordinación visual y manual, es importante encontrar la mejor postura en la que el niño pueda usar sus manos con mayor ventaja, y así poder lograr un mejor equilibrio en la actividad lúdica.

Es importante que el niño que tiene equilibrio y puede moverse, no juegue únicamente sentado, de esa manera pierde oportunidad de adquirir nuevas experiencias.

“[...] Es en el juego y sólo en el juego que el niño o el adulto como individuos son capaces de ser creativos y de usar el total de su personalidad, y sólo al ser creativo el individuo se descubre a sí mismo [...]” (Winnicott, D., 1971)

Ha sido Piaget quien mejor ha develado el nacimiento y desarrollo del juego en relación a los procesos cognitivos. Fue clasificado de la siguiente manera: de Ejercicio, Simbólico, y de Reglas.

El juego de ejercicio comprende la primera etapa de vida del individuo, teniendo su máximo apogeo alrededor de los dos y los tres años, para luego ir decreciendo, y se sustenta en las leyes del proceso biológico: “todo órgano se desarrolla al funcionar”.

El nacimiento de la función semiótica o simbólica que implica la posibilidad de poder representar algo, posibilita la aparición del juego simbólico que corresponde al período Pre-escolar. Se transforma lo real por medio de gestos, movimientos, acciones en general no dadas en el campo perceptivo; es “el juego del como sí”.

Alrededor de los cinco y siete años aparece el juego de reglas que logra el máximo desarrollo entre los siete y los ocho años, permaneciendo hasta la edad adulta, los otros no desaparecen, pero tienen cada vez menos relevancia. Se inicia como imitación de los adultos, siendo el resultado de la vida social. Es la regla lo que le da ese carácter social al juego.

El Juego desde la Concepción Psicoanalítica

Esta concepción nos demuestra que el niño con el juego pone de manifiesto sus ansiedades básicas, sus conflictos y las defensas concomitantes que utiliza para lograr su equilibrio psíquico.

La postura de Freud con respecto al juego, se puede observar, en su artículo “Mas allá del principio del placer”, cuando alude al conocido juego del carretel (fort-da).

Desde esa experiencia Freud advierte, que el niño a través del juego expresa la necesidad de transformar lo vivido pasivamente en una situación activa, intentando a través de su fantasía un manejo de la realidad.

A partir de Freud debemos reconocer el juego, teniendo en cuenta las distintas etapas libidinales por las cuales recorre el niño; las mismas darán cuenta de diferentes

necesidades de intercambios, debiendo adaptar los juguetes a partir de los distintos momentos del desarrollo psicosexual (Etapa Anal, Oral y Fálica).

Elección de los materiales de juego

“[...] Muy a menudo lo vemos pasivo ante nuestros esfuerzos, sin preguntarnos si las formas de estimulación elegidas se adecuan a sus necesidades. Muchos estudios realizados ponen de manifiesto que no se puede hablar de pasividad, sino de que las formas de estimulación están erradas. A menudo a estos niños se les ha quitado la posibilidad de tomar iniciativas, se han acostumbrado a que otro haga todo por ellos. También puede suceder que, en edad muy temprana, haya hecho la experiencia de que no vale la pena tratar de comunicarse. Sus dificultades para expresar necesidades y sentimientos son enormes, siendo su entorno incapaz de interpretarlos [...]” (Brodin y Rivera, 2000)

Brodin y Rivera (2000) han clasificado los juegos y materiales para niños con deficiencia mental de la siguiente manera:

- objetos y material para sentir y mirar (móviles, mordillos)
- objetos para tomar y manipular (juguetes con efecto de iluminación, linternas, cajitas de música)
- objetos para manipular, soplar y hacer sonar (soplar burbujas, velitas, plumas, pelotitas, flautas, maracas, cascabeles, tambores)
- objetos para sacar, guardar y construir. (cubos, envase plásticos, baldes)
- juegos con movimientos corporales (hamacas, cosquillas, pelotas inflables, pelotas con cascabeles)
- juegos con agua, arena y otros materiales (espuma, burbujas, masa, pinturas de colores).

“[...] La mejor estimulación que una mamá puede ofrecerle a su hijo es su presencia, el contacto piel con piel, alzarlo, hablarle, tocarlo, acariciarlo, cantarle. Todo esto estimula sus sentidos, ayuda a desarrollar sus emociones, su inteligencia y a comprender el mundo. Pero además, le permite sentirse seguro, contenido y

protegido, y los bebés necesitan sentir que hay alguien que los cuida y ama para poder vivir [...]” (Calmels, D., 2009)

3.2. Integración Sensorial

Muchos niños, con variedad de diagnósticos pueden tener dificultades de integración sensorial, entre ellos: niños prematuros, niños que han sido expuestos a drogas y alcohol durante su gestación, niños con síndrome de Down, aquellos niños con TEA (Trastorno del Espectro Autista), con Parálisis Cerebral, y muchos otros.

“[...] La *integración sensorial* se define como el proceso neurológico que organiza la sensación del propio cuerpo y del medio ambiente, y hace posible utilizar eficazmente el cuerpo dentro del ambiente. Los aspectos espaciales y temporales de las aferencias de diferentes modalidades sensoriales son interpretados, asociados y unificados. La integración sensorial es el proceso de la información para ser usada en “percepción” o “respuesta adaptativa” [...]” (Ayres, J., 1998)

La *respuesta adaptativa* según Jean Ayres (1998) es la respuesta del organismo a las demandas del medio, para que se desarrolle una respuesta de este tipo, es necesario que haya habido un desafío previo.

Las dificultades en el registro, procesamiento y organización de las experiencias sensoriales para producir una respuesta adaptativa y autorregularse impactan en la habilidad del niño para lograr las tareas básicas del desarrollo temprano: construir relaciones sólidas y positivas con otros, y explorar el ambiente físico a través del juego.

De allí se desprende el interés en entender las particularidades de cada niño respecto de su desarrollo sensorial para poder apoyar a padres y cuidadores en la promoción de una mayor congruencia entre las necesidades sensoriales del niño y su ambiente.

“[...] En el proceso de integración sensorial intervienen, además de los sentidos visual, auditivo, y táctil, otros sentidos que nos proveen información sobre nuestro cuerpo: el *sistema propioceptivo* que da información sobre los movimientos articulares, posición

del cuerpo y de los segmentos corporales en el espacio. Este sistema es importante también para la coordinación de movimientos, postura y la relación espacial.

El *sistema vestibular*, que nos informa sobre la posición del cuerpo en relación a la gravedad, permitiendo el desarrollo del equilibrio y la postura. Junto con el tacto, estos dos sentidos participan en la formación de un sentido del sí mismo y son muy importantes en los primeros años. [...]” (Ayres, J., 1998)

El proceso de integración sensorial, mediante el cual podemos organizar información a través de todos los sentidos y utilizarlos para aprender y actuar, abarca el registro del estímulo, la orientación y atención al mismo, su interpretación, la organización de una respuesta, y su ejecución.

Cuando este proceso funciona normalmente, el lactante o niño de corta edad es capaz de la autorregulación. Así, puede atender a su ambiente, disfrutar de una variedad de experiencias de juego social, sensorio-motor y participar de las AVD, tales como: recibir un baño, ser vestido o desvestido, comer, dormir con placer y buena disposición, entre otras.

Por lo contrario, cuando existen incongruencias entre las características del ambiente y las necesidades o el estilo individual de cada niño, pueden verse manifestaciones en las cuatro funciones centrales de la autorregulación: alerta, atención, afecto y acción.

Las sensaciones del cuerpo, especialmente durante una actividad con propósito, proporcionan los medios por los cuales se establece un modelo neuronal o leyes del cuerpo. Se necesita un esquema corporal preciso para las tareas prácticas, para la sensación, direccionalidad, y para relacionar el cuerpo con el espacio.

La Parálisis Cerebral provoca serios desajustes en el cuerpo, que incluye problemas de tonicidad muscular, de movimiento y posturales, en ocasiones con compromisos sensoriales e intelectuales. Sin embargo, es posible estimular el proceso sensorial para mejorar la interacción con el medio y con el propio cuerpo a través de una serie de actividades, que estimulen el procesamiento y la integración de la información sensorial y su impacto en el desarrollo de tareas que luego realizará el niño en su vida cotidiana.

Los niños con PC y/o con retardo mental grave presentan un déficit importante del procesamiento sensorial, principalmente en el de la información táctil, la propioceptiva-kinestésica y la vestibular.

Según Ayres (1998) el déficit en el procesamiento táctil podrá ser de varios tipos:

- *Déficit en la modulación:* el niño no regula la información sensorial y reacciona de una manera baja o exagerada a un estímulo.
- *Déficit en la discriminación:* presenta fallas en la localización de la información táctil, estereagnosia pobre y escaso reconocimiento.
- *Hipo respuesta:* a la información sensorial o déficit en el registro.

Algunos propósitos del tratamiento de Integración Sensorial de un niño con PC, podrían ser:

- Estimular el proceso sensorial para impactar en el movimiento, el aprendizaje y la conducta socio-emocional.
- Incrementar la habilidad del niño para interactuar libremente con objetos en el espacio dentro de un ambiente siempre cambiante.
- Proveerlo de oportunidades que le permitan explorar y experimentar con la mayor cantidad de información sensorial.
- Procesar la información vestibular y propioceptiva que le facilite un mejor ajuste corporal.
- Favorecer experiencias táctiles, visuales, auditivas que desarrollen la organización de procesos de aprendizaje.
- Lograr un control postural estático y dinámico.

“[...] Los primeros pasos del desarrollo, tienen lugar en la relación del niño con sus padres. Surge así la figura de la madre como primera estimuladora (...) Gracias a los cuidados que recibe de la madre, cada niño está preparado para tener una existencia personal y comienza a edificar su sentimiento de continuidad [...]” (Matas, 1997)

Puede afirmarse entonces que la cooperación de los padres es vital, ya que solamente cuando los padres y los terapeutas trabajan juntos como un equipo se pueden dar al niño las mejores oportunidades para desarrollar sus capacidades. Es un error pensar

que sólo los expertos pueden lograr un tratamiento exitoso. Podría decirse, por el contrario, que así se inicia la colaboración entre los padres y los terapeutas para el cuidado y tratamiento integral del niño.

3.3. La Familia con un Niño Especial

“[...] La familia con un miembro con discapacidad, como cualquier otra, no es una entidad estática, sino una organización abierta que está en un proceso continuo de transformación a través del tiempo, sometido en forma constante a demandas de cambio de dentro y fuera [...]” (Núñez, B. 2005).

En el embarazo tienen lugar toda una serie de emociones, expectativas y representaciones que se hacen los padres, acerca del futuro niño que van a tener. En estas fantasías se basa el cuidado durante el embarazo, la emoción y el repertorio de atenciones afectivas que constituyen la base de la crianza y el apego entre el recién nacido y su familia.

Cuando en el embarazo se han detectado acontecimientos que pueden indicar la presencia de riesgo en el bebé, la familia deja de fantasear sobre el nacimiento del hijo y sus pensamientos se convierten en preocupaciones y temores sobre lo que se van a encontrar cuando nazca el niño.

