

**UNIVERSIDAD LAICA “ELOY ALFARO” DE MANABÍ
EXTENSIÓN CHONE**

ÁREA DE LA SALUD

CARRERA DE TERAPIA DE LENGUAJE

**TRABAJO DE TITULACIÓN
MODALIDAD ESTUDIO DE CASO**

TEMA:

PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL

TÍTULO:

**“CARACTERÍSTICAS DEL DESARROLLO DEL HABLA EN
NIÑO(A) CON PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL”**

AUTORA:

ANGÉLICA MARUSVENI IBARRA SANTANA

TUTORA:

DRA. MIRIAN GIOMAR ANDRADE ALVAREZ.

MARZO 2017



**UNIVERSIDAD LAICA “ELOY ALFARO” DE MANABÍ
EXTENSIÓN CHONE**

CARRERA DE TERAPIA DE LENGUAJE

CERTIFICACIÓN DE APROBACIÓN DEL TUTOR

Yo, Dra. Miriam Giomar Andrade A. Docente de la Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí Extensión Chone, en calidad de Tutora del Trabajo de Titulación Modalidad Estudio de Caso titulado: **“CARACTERÍSTICAS DEL DESARROLLO DEL HABLA EN NIÑO(A) CON PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL”**, ha sido revisado y socializado en varias sesiones de trabajo bajo mi guía y supervisión con la señora egresada; el mismo que se encuentra listo para su presentación. Las opiniones y conceptos vertidos en el mismo son fruto del trabajo, perseverancia y originalidad de su autora:

IBARRA SANTANA ANGÉLICA MARUSVENI, siendo de su exclusiva responsabilidad.

Chone, Marzo de 2017

Dra. Mirian Giomar Andrade Alvarez
TUTORA



**UNIVERSIDAD LAICA “ELOY ALFARO” DE MANABÍ
EXTENSIÓN CHONE**

CARRERA DE TERAPIA DE LENGUAJE

DECLARATORIA DE AUTORÍA

Dejo en constancia que el presente Trabajo de Titulación Modalidad Estudio de Caso, cuyo título es: **“CARACTERÍSTICAS DEL DESARROLLO DEL HABLA EN NIÑO(A) CON PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL”** es inédito y original, el resultado del trabajo investigativo emprendido por su autora.

**Ibarra Santana Angélica Marusveni
C.C.: 131403643-3**



UNIVERSIDAD LAICA “ELOY ALFARO” DE MANABÍ
EXTENSIÓN CHONE
CARRERA DE TERAPIA DE LENGUAJE

APROBACIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Los Miembros del Tribunal Examinador aprueban el Trabajo de Titulación Modalidad Estudio de Caso con el título: **“CARACTERÍSTICAS DEL DESARROLLO DEL HABLA EN NIÑO(A) CON PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL”**, elaborado por: **Ibarra Santana Angélica Marusveni** con **C.C.: 131403643-3**; egresada de la Carrera de Terapia de Lenguaje

Chone, Marzo de 2017

Ing. Odilón Schnabel Delgado, Mgs.

DECANO

Dra. Mirian Giomar Andrade A

TUTORA

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Lic. Fátima Saldarriaga
SECRETARIA

RESUMEN

El estudio efectuado con el título: “Características del desarrollo del habla en niño(a) con parálisis cerebral infantil”, se expone el caso de una niña con el nombre de María, su madre de acuerdo a los informes prenatales la señora presentó principio de aborto a los cuatro meses, y en lo relacionado a los antecedentes natales la niña tuvo asfixia neonatal y el parto fue en casa, los historiales posnatales indican fiebres y resfríos, se le diagnostica lo mencionado, lo cual provocó lenta evolución de su lenguaje, trastornos en el habla, funciones básicas en la parte corporal, con dificultades en la motricidad fina, presenta disartria. Se presentan la evolución histórica hasta los tiempos actuales de este problema, el terapeuta realizó durante el tiempo correspondiente a un año lectivo cinco actividades de forma diaria, luego de tres veces por semana finalizando con una cada tres meses de intervención que le permiten a la niña mejorar en sus actividades familiares, educativas y sociales, para evitar su aislamiento social con otras personas y sus compañeros de la Escuela de educación especial “Juntos Venceremos” del cantón Chone, la labor se efectúa con cariño, compañerismo y seguridad experta de los especialistas que laboran en la institución.