“[...] El daño neurológico sufrido por los niños con Parálisis Cerebral, condiciona tanto el desarrollo motor como la dimensión afectiva y comunicativa que se establece entre éstos y su familia. Los cambios posturales, los gestos y las modificaciones tónicas no van a poder informar a la familia sobre las preferencias del bebé y sus estados emocionales, viéndose dificultada la posibilidad de establecer un diálogo tónico entre la madre y el niño. En muchos de éstos niños la hipertonía o la espasticidad los lleva a mantener una postura en opistótonos, no pudiendo la madre acomodar al hijo en su regazo, dificultándose el juego de miradas, sonrisas, caricias, ya que la cabeza del niño queda hacia atrás o a veces lateralizada [...]” (Sánchez Rodríguez, J. 2004)

Muchas familias por sí mismas encuentran salidas elaborativas gracias a las inmensas posibilidades auto-organizativas del psiquismo humano y de las organizaciones

abiertas, como es la organización familiar. Estas salidas elaborativas permiten a la familia enfrentar exitosamente la situación con el menor costo psíquico para todos.

“[...] La teoría de la Resiliencia plantea que ésta puede adquirir gradualmente y reforzar con intervenciones adecuadas, con programas y actividades instrumentadas para su fortalecimiento. Vale decir, la Resiliencia puede ser promovida y fomentada. La promoción de la Resiliencia indudablemente se asocia a la prevención en salud mental [...]” (Núñez, B. 2005)

Algunos de los factores de Resiliencia Familiar según Blanca Núñez (2005):

- capacidad de establecer redes sociales (parientes, amigos, vecinos, otros padres que atraviesan situaciones parecidas) y encontrar en ellas fuentes de apoyo, sostén y ayuda.
- fortalecimiento de la relación de la pareja.
- buen nivel de autoestima, de por lo menos uno de los integrantes adultos del medio familiar.
- posibilidad de reconocer y hablar de los sentimientos que se despiertan en torno al miembro con limitación orgánica y de la situación que se vive.
- posibilidad de disfrute de las circunstancias de la vida.
- poder de flexibilidad en: la búsqueda de soluciones aplicando estrategias ya conocidas, y otras novedosas, ante las distintas situaciones que se presentan; la redefinición de los roles y las funciones familiares a partir del diagnóstico.
- posición activa y capacidad de iniciativa que implica superar impotencias y estados de “darse por vencidos”.
- funcionamiento familiar que no gira en forma exclusiva alrededor de la discapacidad.
- capacidad de cooperación, solidaridad, colaboración y asunción de responsabilidades compartidas a nivel de todos los integrantes del grupo familiar.

Cada familia tiene su singularidad, y un factor resiliente para unas, puede no serlo para otras, o puede funcionar como un factor protector en una etapa de ciclo vital y no tener este carácter en otra.

“[...] La familia con un miembro con discapacidad atraviesa momentos difíciles a lo largo de su ciclo vital y requieren de acompañamiento, orientación y ayuda precisa en cada etapa. Ella tiene que ser destinataria de una atención específica. Se requiere implementar estrategias o programas de intervención que enfoque a la familia como unidad y no únicamente en el niño, o lo que es más frecuente aún, en la patología del niño [...]” (Núñez, 2005)

CAPÍTULO 4

MADURACIÓN PSICOMOTRIZ DE 0 A 36 MESES

“[...] La maduración psicomotriz, se basa en una programación innata que obedece a cambios que son biológicos pero que están modificados en forma constante por el entorno o hábitat. De esta forma, los factores determinantes de la evolución neurológica del niño son tanto genéticos como ambientales y estos últimos podrían sintetizarse en dos: la estimulación y la nutrición [...]” (PRONAP, 2007)

La maduración neurológica o psicomotriz se cumple siguiendo cuatro ejes directrices:

1. de cefálico a caudal;
2. de próximo a distal;
3. de subcortical a cortical;
4. de involuntario a voluntario.

Con respecto al tercer eje directriz, el recién nacido se encuentra regido por *Reflejos Arcaicos* de origen subcortical, la mayoría de los cuales desaparecerán al terminar el primer trimestre de vida y el resto se desvanecerán progresivamente durante el transcurso del primer año. El resultado de esta modificación es el pasaje del movimiento involuntario a voluntario. En este momento, el niño logra completar el cuarto eje directriz, con el dominio cortical de sus movimientos, totalmente imbricados con sus deseos en desarrollo.

Las áreas involucradas en el desarrollo psicomotriz del niño son: la motricidad gruesa, la motricidad fina, el lenguaje, la conducta adaptativa y la esfera psico-social.

Maduración del primer año de vida

El lactante del primer trimestre

El recién nacido es una fábrica constante de necesidades y una fuente inagotable de repetición de una misma acción refleja para satisfacerlas: el llanto. El pequeño llega al mundo dominado por esa reacción subcortical; respondiendo a todo de la misma

manera: si tiene hambre, si está sucio, si tiene sueño, frío o calor. Sin embargo, ese llanto no es siempre igual.

La disminución del llanto espontáneo, se produce entre el 2° y 3° mes de vida, y se debe a las influencias inhibitorias impuestas por la corteza cerebral sobre los núcleos del tronco.

“[...] Una reacción refleja lo obliga a estar todo el tiempo con la cabeza hacia un lado u otro, tanto en decúbito dorsal como ventral, manteniéndola en la línea media sólo durante el breve lapso que transcurre en el paso de la misma de uno a otro lado. Toda esta postura descrita configura el reflejo tónico cervical asimétrico (TCA), también conocido como “postura de esgrimista”, caracterizada por la ubicación de los miembros superiores en esa típica posición [...]” (PRONAP, 2007)

El tono muscular del lactante del primer trimestre es predominantemente flexor y aductor, manteniéndolo al principio en posición fetal, para ir perdiéndola progresivamente con el transcurrir del primer año.

El lactante del primer trimestre realiza muy pocos movimientos activos con sus ojos: lentos desplazamientos hacia la luz suave o brusca oclusión de los párpados cuando es intensa, es muy pobre su visión. A partir del mes se instala la fijación ocular.

Durante los primeros días de vida sólo percibe el blanco y el negro, al tercer día ya puede distinguir el rostro de su madre, basado en su contorno y la línea del pelo, pero no en los rasgos faciales. A los dos meses comienza una discriminación mas sofisticada.

Mientras va madurando el aparato visual, pasa algo similar con el lenguaje. A partir del segundo mes, aparece su primera expresión que es el “ajó” o sus equivalentes: “ajjjj” o “jjjjj”. Todos tienen el mismo valor semiológico y marcan una etapa fundamental en el inicio de la comunicación verbal. El niño responde a estímulos auditivos y visuales (ej. jugar con el sonajero)

Al finalizar el tercer mes adquirirá su primer gran hito motor: el sostén cefálico y cambiará su visión del mundo.

Reflejos Arcaicos

“[...] Los Reflejos Arcaicos son reacciones automáticas desencadenadas por estímulos que impresionan diversos receptores. Muchos reflejos arcaicos se obtienen por estímulos aplicados sobre zonas cutáneas (reflejos superficiales), otros responden a cambios del tono muscular (reflejos posturales) [...]” (PRONAP, 2007).

Se describirán a continuación los reflejos arcaicos de relevante utilidad semiológica por la facilidad de su obtención y el momento en que se extinguen, hecho que facilita a los profesionales pediatras, determinar la edad madurativa del niño examinado y, por lo tanto, también la existencia o no de un Retraso Global del Desarrollo:

A). *Reflejo óculo palpebral*: representa el rechazo al estímulo luminoso intenso. Desaparece al mes dando lugar a la fijación ocular.

B). *Reflejo cócleo-palpebral*: está presente en el recién nacido. Se obtiene estimulando mediante un aplauso intenso, primero cerca de un oído y luego del otro. Es de gran ayuda semiológica ante la sospecha de sordera congénita o adquirida durante el primer trimestre de vida.

C). *Reflejo de liberación de orificios*: el niño del primer trimestre, apoyado en decúbito ventral, con su cara sobre el plano de apoyo, inmediatamente mueve su cabeza hacia un lado, dejando la nariz sin obstáculos. El reflejo le permite así respirar sin dificultad. Desaparece al tercer mes.

D). *Reflejo de los cuatro puntos cardinales o de búsqueda*: junto con los reflejos de succión y deglución forma parte de los llamados reflejos orales, que constituyen una compleja sinergia que persigue como fin común, posibilitar el acto alimentario. Es un reflejo superficial, se extingue entre el 5° y 7° mes de vida.

E). *Reflejos de succión y de deglución*: estos dos reflejos se obtienen con la introducción de un objeto en la boca del pequeño. Los labios del recién nacido pueden tomar el pezón o la tetina con fuerza suficiente para hacer hermética la oclusión.

F). *Reflejo Tónico Cervical Asimétrico (TCA)*: es un reflejo postural, desencadenado por cambios de posición de la cabeza hacia uno u otro lado y obliga al lactante del primer trimestre a una postura asimétrica, tanto en decúbito dorsal como ventral. Sea en uno o en otro decúbito, lo importante es que el reflejo se alterne hacia uno u otro lado, sin preferencias o dominancias.

La sostenida presencia del reflejo TCA hacia un solo lado y más allá del tiempo habitual para su extinción, obliga a la búsqueda de alguna enfermedad neurológica, mucho más si se acompaña de la persistencia de otros reflejos arcaicos y del desarrollo de una asimetría craneana.

El TCA es de gran importancia para el desarrollo del conocimiento de la mano y está asociada a los reflejos de búsqueda y succión. Al igual que la mayoría de los reflejos arcaicos, el TCA desaparece al terminar el primer trimestre, habiendo cumplido su principal cometido: la incorporación de la mano al conocimiento del esquema corporal.

G). *Reflejo de prensión palmar*: se trata de un reflejo superficial y tiene implicancias sensoriales y posturales. Consiste en el cierre completo de la mano ante el roce de un objeto que estimule la palma o la cara palmar de los dedos. Está presente desde el nacimiento y durante todo el primer trimestre.

En el lactante, la ausencia del reflejo de prensión palmar durante el primer trimestre es siempre patológica. También es patológico que sea muy intensa y que coexista con una inclusión permanente del pulgar. En este caso seguramente persistirá más allá del primer trimestre y no en forma aislada, sino junto con otros reflejos arcaicos del primer trimestre.

H). *Reflejo de Moro*: es un reflejo postural. Se desencadena siempre luego de un estímulo brusco que produce sorpresa o susto, generando una reacción tónica repentina en el niño.

Moro superior: se obtiene luego de un cambio repentino de la posición de la cabeza con respecto a la del tronco. Se trata de una expresión corporal masiva.

Moro inferior: es la respuesta de los miembros inferiores ante la movilización inesperada de la cabeza del niño hacia atrás. Consiste en la extensión de los mismos, seguida de la inmediata flexión de las rodillas que se aproximen entre sí y de la extensión y rotación interna de los pies que entran en contacto por sus caras plantares.

I). *Reflejo de prensión plantar:* es un reflejo superficial. Al igual que el reflejo de prensión palmar, tiene su raíz filogenética en la prensión de los primates en los que el reflejo es mucho más vivo.