Palabras claves: parálisis cerebral infantil, disartria, lenguaje, trastornos en el habla

ABSTRACT

The study carried out under the title: "Characteristics of speech development in children with cerebral palsy in children", explains the case of a girl named Mary her mother according to prenatal reports the lady presented the beginning of abortion at four months, and in relation to the natal history the girl had neonatal asphyxia and the delivery was at home, the postnatal records indicate fevers and colds, it is diagnosed what was mentioned, which caused a slow evolution Of their language, disorders in speech, basic functions in the body part, with difficulties in the fine motor, presents dysarthria. It presents the historical evolution until the present times of this problem, the therapist realized during the time corresponding to a school year five activities daily, after three times a week ending with one every three months of intervention that allow the girl to improve their family, educational and social activities, to avoid their social isolation with other people and their companions of the Special Education School "Juntos Venceremos" of the Canton Chone, the work is carried out with affection, companionship and expert security of the specialists who work in the institution.

Key words: cerebral palsy, dysarthria, language, speech disorders

ÍNDICE

Contenido	PÁG.
PORTADA.....	i
CERTIFICACIÓN.....	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA.....	iii
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL.....	iv
RESUMEN.....	v
PALABRAS CLAVES.....	v
ABSTRACT.....	vi
KEYWORD.....	vi
ÍNDICE.....	vii
ÍNDICE DE TABLAS.....	viii
ÍNDICE DE FIGURAS.....	ix
3. JUSTIFICACIÓN	1
4. INFORME DEL CASO	2
4.1. DEFINICIÓN DEL CASO	2
4.1.1. Presentación de caso	2
4.1.2. Ámbitos de estudio	2
4.1.3. Actores implicados.....	3
4.1.4. Identificación del problema	3
4.2. METODOLOGÍA	3
4.2.1. Lista de preguntas:	3
4.2.2. Fuentes de información:.....	4
4.2.3. Técnicas para la recolección de información:.....	4
4.3. DIAGNÓSTICO	4
5. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.....	6
5.1. DENOMINACIÓN DE LA PROPUESTA	6
5.2. OBJETIVOS DE LA PROPUESTA.....	6
5.3. FUNDAMENTACIÓN DE LA PROPUESTA	6
5.3.1. Caracterización de la propuesta:	15
5.3.2. Descripción de las necesidades que resuelve de acuerdo al diagnóstico de campo. 18	
5.4. PLANTEAMIENTO DE LA PROPUESTA	20
5.4.1. Actividades y tareas	20
BIBLIOGRAFIA	
ANEXO	

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla No 1. Elaborado: Angélica Ibarra

20

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Fuente: (Bachrach, 2012) Elaborado: Angélica Ibarra

9

3. JUSTIFICACIÓN

El estudio de **“Características del desarrollo del habla en niño(a) con Parálisis cerebral infantil”**, es de importancia en el campo académico ya que se tiene la oportunidad de aplicar los conocimientos adquiridos en la universidad, además este caso permitirá como futuro profesional solucionar problemas de carácter social y de salud, porque los terapeutas de lenguaje pueden ayudar a los niños afectados por una parálisis cerebral actualmente denominada inmadurez motriz cerebral (IMC), los cuales muestran grados de discapacidad oral y física muy diferentes, en ciertos casos tienen escasas dificultades, otros son gravemente afectados, dependiendo del alcance de su daño cerebral, la cual puede ser muy leve y afectar solo a la parte del cerebro que controla la marcha, o puede ser mucho más extensa y afectar al control muscular de todo el cuerpo, (Mv. Johnston, 2016) como lo es el caso del estudio a detallarse.

Los actores que intervendrán en el estudio de caso de una niña a la que se le denominara María¹ la misma que se realiza para ayudarla a superar el problema a investigar que afecta a la mencionada niña la que fue diagnosticada con Parálisis cerebral infantil, y requiere tratamiento el mismo que será atendido por la terapeuta de lenguaje Lic. Gina Mendoza Giler, la cual labora en la Escuela de educación especial “Juntos Venceremos” del cantón Chone (Giler, 2017) para la aplicación del tratamiento con la finalidad de lograr que la niña diagnosticada y afectada por parálisis cerebral alcancen su máximo potencial en crecimiento y desarrollo, para ayudarla a superar sus problemas de movimiento, aprendizaje, habla, audición y desarrollo social y emocional, de forma que logre insertarse en la sociedad mejorando su calidad de vida.