J). *Reflejo de Babkin o Mano-boca:* está presente en el recién nacido y se va atenuando en forma progresiva hasta desaparecer en el cuarto mes de vida, momento en el que se define la coordinación sensorio-motriz entre las manos, la vista y la boca.

K). *Reflejo de enderezamiento y marcha:* se manifiesta a partir de la maniobra del escalón. La misma se realiza con el lactante suspendido, sostenido desde atrás y tomándolo por el tórax, con ambas manos debajo de las axilas. Se acerca al niño al borde de la camilla haciendo que el dorso de sus pies roce el borde de la misma. La respuesta de la maniobra es la triple flexión del miembro estimulado y luego el apoyo sobre la camilla como si hubiera superado un obstáculo o subido un escalón.

Este reflejo es muy intenso en el recién nacido y se va atenuando hacia el segundo mes para desaparecer a fines del tercero.

L). *Reflejo de reptación:* el bebé se impulsa hacia adelante, con un movimiento de triple flexión de los miembros inferiores, con apoyo de ambas rodillas, arrastrando el tórax y el abdomen. Desaparece a los tres meses, un poco después que el reflejo de marcha.

Tiene un fuerte valor clínico pues su persistencia después del tercer mes, acompañada de tono muscular aumentado e hiperreflexia, es patológica.

M). *Reflejo de incurvación del tronco:* es un reflejo superficial de defensa. Se lo obtiene con el niño en decúbito ventral. Está presente desde el nacimiento y se atenúa rápidamente, desapareciendo durante el segundo mes de vida.

N). *Reflejo de Landau*: se trata de una compleja interacción de reacciones laberínticas y tónico cervicales. Es difícil definir el momento de extinción de este reflejo. Para algunos autores desaparece en el curso del segundo año, para otros su presencia se extiende hasta principios del tercer año de vida. Dado que su momento de extinción es tardío, no es de utilidad clínica para definir si un niño tiene o no retraso.

El lactante del segundo trimestre

El lactante del segundo trimestre se encuentra más libre y sonriente que en el trimestre anterior. Durante el primer mes terminan de borrarse los resabios de los reflejos que lo mantenían atado a posturas involuntarias: el tónico cervical asimétrico (TCA) y la presión refleja. También se extinguen definitivamente el enderezamiento y la marcha automática, la reptación y la incurvación del tronco.

Perdido el TCA, puede organizar su cuerpo y actividades alrededor de la línea media. Sostiene su cabeza al colocar el tronco en vertical y al incorporarlo desde el decúbito dorsal, tomándolo por las manos, la cabeza ya no cae hacia atrás sino que acompaña suavemente el movimiento.

Durante el segundo trimestre tiene más tiempo para aprender pues tiene más horas de vigilia que en el trimestre anterior. El haber perdido la presión refleja y el reflejo TCA le permiten largos recorridos de sus manos por el tórax primero, luego por el abdomen, y también las rodillas.

En decúbito ventral puede elevar la cabeza valiéndose de la fuerza de sus músculos para vertebrales. Ampliará el movimiento al apoyar los antebrazos, lo que le permitirá despegar paulatinamente el tórax del plano de apoyo. Así adquirirá una nueva postura, una de las primeras de origen voluntario: el “balconeo”. Desde esta nueva postura tendrá una perspectiva diferente del mundo que lo rodea.

Alrededor del 5º mes, conseguirá pasar de decúbito dorsal al ventral y viceversa.

Por otro lado, la pérdida de la marcha automática hace que el bebé del segundo trimestre pase alrededor del 5º mes, por un período conocido como “astasia-abasia”.

Recién al finalizar el trimestre conseguirá sentarse sin apoyo.

Entre el 4° y 6° mes, es muy agradable escuchar al bebé en sus nuevas manifestaciones del lenguaje: los gorjeos, los sonidos guturales y las carcajadas que aparecerán rápidamente ante los agradables estímulos táctiles que la mamá sabrá ofrecer.

El trimestre finalizará con la atenuación de los reflejos orales primeros y de defensa plantares después. También irá borrándose la astasia-abasia. Todos desaparecerán lentamente y por completo al iniciarse el próximo trimestre.

Si esta secuencia de eventos persiste y está acompañada de signos piramidales: hipertonía, hiperreflexia patelar, aumento del área reflexógena o policinesia, el conjunto de estos datos estarán señalando inequívocamente que el lactante tiene alguna patología del sistema nervioso central.

El lactante de cuatro meses fija la mirada, sigue un objeto, mantiene su atención sobre el mismo y anticipa su movimiento. A partir de los cinco meses abandona el seguimiento ocular y sus ojos pueden anticiparse al movimiento, comienza a detectar el color: primero amarillo, luego la gama de los rojos y por último el azul. La visión del detalle mejora.

Realiza un juego manipulativo, si el objeto está cerca podrá tocarlo, llevarlo a la boca, y abandonarlo a voluntad.

El lactante del tercer trimestre

El lactante del inicio del tercer trimestre es agradable, sonriente y sociable, inquieto y curioso. Ocupará todo el tiempo que lo dejen en conocer su cuerpo y en completar su sedestación.

Pasará largos momentos jugando con sus dos manos, pasando un juguete de izquierda a derecha y viceversa, una y otra vez, mirándolo y remirándolo como aprendiendo su tridimensión. Pero todavía no sabrá que hacer con él. Por ahora, lo tendrá todo el tiempo que sea necesario hasta que se caiga en forma repetitiva, para que el adulto se lo alcance.

A esta edad ya puede tomar objetos más pequeños, pronando cada vez más su mano hasta utilizar definitivamente su borde radial, usando especialmente el dedo índice y el pulgar.

Habrá logrado la pinza digital inferior y estará señalando el adecuado desarrollo de su inteligencia. Durante el primer año de vida no existe mejor indicador de este logro que el manejo de la mano.

También en decúbito ventral, comenzará a adoptar una nueva posición: la de oso o postura en cuatro patas, que lo iniciará en el próximo progreso motor: el gateo.

Mientras tanto, progresa su lenguaje: ta-ta; da-da-da; ma-ma-ma-ma; pa-pa-pa-pa; el niño ha iniciado el silabeo, primero con consonantes linguales y luego con las labiales.

A los siete meses aparece el único reflejo que, a diferencia de los demás, se instala para quedarse toda la vida: el de *paracaidista*. Se trata de una compleja sinergia que intenta preservar la cabeza de posibles golpes, al iniciar la deambulación más primitiva: el gateo.

El lactante del cuarto trimestre

El lactante del cuarto trimestre cambia su conducta. Ya no es el niño dulce y apacible del trimestre anterior, dado que comienza a diferenciar entre una cara familiar y una desconocida, y llora cuando se le aproxima un extraño.

Este hecho, que se repite invariablemente entre los siete y nueve meses de edad, parece reflejar el desarrollo de una memoria de trabajo más consolidada que la de un par de meses atrás, que le permite reconocer las cara familiares que le brindan confianza y tranquilidad y diferenciarlas de las desconocidas.

El lactante del cuarto trimestre adquirió el rolar definitivo, aprendió a pasar de decúbito dorsal a la posición sentado y desde esta posición también aprendió a inclinar su tronco hacia adelante, extendiendo su brazo y su manito, hasta alcanzar el juguete lejano, e inició el gateo. No todos los niños lo hacen de la misma manera, la gran mayoría prefiere el “gateo convencional” con manos y rodillas.

Existe otro grupo que se dedicará a conocer el mundo sentado, arrastrando la cola, impulsándola hacia adelante, es el “gateo de cola o de nalgas” apoyando las manos.

Habrán todavía un último grupo que no gateará nunca, por lo tanto, la falta de gateo no puede tomarse en cuenta como parámetro de retraso madurativo. De hecho, muchos niños normales nunca han gateado o lo hacen luego de la adquisición de la marcha.

A los diez meses el bebé logra la bipedestación con apoyo, y poco después, intentará deambular apoyándose en los barrotes de la cuna, en la baranda del corralito o en los muebles más bajos, esto se denomina marcha lateral.

La marcha implica una idea, un pensamiento: “quiero ir para allá”, “quiero parar”, “quiero ir a buscar eso que atrae tanto a mi curiosidad, quiero agarrarlo, quiero tenerlo”. Es un indicador de intelectualidad, aunque nunca tanto como el manejo de la mano.

Entre los diez y doce meses practica el “tomar-soltar” en forma voluntaria, que finalmente se convertirá en automático. Es éste un importante progreso motor e intelectual. Tiene connotaciones psicológicas y sociales. Soltar no significa dar, pero es la etapa previa.

Con respecto al lenguaje, alrededor de los diez meses termina su expresión refleja propiamente dicha y, por condicionamiento, comienza el lenguaje simbólico, con la pronunciación con sentido de las primeras sílabas labiales: ma ma má, pa pa pá, baba bá, logrando imitar sonidos simples.

El niño ha llegado a la finalización del período más rico de su desarrollo psicomotor humano. Ha pasado de ser totalmente dependiente y reflejo a poder desplazarse sólo y modificar con su voluntad y sus manos el mundo que lo rodea. Ha conseguido alimentarse sólo, lo que le permitirá en forma progresiva, separarse de su mamá. Ha comenzado a entender un lenguaje gestual y otro simbólico, y también ha aprendido el gesto más sublime: el dar.

“[...] Con respecto a la *visión-percepción*, hoy se sabe que en los primeros seis meses de vida se incrementan tanto el campo como la agudeza visual, aumenta la sensibilidad a los contrastes cromáticos y a los cambios de orientación de un objeto, como así también la captación de la velocidad y dirección del movimiento.

Actualmente, se sabe, que antes de los seis meses los niños son más competentes de lo que creíamos y son capaces de discriminar con precisión los límites entre objetos y el espacio tridimensional [...]“(PRONAP, 2007).

En lo que al *lenguaje* respecta, la emisión de las primeras palabras con significado se produce alrededor del año, pero ha sido precedida bastante tiempo antes por la percepción, procesamiento, memorización y reconocimiento de las palabras de la lengua a la que ha tenido acceso el bebé.

Hay nuevos refinamientos en la mecánica de masticación y de la manipulación. Los labios demuestran mayor adaptación al acercarse al borde de una taza y la lengua coopera con mayor eficacia en la regulación o expulsión de un bocado. La experiencia de la boca como órgano sensorio terminal comienza a disminuir.

Con respecto a la *atención-conexión*, el recién nacido es sensible y receptivo al contacto físico, a la voz y al rostro humano. Establece la relación cara a cara con su madre y a los tres meses aparece el “tenis vocal” entre madre e hijo que ya comienza a respetar los turnos de “parloteo” de ida y vuelta.

Hacia el 5° mes aprende a seguir la dirección de la mirada del adulto hacia objetos o eventos del entorno. Esta capacidad se conoce con el nombre de “*atención conjunta*”, la que se consolida finalmente alrededor de los 11-12 meses, cuando el niño adopta un rol activo señalando, mostrando o pidiendo un determinado objeto como una forma de interacción social.

Con respecto a la *memoria*, a los dos meses un niño puede aprender a reconocer una secuencia de luces en movimiento, lo suficiente como para anticipar el paso siguiente.