El aporte de la investigación es institucional ya que se efectuó en la Escuela de educación especial “Juntos Venceremos” del cantón Chone, lugar donde se tiene el caso diagnosticado de parálisis cerebral, para lo cual se propone una terapia de lenguaje que le permita a la afectada denominada María, lograr expresarse, además de rehabilitación física, que aún persiste y es notoria por su deficiente manejo de las manos, a pesar de esta limitación asiste a la escuela de forma continua y normal, lo cual provocara un impacto positivo a nivel personal, familiar e institucional, para lograr su independencia a futuro.

¹ Se ha cambiado el nombre

4. INFORME DEL CASO

4.1. DEFINICIÓN DEL CASO

Trastorno del desarrollo del tono postural y del movimiento de carácter persistente (aunque no invariable), que condiciona una limitación en la actividad, secundario a una agresión no progresiva, a un cerebro inmaduro. (Lorente, 2012)

El concepto de ‘parálisis cerebral’ ha sido creado para englobar secuelas neurológicas de muy distinta naturaleza que afectan a la esfera motora. (Salas, 2010)

4.1.1. Presentación de caso: del Área de atención de Terapia de lenguaje.

Datos Generales.

Nombre: María

Fecha y lugar de Nacimiento: Chone, Agosto 18 del 2004

Grado de Instrucción: Tercer año de básica

Fecha de evaluación: 8 de Marzo del 2015

Lugar de entrevista y evaluación: Escuela de educación especial “Juntos Venceremos” del cantón Chone.

Examinador: Lic. Gina Mendoza Giler

Ayudante: Angélica Ibarra

4.1.2. Ámbitos de estudio

Los datos obtenidos permiten plantear la problemática existente de la menor que vive con sus padres en la parroquia Santa Rita del cantón Chone, durante el embarazo su madre tuvo un principio de aborto, al nacer en su casa presento asfixia neonatal, inició su proceso oral a los cuatro años, tiene trastornos en el habla, presenta dislalia y disartria, el entorno familiar es conflictivo.

En cuanto a la evaluación de estructura y función oral, se le diagnóstico comprometido todo el mecanismo oral periférico (M.O.P), por Parálisis cerebral infantil, el proceso de atención lo efectúa la Lic. Gina Mendoza Giler, especialista que labora en la institución, su última evaluación fue efectuada el año pasado, y poco a poco se ha obtenido avances. (Giler, 2017)

4.1.3. Actores implicados

Institucional: Escuela de educación especial “Juntos Venceremos” del cantón Chone.

Madre: Agripina Cherrez

Terapeuta: Lic. Gina Mendoza Giler

Paciente: María

Egresada: Angélica Ibarra

4.1.4. Identificación del problema

La paciente María esta con diagnóstico de Parálisis cerebral infantil.

Variables

Variable Independiente

Característica del desarrollo del habla en niño(a)

Variable dependiente

Parálisis cerebral infantil

4.2. METODOLOGÍA

El nivel de estudio es de tipo descriptivo se puntualiza y demuestra el problema con lo cual se puede proceder a elaborar una propuesta sobre la importancia de la terapia de lenguaje para ayudar una paciente con problema del habla diagnosticada de Parálisis cerebral infantil, que es atendida en la Escuela de educación especial “Juntos Venceremos” del cantón Chone”, con la intención de ayudarla a insertarse de forma normal a las actividades cotidianas, educativas y comunitarias.

4.2.1. Lista de preguntas:

¿Cómo se podría facilitar las condiciones fisiológicas, educativas, sociales y recreativas de un paciente con diagnóstico de Parálisis cerebral infantil?

¿Qué acciones se puede emprender para ayudar a la paciente diagnosticada con Parálisis cerebral infantil?

¿Qué instrumentos son útiles para estimular los procesos de maduración y aprendizaje de un paciente diagnosticado con Parálisis cerebral infantil?

¿Cómo ayudar a los padres en la rehabilitación de su hijo/a en su hogar?

4.2.2. Fuentes de información:

La información obtenida es de campo, de la Escuela de educación especial “Juntos Venceremos” del cantón Chone, en este centro de atención especial se tiene información de la paciente María diagnosticada con Parálisis cerebral infantil, de forma que se conoce de forma directa el problema que enfrenta la menor.

Además, se usara investigación bibliográfica de especialistas en Inmadurez motriz cerebral en libros, apuntes personales de la carrera de terapia de lenguaje, revistas, internet, periódicos, conferencias, seminarios, entrevistas, entre otros, para comparar con la aplicación de terapia para dislalia y disartria que requiere la paciente para superar su problema de habla.

4.2.3. Técnicas para la recolección de información:

Las técnicas para obtener la información en el estudio de caso serán la entrevista y guía de observación.