Entre los siete y diez meses puede recordar la ubicación de un objeto escondido después de un corto lapso de tiempo; lactantes de nueve meses pueden reproducir

una acción novedosa después de 24 horas y cuando cumplen el año pueden hacerlo luego de un mes.

Por último, hay que señalar la aparición de los precursores de las *funciones ejecutivas* a lo largo del primer año de vida. Las mismas se asientan en la corteza pre-frontal que está constituida por neuronas con capacidad de procesamiento multimodal. Su maduración sigue un proceso más lento que el resto del cerebro y se completa recién al final de la adolescencia.

Funciones como la anticipación, planificación, memoria de trabajo, control emocional con inhibición de impulsos y de respuestas incorrectas, flexibilidad cognitiva y capacidad de abstracción, son componentes de las funciones ejecutivas en el cerebro maduro, que alcanzan su mayor expresión en la adultez.

Maduración desde los 13 meses hasta los 24 meses

Durante el segundo año de vida el niño mejorará las funciones adquiridas durante el trimestre anterior.

El *lenguaje* se desarrollará significativamente a partir de los 13 meses. Por cada palabra que el niño diga tendrá otras cinco comprendidas, semanalmente se cuadruplicará la cantidad de palabras incorporadas a su lenguaje. También será capaz de entretenerse largo minutos jugando solo, encontrando un momento para jugar frente al espejo, divirtiéndose con su propia imagen.

Hacia los 15 meses logra subir y bajar escaleras con ayuda. Su marcha se torna más estable y requiere menos base de sustentación. A esta edad ya se cae menos.

A los 18 meses afianzó bien su marcha, luego de seis meses de larga práctica, y está en condiciones de caminar llevando un “objeto acompañante” de los tipos de “arrastre” con el que recorrerá la casa un poco fantaseando y otro poco investigando los objetos que hay en ella y los de afuera de la misma manera que ahora se le permiten recorrer.

Sube y baja escaleras tomado del pasamano, siempre un pie primero y el otro después, colocando los dos en el mismo escalón.

Utiliza “pseudo-palabras” o una emisión desordenada de sucesiones no pre-establecidas de vocales y consonantes. A este discurso rico en gestos y melodía se lo denomina “jerga” y tiene la riqueza de anticipar el léxico y las sintaxis que vendrán.

Avisa cuando sus pañales están sucios. Cuando escucha música demuestra alegría y “baila”. Es a esta edad cuando inicia los juegos imitativos.

A los 21 meses aprende a caminar hacia atrás. Sube escaleras sin tomarse del pasamano, siempre apoyando el pie del segundo paso en el mismo escalón que el pie del primer paso. Mejora cualitativamente su método para treparse. Perfecciona su marcha para abandonar dentro de tres meses la etapa de “caminador” e iniciar la de “corredor”.

Con respecto a su lenguaje, comienza a unir dos palabras, generalmente se trata del verbo con un adjetivo o con un sustantivo: “lindo nene”; “dame papa”; “gande efante”; etc. En esta etapa aprenderá unas doce palabras nuevas por día y recordará dos otras nuevas en cada jornada.

Maduración del niño de 24 meses

Durante el segundo año de vida se producirán en el niño profundos cambios biológicos a nivel cerebral, que facilitarán el desarrollo de nuevas herramientas psicológico-intelectuales, cuyo tres grandes hitos serán: el inicio del lenguaje, la comprensión de lo correcto e incorrecto y la conciencia de sí mismo (“Teoría de la Mente”).

Estos logros necesariamente implican la habilidad del niño de relacionar los hechos cotidianos con representaciones adquiridas previamente (información y memoria).

La integración de la información entre los dos hemisferios es la base neuronal para la emergencia de las nuevas competencias cognitivas del segundo año de vida.

Comienza a demostrar por intermedio de su lenguaje que es ya un individuo claramente pensante mientras va perdiendo progresiva y lentamente su jerga. Usa unas 50 palabras. Incorpora los pronombres: “yo”, “tú”, “mí”, “vos”; utiliza muchas

frases de dos palabras, ya no parlotea, desea hablar. Se refiere a sí mismo por su nombre. Avisa durante el día cuando está “sucio”.

Su marcha es segura y casi automática, de modo que pierde el interés voluntario en ella y comienza a dedicarse a correr y mejorar cada vez más el estilo de la carrera.

A esta edad no necesita ayuda para subir o bajar escaleras, alterna ambos pies para subir pero coloca ambos en un mismo escalón para bajar. Puede saltar del último escalón, con un pie adelante del otro. Puede mantenerse parado en un solo pie por unos segundos.

Recuerda lo que pasó ayer. Tiene bien incorporada la idea de su higiene corporal. El baño, como lugar físico, le ofrecerá un atractivo muy especial: siempre tendrá agua que le permitirá jugar irresistiblemente con ella. Es entonces cuando comenzará a lavar y secar sólo sus manos.

Está en condiciones de imitar el trabajo doméstico. Pasa largos ratos con mamá en la cocina y le encanta hurgar en los armarios del bajo-mesada y jugar a encastrar, golpear y desplegar los utensilios que en ellos encuentra. Juega a dar de comer y a cocinar, iniciando el juego simbólico.

A los 30 meses aprende a caminar en puntas de pie y a mantener el equilibrio parado en uno solo. Los más hábiles motrices comienzan a pedalear el triciclo, los más rezagados lo harán a los 36 meses.

Comienza a usar oraciones de tres palabras, agregando artículos, adverbios, algunas preposiciones y pronombres posesivos. Responde a las clásicas preguntas: ¿cómo te llamas? y ¿cuántos años tenés? Dice más de 200 palabras y comprende más de 1.000.

Se encuentra en plena etapa de “juego paralelo”, es decir que le encanta estar cerca de otros nenes, oyendo su bullicio, pero generalmente atendiendo a su propio juego y con sus propios juguetes, para sólo de tanto en tanto acercarse a los otros niños.

Intenta contar las historias con sus escasas palabras. Es capaz de concentrarse en tareas reposadas durante más tiempo ampliando el radio de acción de su memoria.

Maduración del niño de 36 meses

Sus habilidades en la motricidad gruesa son muy evidentes y no para de usarlas todo el tiempo que puede, en un verdadero derroche de energía: camina, inicia la carrera, trepa, salta, sube y baja, una y otra vez. Puede saltar del último escalón con los dos pies juntos y al final del año conseguirá bajar las escaleras alternándolos. A esta edad puede saltar en un pie y pararse en él por unos segundos, también aprende a caminar en puntas. Los que aún no lo lograron, comienzan a pedalear el triciclo.

El niño adquiere la maduración necesaria para iniciar el juego compartido y disfrutar con sus compañeritos del jardín esta nueva experiencia de vida. Durante ese año aprenderá grandes hitos de la motricidad fina: hacer torres de muchos cubos, todos los que se pueda, hasta que alguno se caiga.

Intentará abotonarse, hacer círculos espontáneamente, poner adentro del círculo los componentes de la cara y finalmente agregarle los brazos y las piernas mono-dimensionados para completar la imagen del “renacuajo” al finalizar la salita de 3 años, logrando un futuro dibujo de la figura humana.

También aprende a copiar un cuadrado y una cruz si se la dibuja delante de sus ojos. Consigue plegar un papel en vertical primero y luego en horizontal. Puede identificar formas al tacto. Se viste y desviste con ayuda.

Durante este año afianza la noción del color, identificando por su nombre los tres colores primarios. También, aprende a nombrar sucesivamente: 1, 2 y 3, números que coinciden con los de sus 3 cumpleaños o con la costumbre de saltar: a la una, a las dos y a las... tres. Puede repetir una serie de tres dígitos correctamente.

Comprende y aplica el concepto de “esperar su turno”, reforzando su conocimiento de las normas de sociabilización. Escucha cuentos como parte de su actividad grupal y puede dar, si lo desea, su interpretación de lo escuchado. Comprende las consignas de los juegos grupales y aprende a respetar sus reglas.

Acepta normas de convivencia como: “no morder”, “no molestar”, “no interrumpir”, “hacer silencio”, “mantenerse quieto”, “guardar los juguetes al terminar de jugar”, etc. Puede hacer pequeños “mandados” y ayudar a mamá.

El habla es más fluída, más extensa y compleja, aunque a menudo los niños omiten partes del discurso, logran que las personas interpreten adecuadamente lo que quieren decir. Las discriminaciones manuales, perceptuales o verbales, son cada vez más numerosas y categóricas. Ya tiene el sentido de la forma; sus estímulos visomotores más finos no son todavía lo suficientemente fuertes (necesita demostración). Sus preguntas frecuentes: “¿Qué es esto?”, “¿Dónde va esto?”, revelan una incansable tendencia hacia la clarificación perceptual.

Los grandes avances motores, psico-sociales, cognitivos y de lenguaje del niño de 2 y 3 años son posibles gracias a los incesantes procesos de organización neuronal y mielinización que se desarrollan en este período.

CAPÍTULO 5

PARÁLISIS CEREBRAL (PC)

Definición

“[...] Parálisis Cerebral es el nombre más comúnmente utilizado para designar un grupo de condiciones caracterizadas por la disfunción motora a causa de un daño cerebral no progresivo acaecido en una fase temprana de la vida. Se podría considerar la parálisis cerebral como una serie de disfunciones que van desde la severa o profunda alteración del aprendizaje hasta la “disfunción cerebral mínima”. Es en este último extremo donde se encuentran los niños torpes que son inteligentes, pero presentan problemas específicos de aprendizaje [...]” (Levitt, 2001)

Según el PRONAPE (2006), se define como un: “[...] grupo de trastornos crónicos y persistentes del movimiento o de la postura, de inicio precoz, ocasionados por diversos procesos patológicos, no progresivos que acontecen en un cerebro inmaduro. El diagnóstico de Parálisis Cerebral no incluye otras causas de trastorno motor como compromiso medular del sistema nervioso periférico, entre otras [...]”

Quedan excluidas aquellas enfermedades degenerativas en las que la lesión cerebral evoluciona hacia un deterioro motor progresivo irreversible, de carácter persistente, lo que tendrá importancia en el planteo terapéutico a seguir.

La agresión al Sistema Nervioso Central (SNC) tiene lugar en un cerebro en desarrollo, por lo que el trastorno motriz se va a producir en una época temprana, interfiriendo en la maduración del sistema nervioso, en muchos casos antes de que la función haya sido aprendida, con lo que el niño no tendrá una experiencia previa del movimiento normal.

Por otra parte, el hecho de que el SNC está en desarrollo y, por lo tanto, sin una especificación de funciones en las distintas áreas, puede permitir que otras partes del Sistema Nervioso puedan tomar a su cargo funciones de las áreas lesionadas y se establezcan vías suplementarias de transmisión. De todas formas, esta plasticidad del Sistema Nervioso es más eficaz cuando la lesión es focal y mucho menos probable en lesiones generalizadas y, por otra parte, supliría la función de un área concreta a

expensas de una disminución del rendimiento global, o del establecimiento de vías de conexión no óptimas.

Incidencia

Según el PRONAPE (2006) se mantiene desde hace varias décadas entre el 2 al 2,5 por 1.000 nacidos vivos. La parálisis cerebral es la incapacidad física más frecuente en la infancia y puede ser muy severa.

A los 5 años la mitad de ellos padecerán un grado moderado o severo de la misma. En la Argentina, esta incidencia representa alrededor de 1.500 casos nuevos por año.

Las consecuencias son graves a largo plazo. Es preciso realizar difíciles adaptaciones de vida en las que intervienen el niño, los padres, el resto de la familia y, por extensión, toda la sociedad. Se trata de un déficit que origina necesidades continuas y cambiantes a lo largo del tiempo.

Etiología

“[...] La etiología de la Parálisis Cerebral es muy variada y difícil de determinar dado que la mayoría corresponde a lesiones antes del nacimiento. Clásicamente, las causas se clasifican en función de la etapa en que ha tenido lugar la agresión: prenatales (del 10 al 40%), perinatales (33%), posnatales (16%) [...]” (PRONAP, 2007)

La información etiológica supone la enumeración de tantas categorías como causas conocidas existen: alteración cromosómica, infección congénita, síndrome genético desconocido, malformación cerebral, atrofia cerebral/microcefalia, hidrocefalia/dilatación ventricular, cambios periventriculares, porencefalia, otras anomalías cerebrales y causa desconocida.

La Parálisis Cerebral no debe ser considerada siempre como un sinónimo de un inadecuado control obstétrico.

Aunque los bebés nacidos a término constituyen la gran mayoría de los nacimientos, están en una situación de riesgo relativamente baja de sufrir una secuela neurológica; sin embargo, la mitad de los niños con PC son nacidos a término.

“[...] Se ha estimado que cerca del 12% de los casos de Parálisis Cerebral Espástica de causa inexplicable en lactantes no mal formados, únicos, nacidos de peso normal, es debido a la exposición intrauterina a infecciones distintas al grupo TORCH (Toxoplasmosis, Rubéola, Citomegalovirus, Herpes) [...]” (PRONAP, 2006).

Clasificación de las causas de Parálisis Cerebral

Prenatales

- ❖ Enfermedades genéticas y cromosómicas.
- ❖ Infertilidad previa y, posiblemente, algunos aspectos de su tratamiento.
- ❖ Infecciones intrauterinas (rubéola, citomegalovirus, toxoplasmosis y otras).
- ❖ Drogas o tóxicos, exógenos y endógenos (alcohol, diabetes materna).
- ❖ Malformaciones cerebrales, especialmente anomalías en la migración neuronal en el segundo trimestre del embarazo.
- ❖ Problemas placentarios, incluyendo infección, hemorragias e insuficiencia.
- ❖ Traumatismos maternos y violencia familiar.
- ❖ Enfermedades tiroideas, deficiencia de yodo endémica.
- ❖ Muerte antenatal de un co-gemelar.
- ❖ Accidente cerebro vascular intrauterino.

“[...] En este período es importante recordar que no existe una relación causa efecto entre cada una de las noxas y el resultado final de la agresión, la cual depende más del estadio madurativo del sistema nervioso, y en general es más grave cuanto más precoz: así, causas tan diferentes como la alteración cromosómica, diabetes materna o infección intrauterina (actuando en las primeras semanas de vida), pueden dar lugar a una misma malformación de línea media cerebral.

A la inversa una misma causa (infección por el virus de la rubéola) dará lugar a problemas muy diferentes según el período en que tenga lugar la infección. [...]” (PRONAP, 2007).

Perinatales

- ❖ Hipoxia, acidosis e hipoglucemia (muchas veces combinadas).
- ❖ Prematurez.

- ❖ Bajo peso para la edad gestacional: cuya incidencia no se ha logrado disminuir sensiblemente por desconocerse su causa última en muchos casos.
- ❖ Trauma físico directo durante el parto.
- ❖ Placenta previa.

Según el PRONAPE (2007) son clásicamente las más conocidas y su incidencia está disminuyendo. Aunque la causa más clara y fácil de entender sea el trauma físico directo durante el parto, éste contribuye con más frecuencia la mortalidad perinatal y en menos ocasiones es responsable de secuelas neurológicas duraderas, que con mayor frecuencia son secundarias a causas metabólicas o prenatales.

Los estudios estadísticos abundan en la hipótesis de que la causa más frecuente de secuela sería no tanto la existencia de algunos de estos factores como la sumatoria de varios de ellos.

Postnatales

- ❖ Infecciones (meningitis, sepsis temprana).
- ❖ Intoxicaciones (plomo, arsénico).
- ❖ Traumatismos de cráneo.
- ❖ Accidentes vasculares.

Clasificación Clínica de la Parálisis Cerebral

Tipos		Frecuencia estimada (%)
PC Espástica	Monoparesia (monoplejía) Hemiparesia (hemiplejía) Paraparesia (paraplejía – diplejía) Tetraparesia (tetraplejía)	65 a 70
PC Disquinética o distónica (Atetosis)	Coreo atetósica Distónica Mixta	15
PC Ataxica	Diplejía atáxica Ataxia simple	13

	Síndrome de desequilibrio	
Temblor		Rara
Atónica o hipotónica		Rara
Mixta		Variable

(PRONAP, 2006)

Dado que la patología del cerebro con relación a la parálisis cerebral es frecuentemente de carácter difuso, el cuadro clínico no es representativo de un tipo específico. Muchos pacientes con PC, difícilmente, tengan un síndrome puro, por lo general el cuadro es mixto.

Hay que señalar que los grados de compromiso del trastorno motor son muy variables, van desde cuadros gravísimos que impiden la autonomía del paciente hasta cuadros en los que el trastorno motor sería solo una torpeza motriz mínima y una incoordinación en la ejecución de movimientos finos.

En una Parálisis Cerebral puede lesionarse cualquier función:

- Motora.
- Sensorial: visión (ceguera periférica, agnosia visual, etc.), audición (sordera periférica), tacto (astereognosia).
- Alteración del lenguaje (expresivo, comprensivo).
- Desarrollo mental.
- Epilepsia.
- Disfunción cerebral mínima: trastornos de conducta (oligotimia, neurosis reactiva, hiperkinesia y conductas autistas), trastornos de aprendizaje.

PARÁLISIS CEREBRAL ESPÁSTICA

“[...] La Parálisis Cerebral Espástica es la forma clínica más frecuente entre el 65% al 70%. Fisiopatológicamente se define la espasticidad como una “hiperactividad del sistema gamma, por déficit de control inhibitorio central”, secundario a una lesión en la neurona motora de las vías sub-corticales intracerebrales principalmente vía piramidal [...]” (PRONAP, 2006).

Hemiparesia espástica

“[...] Su incidencia se encuentra alrededor del 35%, junto a la diplejía es una de las formas más frecuente de PC. Se caracteriza por la paresia de un hemicuerpo (casi siempre con mayor compromiso de los miembros superiores), con tendencia a la hipertonía, con predominio de algunos grupos musculares que dejada a su curso espontáneo evoluciona casi siempre hacia una contractura en flexión de los miembros afectados. [...]” (PRONAP, 2006).

Si el niño muestra preferencia por el uso de una sola mano, antes del año de edad hay que pensar en una hemiparesia del lado opuesto (ya que la edad de preferencia manual claramente establecida se produce alrededor de los 24 meses de vida).

Los primeros signos en la extremidad superior serán: mano más cerrada con tendencia a la inclusión del pulgar, aumento del tono flexor, dificultad en la movilización proximal, entre otras. Con menor frecuencia el signo de presentación será un trastorno en la marcha en su inicio, en los casos que el compromiso de la extremidad superior sea muy leve y ha pasado inadvertido.

La epilepsia se presenta en el 50% de los casos con aparición tardía más allá de los 4 o 5 años. Su incidencia es mucho mayor en los casos de hemiparesia adquiridas que en las formas congénitas.

Los trastornos del lenguaje son más frecuentes en las hemiparesias adquiridas que en las congénitas y por ende mayor, cuando mayor es la edad a la que ésta se desarrolla.

El retraso mental es menos frecuente en la hemiparesia que en la diplejía o en la tetraparesia y la mayoría de los niños tiene un buen nivel intelectual.

Diplejía espástica

Esta afección se caracteriza por la existencia de una espasticidad bilateral con predominio del compromiso de las extremidades inferiores sobre las superiores. Es una de las formas más frecuentes de PC espástica.

Según el PRONAPE (2006), el trastorno motor puede ser difícil de diagnosticar durante los primeros 4 o 6 meses y mostrar patrones de desarrollo “primitivos” similares a los que tendrán otros niños con trastornos transitorios o retrasos inespecíficos del desarrollo; por el contrario, en los casos más graves, la existencia de signos anormales en las extremidades superiores, cuando la espasticidad no es tan acentuada en las extremidades inferiores.

En los casos menos severos el niño desarrollará un control cefálico más o menos correcto e iniciará la manipulación, pero una exploración fina mostrará ya en el segundo trimestre signos de anormalidad del tono: excesiva flexión o tendencia a la aducción de las extremidades inferiores.

Para conseguir por si solo el equilibrio en sedestación adelanta los brazos y la cabeza para compensar el peso retrasado por la excesiva extensión de la cadera.

Tretaparesia espástica

“[...] En este caso, la afección es más grave. Su incidencia es relativamente baja, alrededor del 5%. Su etiología es compleja y se encuentran antecedentes perinatales en alto número de casos, mediante exámenes complementarios de evidencia de patología prenatal (infección intrauterina, malformaciones cerebrales, etc.), siendo alrededor de un 10% la incidencia de estos niños sin antecedentes. [...]” (PRONAPE, 2006)

En estos niños el grave daño cerebral es evidente desde los primeros meses de vida, observándose tanto un retraso en las primeras adquisiciones como la presencia temprana de signos anormales. Los niños muestran persistencia de reflejos arcaicos y un aumento generalizado del tono muscular.

El pronóstico a largo plazo es malo y pocos de estos niños consiguen autonomía en sus desplazamientos.

PARÁLISIS CEREBRAL DISQUINÉTICA (ATETOSIS)

“[...] La Parálisis Cerebral Disquinética es mucho menos frecuente que la espástica, su incidencia se encuentra alrededor del 15%. Desde el punto de vista etiológico los antecedentes perinatales son los más frecuentes (positivos en un 90% de los casos). Muy poco habitual en los prematuros (15%). Los antecedentes más frecuentes hallados son: asfixia neonatal grave y antecedente de ictericia significativa. No existe una correlación entre la cifra de bilirrubina alcanzada y la lesión neurológica [...]” (PRONAP, 2006)

Una tríada caracteriza este tipo de PC:

1. Alteración del tono con fluctuaciones y cambios bruscos de éste.
2. Aparición de movimientos involuntarios.
3. Persistencia muy manifiesta de reflejos arcaicos.

Fase I o de hipotonía: el niño presenta hipotonía con un retraso en sus adquisiciones.

1. Persistencia de reflejos arcaicos (moro, reflejo tónico flexor asimétrico, etc.);
2. Por otra parte, a pesar de la hipotonía, presentará una tendencia a la hiperextensión de nuca con disociación entre las suspensiones de prono y supino con mucho mejor control cefálico en la primera posición;
3. La existencia de movimientos bucales anormales de la lengua, que ocasionarían dificultades de la succión y la deglución.

Fase II o fase de movimientos involuntarios: su aparición es muy variable, en general después de los seis meses, pero puede retrasarse hasta los cuatro o cinco años. Cuánto más se prolongue la fase hipotónica, el compromiso muscular será más invalidante.

PARÁLISIS CEREBRAL ATÁXICA

La ataxia pura es una forma poco frecuente de PC, alrededor del 13%. Se distinguen tres formas clínicas que tienen en común: la existencia de un compromiso cerebeloso con hipotonía, incoordinación del movimiento y trastorno del equilibrio.

En función del predominio de estos signos clínicos y del compromiso del Sistema Nervioso Central siguiendo al PRONAPE (2007) se clasifica en:

1. Diplejía atáxica.
2. Ataxia simple.
3. Síndrome de desequilibrio.

Diplejía atáxica

Esta forma clínica presenta espasticidad de las extremidades inferiores. La asociación de retraso mental es similar a la de la diplejía espástica (70% con cociente intelectual normal).

Ataxia simple

En esta forma clínica predominan el temblor y la disimetría. Son niños hipotónicos con retraso en las adquisiciones motoras globales, tienen compromiso intelectual agregado.

La edad de sedestación acostumbra a retrasarse, con un aumento exagerado de las reacciones de equilibrio; el gateo lo hacen a menudo levantando exageradamente los pies del suelo.

La marcha autónoma se consigue en general entre los 3 y 5 años, siendo larga la fase de marcha, con aumento de la base de sustentación y a pequeños pasos. Se asocia con déficit intelectual en el 50% de los casos.

Síndrome de desequilibrio

En este tipo de PC predomina el trastorno del equilibrio con reacciones posturales muy deficientes; la disimetría, la disinergia y el temblor estarán ocultos por la disfunción predominante del mantenimiento postural. El desarrollo motor está muy retrasado y la marcha se alcanza alrededor de los 8 o 9 años.

Desde el punto de vista clínico se diferencian cuatro estadios cronológicos:

1. *Estadio de hipotonía e inactividad*: duración media de 3 a 4 años. Se caracteriza por una hipotonía grave, de predominio en extremidades inferiores, con gran pobreza del movimiento e hiporreflexia osteotendinosa. El control cefálico no se iniciará hasta el segundo semestre y no será completo hasta los 12 a 15 meses. No se consigue sedestación hasta los 2 a 4 años.
2. *Estadio de gateo*: de los 3 a los 7 años de edad. La hipotonía será menos acentuada con normalización de los reflejos osteotendinosos, el niño ya mantiene la sedestación libre e inicia el desplazamiento autónomo, mediante un gateo muy particular con apoyo de manos y rodillas, levantando exageradamente las piernas con movimientos de balanceo de la cabeza. El lenguaje persiste muy retrasado y consiste sólo en bisílabos y sonidos guturales. Rasgos de autismo en su conducta.
3. *Estadio de bipedestación*: de los 7 a los 9 años. En este estadio se da otro de los signos típicos de esta forma clínica, al iniciar la bipedestación, al perder el apoyo el niño cae en la dirección del centro de gravedad, sin ninguna reacción de equilibrio o de apoyo, paulatinamente irá consiguiendo bipedestación sin apoyo.
4. *Estadio de marcha*: siempre se consigue más allá de los 9 años de edad. Será una marcha lenta con ampliación de la base de sustentación, taloneando; precisando un largo período desde el inicio de la marcha hasta conseguir un desplazamiento útil para su autonomía, la marcha libre no se consigue en todos los casos. El lenguaje, aunque ha progresado, continúa siendo deficitario, telegráfico y con mala estructuración gramatical.

El diagnóstico temprano del síndrome de desequilibrio, como en otras formas de ataxia, no es fácil y se basa en un progresivo índice de sospecha.

“[...] En los primeros estadios de hipotonía se planteará el diagnóstico diferencial con enfermedades neuromusculares; al aparecer signos de disfunción cerebelosa, la

diferenciación con los cuadros de ataxia simple se basará en la más lenta progresión, el predominio de compromiso en extremidades inferiores, la mayor incidencia de síndrome de desequilibrio de trastornos de la deglución y el lenguaje.

El diagnóstico quedará finalmente establecido en la fase de bipedestación al comprobar la ausencia de reacciones de equilibrio [...]” (PRONAPE, 2007)

Patologías asociadas a la Parálisis Cerebral

El niño portador de una parálisis cerebral, presenta además de su trastorno motor una serie de problemas de salud asociados:

Trastornos alimentarios: son secundarios a la incoordinación entre succión, deglución y respiración. Se dan tanto en el niño hipertónico como en el hipotónico. En el primero con mordida tónica, vómito fácil y tendencia al opistótonos. El niño hipotónico en cambio presenta babeo, escurrimiento del alimento por la comisura labial, tendencia al ahogo y microaspiraciones. Cuando el problema es de gravedad extrema, el niño debe alimentarse a través de sonda naso gástrica y requerir finalmente la aplicación de botón gástrico de alimentación.

Reflujo gastroesofágico: se puede sospechar por la presencia reiterada de los siguientes síntomas: babeo exagerado, aliento ácido, vómitos, rumiación, llanto con exageración del opistótonos luego de las comidas, episodios de obstrucción bronquial reiterados.

Trastornos de la cavidad bucal: están descriptos problemas de mala oclusión dentaria, erupción anómala de las piezas dentarias y lesiones del esmalte dental por la acidez gástrica en casos de reflujo. Son frecuentes además los problemas de la inflamación en encías porque la higiene bucal en estos niños es dificultosa, o por deficiencias nutricionales asociadas.

Trastornos nutricionales: puede darse en niños tanto la desnutrición como la obesidad, siendo más común la primera. Los signos clínicos más importantes pueden ser: sequedad de la piel, la fusión de masas musculares y la presencia de lesiones ampollares o erosivas bucales así como la presencia de hipotermia y decaimiento general.

Aún en óptimas condiciones estos niños no crecen tanto como los niños sanos y por esta razón la valoración nutricional se debe medir no sólo por el aumento de peso o talla sino también por la calidad de piel, la dentición, la ausencia de anemia, la adecuación de la edad ósea y el grado de calcificación como el estado de vitalidad y bienestar del niño.

Constipación: también es de índole multicausal. Está relacionada a la disfunción del músculo liso del tubo digestivo, a la ingesta alimentaria escasa, especialmente al bajo ingreso de líquidos, al tipo de alimentación predominantemente láctea y a la falta de movilidad del paciente.

Trastornos respiratorios: la vida sedentaria de estos niños, sumado a una función inadecuada de los músculos de la caja torácica y a las micro aspiraciones alimentarias por los trastornos deglutorios y/o reflujo, presentan bronquitis obstructivas a repetición.

Son frecuentes las internaciones por neumonía o cuadros de tipo asmático. Medicaciones anticonvulsivas provocan hipersecreción de moco a nivel bronquial agravando aun más el cuadro respiratorio.

Trastornos de la función renal: algunos niños presentan malformaciones renales asociadas y otros presentan trastornos de la función renal que son secundarios a la misma falta de oxigenación que condicionó el daño cerebral. Estos trastornos se manifiestan por infecciones urinarias reiteradas, como crisis de hipertensión o simplemente como un factor que retrasa el crecimiento.

Trastornos endócrinos: a veces las lesiones cerebrales que condicionan el trastorno motor también comprometen áreas de regulación hormonal, condicionando distintos trastornos como hipotiroidismo, hasta la aparición de una pubertad precoz.

Escoliosis neurológica: la presentan los niños más comprometidos desde el punto de vista motor. Aquellos no deambuladores con muy poco control de su cuerpo, luego podrán presentar deformaciones en la curvatura de la columna vertebral.

Luxación de cadera: es raro que un niño neurológico no sindrómico presente la cadera luxada a temprana edad.

Trastornos del tono y del movimiento

Movimientos anormales: no pueden ser iniciados ni interrumpidos a voluntad, no ocurren en el sueño y no están asociados a pérdida de conocimiento, pueden ser rítmicos o arrítmicos.

De origen extra piramidal: la disfunción de este sistema produce alteraciones del tono:

- Hipertonía o rigidez: aumento del tono que cuesta reducir con movimientos pasivos.
- Hipotonía: disminución del tono.
- Distonía: se trata de una actitud relativamente fijada, donde una contracción tónica lentamente sostenida sin una adecuada coordinación entre agonistas y antagonistas, provoca movimientos involuntarios.

Temblores: es la oscilación rítmica de una parte del cuerpo. Pueden ser en reposo, durante el mantenimiento de una postura o intencional al realizar un movimiento. Se los diferencia de las convulsiones pues desaparecen si se sujeta la parte del miembro que tiembla. Pueden ser normales a cierta edad.

Epilepsia: es una patología agregada muy frecuente que se manifiesta en más del 50% de las PC espásticas, a veces de aparición tardía más allá de los 4 o 5 años.

Abordaje terapéutico Interdisciplinario y Transdisciplinario en Parálisis Cerebral

La elección del tipo de terapia, el método o tratamiento adecuado para cada niño debe estar fundada en la información, en el diálogo con los especialistas, en el tipo de discapacidad del niño, en el conocimiento profundo de éste y de las condiciones del entorno familiar. La evaluación del niño es muy importante para diseñar el programa de tratamiento de acuerdo a sus necesidades.

“[...] La Interdisciplina apunta a posibilitar una visión integral de los sistemas complejos y la toma de decisiones en situaciones de incertidumbre. Implica la integración de conceptos, métodos, procedimientos, terminologías y datos de diferentes campos. Requiere de una gran interacción entre las disciplinas y la modificación de los involucrados en el intercambio. Posibilita el surgimiento de nuevas preguntas y permite respetar la complejidad del objeto de estudio, al evitar el riesgo de fragmentación desde la óptica especializada [...]” (Lejarraga, 2004)

El propósito de un trabajo interdisciplinario es incorporar distintos enfoques sobre un problema, para complejizar y enriquecer la mirada sobre las implicancias de las decisiones que se toman.

El eje de la interdisciplina es la búsqueda de una comprensión compartida de los problemas, en función del reconocimiento de su interdependencia. Encarar interdisciplinariamente la asistencia es una postura ética que implica recorrer caminos convergentes en busca de un horizonte donde, en el caso de la medicina, está el paciente.

La interdisciplina está relacionada a la práctica de debatir ideas y de escuchar diferentes enfoques de un problema.

En el abordaje interdisciplinario de pacientes con Parálisis Cerebral, pueden formar parte del equipo: Psicopedagogos, Fonoaudiólogos, Kinesiólogos, Estimuladores Tempranos, Terapistas Ocupacionales, Psicomotricistas, Pediatras del Desarrollo, Neurólogos y Odontopediatras, entre otros, dependiendo de la complejidad de la patología.

METODOLOGÍA

Muestra

Los sujetos que participaron fueron padres o cuidadores de 8 niños (6 niños y 2 niñas) con Parálisis Cerebral, de entre 24 y 36 meses de edad.

Los niños asisten actualmente al consultorio de Intervención Temprana del Servicio de Pediatría de un Hospital Público. El tratamiento se encuentra a cargo de una Especialista en Intervención Temprana, se realiza con una frecuencia de dos veces por semana. Las madres de los niños presencian las sesiones del tratamiento sin participar activamente en ellas.

Instrumentos

Se confeccionó un *Programa de Intervención*, dirigido a padres o cuidadores de niños de 0 a 36 meses con Parálisis Cerebral, que asisten al Consultorio de Intervención Temprana de un Hospital Público de la Provincia de Buenos Aires.

Para el mismo se seleccionaron tres Actividades de la Vida Diaria (AVD): Alimentación, Aseo y Juego.

El Programa incluyó un total de treinta preguntas, con el objetivo de indagar acerca del manejo de los padres de los niños con PC en las Actividades de la Vida Diaria que realizan en su hogar.

Se formularon nueve (9) preguntas sobre Alimentación, ocho (8) sobre Aseo y trece (13) sobre Juego.

Procedimiento

El Programa de Intervención fue entregado a los padres en el consultorio del Hospital, siendo previamente informados sobre las características y objetivos del mismo, obteniendo su consentimiento y colaboración para responderlo. Se les otorgó un plazo máximo de quince días para ser devuelto.

Resultados

Alimentación

De este primer interrogante los resultados arrojados fueron: cuatro (4) niños comen con su familia, y cuatro (4) comen antes y no comparten la mesa familiar.

Seis (6) no pueden alimentarse de manera autónoma, necesitan ayuda del adulto. Cinco (5) de los niños presentan dificultades en la oclusión bucal durante el momento de la alimentación. Cuatro (4) presentan dificultades en la oclusión bucal, y al masticar.

La posición adoptada por los adultos para la alimentación, en cinco (5) de los casos es de frente, los otros tres (3) realizan control lateral.

Dos (2) pueden beber de manera autónoma con vaso con pico, tres (3) beben con sorbete, dos (2) lo hacen con mamadera, y sólo uno (1) en taza.

Cinco (5) de los niños necesita asistencia en el momento de beber, y presenta dificultades para ingerir alimentos de tipo: líquidos, calientes o fríos y helados. Los tres (3) restantes no requieren asistencia para beber, ni presenta dificultades para ingerir este tipo de alimentos.

Aseo

De este segundo interrogante realizado a los padres, los resultados fueron: siete (7) niños no presentan dificultades en el equilibrio dentro de la bañera. Se bañan sentados, y no cooperan cuando los bañan, tampoco juegan en ese momento.

Cinco (5) de los niños se lava y seca la cara de manera sentada frente a la pileta del baño. Sólo a tres (3) niños les molesta lavarse y secarse la cara.

Tres (3) pueden abrir y cerrar las canillas de manera autónoma. A todos (8) les lavan los dientes los adultos, ninguno lo hace de manera autónoma, ni intenta colaborar.

A cuatro (4) niños, les molesta que les laven la cabeza, y les cepillen el pelo, a los cuatro (4) restantes les molestan ambas, lavarse y cepillarse el pelo.

Juego

En este tercer y último interrogante los resultados fueron: ninguno de los niños se lleva los juguetes a la boca, a modo de exploración.

Siete (7) niños no participan en juegos como por ejemplo: “que linda manito”, “me escondo y aparezco”, hacer “adiós” con la manito, en canciones infantiles.

Sólo tres (3) miran los juguetes cuando se los muestran. Cinco (5) se estiran para alcanzar un juguete, utilizan ambas manos para jugar, y parlotean.

A cinco (5) niños les entretiene más la televisión, y adoptan para jugar la posición sentados en el suelo, o en una silla.

En cuanto al tipo de juguetes que prefieren: cuatro (4) juegan con pelotas, dos (2) con objetos luminosos, uno (1) con autos, y uno (1) con osos.

Los objetos caseros que prefieren para jugar son: tres (3) con puertas de alacenas, uno (1) con escaleras, uno (1) con objetos que giren, y tres (3) con ninguno.

Ninguno de los niños “ayuda” en trabajos domésticos, o imita al adulto mientras sacude, barre, pone la mesa, entre otros.

Todos los niños tienen la oportunidad de jugar con otros niños y disfrutan en compañía de ellos.

En cuanto a los juegos de plaza: cuatro (4) pueden jugar en hamaca, sube y baja, y trepadora con ayuda. El resto no puede hacerlo y no disfruta.

CONCLUSIONES

Luego de observar y analizar los resultados del Programa de Intervención, puedo concluir que la dificultad más evidente que se presenta a los padres de niños con Parálisis Cerebral es al momento de jugar.

Es por ello que a modo de conclusión y como aporte para nuestro rol Psicopedagógico, propongo trabajar en un *Programa de Intervención Lúdico*, el mismo será dirigido a padres, y participarán junto a sus hijos.

El Programa será aplicado a una población total de ocho niños de 0 a 36 meses de edad con Parálisis Cerebral, y a sus padres o cuidadores que concurren a un Hospital Público de la Provincia de Buenos Aires.

Constará de dos módulos, desde una mirada integral, cada uno de ellos se dividirá en 30 minutos, teniendo el Programa una duración total de 60 minutos; y una frecuencia de dos veces por semana.

En cada uno de los módulos participarán en total cuatro padres, ya que considero de gran importancia el acompañamiento a los padres desde un plano individual.

- ✓ MÓDULO 1 - Taller de Padres: en este primer módulo se orientará a los padres sobre las diferentes actividades lúdicas que se pueden llevar a cabo con los niños que poseen discapacidad severa, como es el caso de la Parálisis Cerebral. Los materiales con los que se pueden construir distintos tipos de juguetes “caseros”, y el armado de los mismos con la cooperación de los niños.

Siguiendo a Brodin y Rivera (2000), los juegos y materiales para niños con deficiencia mental podrían ser clasificados dentro del MÓDULO 1 de la siguiente manera:

- objetos y material para sentir y mirar (móviles, mordillos)
- objetos para tomar y manipular (juguetes con efecto de iluminación, linternas, cajitas de música)

- objetos para manipular, soplar y hacer sonar (soplar burbujas, velitas, plumas, pelotitas, flautas, maracas, cascabeles, tambores)
 - objetos para sacar, guardar y construir. (cubos, envase plásticos, baldes)
 - juegos con movimientos corporales (hamacas, cosquillas, pelotas inflables, pelotas con cascabeles)
 - juegos con agua, arena y otros materiales (espuma, burbujas, masa, pinturas de colores).
- ✓ MÓDULO 2 -Taller Participativo: en este segundo módulo se plantearán diferentes situaciones lúdico - corporales entre padres e hijos, para afianzar el vínculo. En esta propuesta se intentará favorecer a través del apoyo que ofrece el grupo, y en particular el coordinador del mismo, contemplar todas las áreas en las que puedan surgir inquietudes o dificultades por parte de los padres en el momento de juego con un niño con PC. Se utilizarán para jugar los materiales de tipo “casero” contruídos en el MÓDULO 1.

El *Equipo Interdisciplinario* a cargo del *Programa de Intervención Lúdico* estará conformado por una Psicopedagoga, y una Estimuladora Temprana, cabe aclarar, que este Equipo de trabajo también se encuentra conformado por una Fonoaudióloga y un Kinesiólogo, los mismos no trabajan directamente en el Programa.

Tanto la Psicopedagoga, como la Estimuladora Temprana realizarán su trabajo en conjunto evaluando, analizando, proponiendo alternativas y funcionando como soporte de las actividades del Programa.

Anticipo de dificultades:

- El *medio físico* será cedido por el mismo Hospital Público de la Provincia de Buenos Aires.
- El *material de trabajo* será cedido por los profesionales del Equipo Interdisciplinario.
- *Problemáticas sociales que arriesgan la integridad de los individuos que participan:* las problemáticas que involucran cualquier tipo de violencia, abuso físico o sexual no son casos de intervención. El equipo de profesionales es el

encargado de evaluar las demandas y buscar la mejor resolución de las mismas.

- *El Programa de Intervención Lúdico ocupa un tiempo de enseñanza:* puede iniciarse el programa de intervención cada 15 días.
- *El Programa se inicia y no es continuado:* puede fundamentarse el Programa adecuadamente para institucionalizarlo. Proporcionar entrenamiento constante a los profesionales y directivos. Mantener un grupo de asesoría para detectar problemáticas y sus resoluciones posibles. Hacer reportes de todos los efectos positivos de las intervenciones. A largo plazo se les puede requerir a los padres que aporten charlas de sus propias experiencias.

Siguiendo a Bronfenbrenner, es importante tomar el *Programa de Intervención Lúdico* desde la perspectiva Ecológica del Desarrollo, en la cual el niño se encuentra dentro de un sistema y a su vez éste está inserto en diferentes sistemas que se comunican bidireccionalmente y que al mismo tiempo cada uno influye en el desarrollo del niño.

Sabemos que el juego es una actividad indispensable en la vida de un niño, ya que contribuye de manera importante, a su desarrollo psicomotor, intelectual, afectivo y social. El niño necesita observar, manipular diferentes objetos y tener la posibilidad de relacionarse con otros, socializar, aprender e internalizar normas.

El juego es facilitador vincular, cognitivo y estructurante psíquico; es importante tener en cuenta, que al hablar de juego se deben articular diferentes marcos conceptuales, porque ellos aportan la fundamentación necesaria a cada uno de los aspectos que éste favorece en la vida de un niño.

Es importante tener en cuenta que si hay otra persona que juegue con el niño, se produce un enriquecimiento mutuo. A través del juego el niño puede expresar deseos, sentimientos, conflictos y elaborar situaciones por las que ha pasado.

Desde el punto de vista cognitivo el juego es aquel posibilitador de experiencias exploratorias que ayudan al camino de la construcción de la inteligencia.

El juego es igualmente importante para el niño con PC también el tiene que adquirir conciencia de sí mismo, explorar y llegar a conocer sus manos, cara, pies, y demás partes del cuerpo; y comprender como funciona el mundo que lo rodea.

Durante el juego el niño pone a trabajar su imaginación, intercambia con otros, experimenta la creación de espacios, ensaya situaciones de la vida adulta, intenta reconstruirlas para así conocerlas y dominarlas. El juego favorece la comunicación y el aprendizaje de la cooperación grupal.

Tanto “madre” como “juego”, promueven el lenguaje del niño, el lenguaje amplía su productividad simbólica y enriquecen la capacidad de operar “con y en” el mundo.

Debido a las dificultades de movimiento, equilibrio, coordinación visual y manual, es importante encontrar la mejor postura en la que el niño pueda usar sus manos con mayor ventaja, y así poder lograr un mejor equilibrio en la actividad lúdica.

Según Daniel Calmels (2009) “[...] los juegos corporales desde muy temprana edad estimulan y actualizan los miedos básicos y, en el mismo acto, las herramientas para elaborarlos [...]”

BIBLIOGRAFÍA

- American Occupational Therapy Association. (2002 b). Occupational Therapy practice framework: Domain and process. American Journal of Occupational Therapy, 56, 609-639.
- Ayres, J. (1998). La Integración Sensorial y el Niño. Ed. Trillas. México.
- Bin, L.; Echeverría, H.; y otros. Diagnóstico Psicopedagógico Temprano. Encuadre Interdisciplinario Docente - Asistencial. En Revista Aprendizaje Hoy. N° 35, 1996.
- Bin, L.; Diez, A., y Waisburg, H. (2000) Tratamiento Psicopedagógico. Red Institucional en el ámbito de la Salud. Ed. Paidós. Bs. As.
- Brodin y Rivera. Ideas sobre el material de juego para niños con deficiencias. En Revista El Cisne. Junio 2000. Año IX. N° 118
- Bronfenbrenner, U. (1987). La Ecología del Desarrollo Humano. Ed. Paidós. Bs. As.
- Calmels, D. (2009) Del Sostén a la Transgresión. Cap. IV. Ed. Biblós. Bs. As.
- Calmels, D. (2004) Juegos de Crianza. Ed. Biblós. Bs. As.
- Colombo, J.; Lipina S. (2005). Hacia un Programa Público de Estimulación Cognitiva Infantil. Fundamentos, métodos y resultados de una experiencia de intervención pre-escolar controlada. Ed. Paidós. Bs. As.
- Doltó, F. (2005) La Imagen Inconsciente del Cuerpo. Ed. Paidós. Bs. As.
- Finnie, N. (1987). Atención en el hogar del niño con Parálisis Cerebral. Ed. La Prensa. México.
- Grupo de Atención Temprana (2000) Libro Blanco de la Atención Temprana. 2da. Ed. Real Patronato de Prevención y de Atención de personas con Minusvalías. Madrid.
- Kielhofner, G. (2006). Fundamentos conceptuales de la Terapia Ocupacional. 3ª Ed. Ed. Médica Panamericana. Bs. As.
- Legido, A. Katsetos, C. Parálisis Cerebral: Nuevos conceptos Etiopatogénicos. Revista N° 36 (2), 2003. Págs.157-165.
- Lejarraga, H. (2004) Desarrollo del Niño en Contexto. Ed. Paidós. Bs. As.

- Lejarraga, H; Krupitzky, S; y colaboradores (1999). Guías para la evaluación del desarrollo del niño menor de 6 años. Servicio de Crecimiento y Desarrollo. Hospital Garrahan. Bs. As.
- Levitt, S. (2001). Tratamiento de la Parálisis Cerebral y del Retraso Motor. Ed. Médica Panamericana. Madrid.
- Matas, S.; Maureen, M. de Mulvey; y otros. (1994). Estimulación Temprana de 0 a 36 meses. Ed. Lumen Humanitas. Bs. As.
- Müller, M. (1993). Aprender para Ser. 3ª ed. Ed. Bonum. Bs. As.
- Núñez, B. (2005) Conferencia: La Familia con un Miembro con Discapacidad.
Extraído de <http://www.discapacidadyfamilia.com/pdf/articulo3.pdf>
- Paín, S. (1983) Diagnóstico y tratamiento de los problemas de aprendizaje. Cáp. V Ed. Paidós. Bs. As.
- Piaget, J. (1995). La Epistemología de las Relaciones Interdisciplinarias, Mecanismos del desarrollo mental. Ed. Nacional. Madrid
- Piaget J., Inhelder B., (1969) Psicología del niño. Décimoquinta edición, Ediciones Morata, España.
- Polonio López, B.- Romero Ayuso, D. (2010) Terapia Ocupacional aplicada al Daño Cerebral Adquirido. Ed. Médica Panamericana. Bs. As
- Pueyo - Benito, R. Neuropsicología de la Parálisis Cerebral. Revista Nº 34, 2002. Págs. 1080-1087.
- PRONAP Programa Nacional de Actualización Pediátrica. Encefalopatía Motora Cerebral Infantil - EMC Módulo Nº 3, 2006. Págs. 9-41.
- PRONAP Programa Nacional de Actualización Pediátrica. Maduración Psicomotriz del niño normal de 0 a 3 años. Módulo Nº 2, 2007. Págs. 61-95.
- Sánchez Rodríguez J.; Llorca Linares M. (2004) Atención Educativa al Alumnado con Parálisis Cerebral. Ed. Aljibe. Málaga.
- Tallis, J; Tallis, G; Echeverría; Garbarz, J; Fiondella, A. (1995) Estimulación Temprana e Intervención Oportuna. Ed. Miño y Dávila. Madrid, España.
- Trombly, C. (1990) Terapia Ocupacional para enfermos incapacitados físicamente. Ed. Prensa Médica. México

- Viñuela Ortiz, C. (2005) Evaluación del desarrollo: Su importancia en el campo de la Intervención Temprana. Revista C.A.N.D.I Año 13 N° 21.
- Winnicott, D. (1971) Realidad y Juego Ed. Gedisa. Barcelona, España.

APÉNDICE

Programa de Intervención

Nombre:

Edad:

Fecha de nacimiento:

1. ¿Ha seguido su hijo/a algún tratamiento?
2. ¿Toma alguna medicación? ¿Por qué?
3. ¿Se le han hecho exámenes de sus oídos y de su vista?
4. Asiste su hijo/a a alguna:
 - a) guardería
 - b) hospital/clínica
 - c) está con usted en casa todo el tiempo

ALIMENTACIÓN

1. ¿Come su niño/a con el resto de la familia?
2. Si ya es capaz de alimentarse sólo. ¿Alguna vez le pide a usted que le dé de comer en la boca?
3. Babea:
 - a) al comer
 - b) al chupar alguna golosina
 - c) al emitir sonidos
4. Al comer: ¿tiene alguna de las siguientes dificultades?

- a) saca la lengua
 - b) arquea
 - c) succiona constantemente
 - d) no puede cerrar la boca al comer
 - e) al meter algo en su boca inmediatamente lo muerde
 - f) mordisquea un pedazo de comida
 - g) mastica
5. Si usted tiene que ayudarlo a comer: ¿qué posición adopta mientras lo alimenta?
6. ¿Puede comer por sí sólo pan, galletitas o cualquier otro alimento, utilizando sus manos, o solo las rompe?
7. Puede beber solo con:
- a) vaso con pico
 - b) sorbete
 - c) mamadera
 - d) taza
8. ¿Se le dificulta a su niño/a beber? ¿Qué hace usted para ayudarlo?
9. ¿Tiene dificultad para comer ciertos alimentos? Indique cuales le son imposibles, difíciles de manejar o que les disgusten:
- a) líquidos, calientes o fríos, helados
 - b) cereales, pan tostado, galletitas
 - c) carnes, pollo
 - d) otros alimentos que no estén en la lista y que presentan alguna dificultad especial

ASEO

10. ¿Tiene usted alguna dificultad con el equilibrio del niño/a dentro de la bañera?
11. ¿Se baña sentado o acostado?
12. ¿Coopera cuándo usted lo baña?
13. ¿Necesita algún tipo de ayuda especial al bañarse? (Por Ej. Una alfombra de goma que no resbale, asiento especial, etc.)
14. ¿Le molesta lavarse y secarse la cara? ¿Lo hace sentado o parado frente a la pileta?
15. ¿Puede abrir y cerrar las canillas?
16. ¿Le lava usted los dientes o lo intenta hacer sólo?
17. ¿Le molesta que le cepillen el pelo o le laven la cabeza?

JUEGO

18. ¿Se lleva los juguetes a la boca?
 - a) Siempre
 - b) Algunas veces
 - c) Nunca
19. ¿Participa en juegos como por Ej. *“que linda manito”, “me escondo y aparezco”,* hace *“adiós”* con la manito? ¿Participa en canciones infantiles?
20. ¿Mira los juguetes que usted le muestra?
21. ¿Se estira para alcanzar algún juguete?
22. ¿Utiliza ambas manos para jugar?

23. ¿Qué le entretiene más?

24. ¿Parlotea cuando juega?

25. La posición en que le es más fácil jugar es:

- a) recostado boca arriba o de costado
- b) sentado en el suelo o en una silla
- c) en cuclillas o de rodillas
- d) no tiene preferencia por ninguna posición en particular, la cambia mientras juega.

26. Tipo de juguetes que prefiere:

27. Clase de juguetes u objetos caseros que prefiere para jugar:

28. ¿"Ayuda" el niño en los trabajos domésticos o imita a usted mientras sacude, barre, pone la mesa o cosas por el estilo? Dé ejemplos:

29. ¿Tiene oportunidad de jugar con otros niños? ¿Le gusta la compañía de otros niños o prefiere jugar sólo con usted?

30. ¿Puede jugar en los juegos de plaza, como por Ej. hamaca, sube y baja, subir la trepadora, etc.? Sí tiene dificultades, descríbalas:

CURRÍCULUM VITAE (C.V.)

INFORMACIÓN ACADEMICA

PSICOPEDAGOGA – UNSAM (2008)

POSGRADO (En curso): “Actualizaciones y Aportes de la Psicomotricidad a la práctica clínica de profesionales de la Salud y la Educación”, a cargo del Psmta. Daniel Calmels. UNSAM (Sede – C.A.B.A)

CARGOS ACTUALES

Marzo 2010/Actualmente

A.D.E.E.I (Asociación para el Desarrollo de la Educación Especial y la Integración)

Cargos desempeñados: DOCENTE INTEGRADORA en Nivel Inicial (Sala de 2 años). A cargo de una niña con Retraso Mental y Dispraxia verbal asociada (2011), y en Educación Primaria (1er grado), a cargo de un niño con TGD (2010).

Marzo 2010 a la actualidad

PROFESIONAL INDEPENDIENTE:

- Trabajo interdisciplinario con la Modalidad de Tratamiento Cognitivo Conductual (TCC) para niños con diagnóstico de Trastorno Generalizado del desarrollo (TGD). Dificultades de aprendizaje escolar. Asesoramiento a docentes y Orientación a padres.

Agosto2011/Actualmente

JTP (Jefa de Trabajos Prácticos) en la asignatura “Práctica e Intervención Temprana en Instituciones”, cargo de la Lic. Claudia Viñuela Ortiz, en el 5º año de la Licenciatura en Psicopedagogía, de la Escuela de Humanidades de la UNSAM. Sede Campus Miguelete.

Agosto 2011/Actualmente

Psicopedagoga en el Servicio de Neurodesarrollo de la División Pediatría del Hospital “Dr. Parmenio Piñero”, a cargo de la Dra. María José Martínez Cáceres, Pediatra del Desarrollo.

EXPERIENCIA ANTERIOR

Junio 2011

PERICO DEL CARMEN - JUJUY. Experiencia de trabajo en Rehabilitación Basada en la Comunidad, en CIC N°2 (Centro Integrador Comunitario), junto a profesionales y alumnos (Lic. en Terapia Ocupacional, Lic. En Órtesis y Prótesis) del Instituto de Ciencias de la Rehabilitación y el Movimiento (ICRyM) de la UNSAM. Sede Ramsay.

Marzo 2006/Diciembre 2009

A.E.D.I.N (Asociación en Defensa del Infante Neurológico)

Cargos desempeñados: ASISTENTE VOLUNTARIA (2006), HELPER (2007/2008), y TERAPEUTA DE GRUPO (2009) en el Área Joven (15 a 21 años) a cargo de grupos de jóvenes con déficits intelectuales severos con compromiso motor severo, que presentan en algunos casos dificultades en el área de comunicación y lenguaje.