Entrevista. Se realizó con preguntas a la especialista que le atiende y a su madre que la traslada al centro de atención. (Anexo 1-2)

Ficha de Observación.- A la atención que se provee a la paciente María en la Escuela de educación especial Juntos Venceremos del cantón Chone” (Anexo 3)

4.3. DIAGNÓSTICO

La ficha de evaluación de terapia del lenguaje realizada el 8 de Marzo del 2015 de la menor María, nació el 18 de Agosto del 2004 en la actualidad tiene 13 años de edad vive en el barrio denominado Tacheve parte del cantón Chone y habita con sus padres.

Los padres son el Señor Agustín Zambrano y la Señora Agripina Cherrez, el padre al momento de la entrevista indica que no tiene trabajo fijo y la madre es ejecutiva del hogar, es la hija mayor y no tiene hermanos.

En lo relacionado a los informes prenatales la señora presentó principio de aborto a los cuatro meses, y en lo relacionado a los antecedentes natales la niña tuvo asfixia neonatal y el parto fue en casa, los historiales posnatales fiebres y resfríos.

La evolución de su lenguaje sus primeras palabras fueron a los cuatro años, presenta trastornos en el habla, funciones básicas, en los que corresponde al esquema corporal si

tiene problemas en la motricidad gruesa y fina, si reconoce objetos, y cumple ordenes simples, las complejas más o menos, repite palabras, oraciones, presenta dislalia y disartria. Asiste a la escuela especial Juntos Venceremos de la ciudad de Chone está en el tercer año de básica.

Su entorno familiar es conflictivo, en cuanto a su independencia va hacia ese camino, en la evaluación de la estructura y función oral como es: labios, lengua, paladar, dientes, maxilar, deglución, se nota que está comprometido todo el mecanismo oral periférico (M.O.P), impresión diagnóstica es Parálisis cerebral infantil. (Giler, 2017)

Finalmente el proceso de avance del desarrollo del habla de la niña llamada María con el diagnóstico de Parálisis cerebral infantil, permitió el desarrollo del estudio de caso considerando los informes médicos actualizados sobre el tema y esbozar la propuesta de la estimulación temprana necesaria para mejorar la condición de la paciente.

5. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

5.1. DENOMINACIÓN DE LA PROPUESTA

Tratamiento del habla de una niña con Parálisis cerebral infantil

5.2. OBJETIVOS DE LA PROPUESTA

Objetivo General:

Intervenir para mejorar el habla, lenguaje y tonicidad muscular de una niña con diagnóstico de Parálisis cerebral infantil en la Escuela de educación especial “Juntos Venceremos” del cantón Chone.

Objetivos específicos:

1. Plantear una propuesta de intervención para mejorar el lenguaje y la expresividad de una niña con diagnóstico de Parálisis cerebral infantil.
2. Poner en práctica los conocimientos y las competencias adquiridos en la carrera de Terapia de Lenguaje al elaborar una propuesta de intervención.
3. Explicar la utilidad de proveer instrumentos básicos para estimular los procesos de madurez y aprendizaje ayudar a un paciente diagnosticado con Parálisis cerebral infantil
4. Indicar la importancia de la participación de los padres en el tratamiento de terapia de lenguaje en su hogar.

5.3. FUNDAMENTACIÓN DE LA PROPUESTA

a) Antecedentes históricos de la Parálisis cerebral infantil

El conjunto de discapacidades neuromusculares denominada parálisis cerebral tiene sus orígenes desde la etapa antigua de civilizaciones como los egipcios, griegos y romanos los cuales lo han mencionado en sus documentos encontrados, pero fue en el siglo 19 cuando médicos europeos iniciaron la búsqueda de lesiones de nacimiento congénito y adquirido. (Bachrach, 2012)

En el año 1889 Sir William Osler escribió un libro titulado Parálisis Cerebral de los niños, sin embargo no la describe a esta discapacidad como enfermedad de Little, y basa el uso del término parálisis cerebral en las frases en latín en lugar del idioma inglés. (Lorente, 2012)

En el año 1980 es comprobada por los investigadores médicos la teoría de Freud acerca de que la parálisis cerebral puede darse antes del nacimiento, y los estudios clínicos confirmaron que estas lesiones también pueden ser causadas por lesiones de nacimiento, pesar de que solo tenían un 10% de casos diagnosticados. (R. Nass, 2012)

b) Definiciones de parálisis cerebral infantil

La Parálisis cerebral (en adelante PC), abarca un conjunto de trastornos crónicos debidos a una lesión o defecto en el desarrollo del cerebro inmaduro (trastorno neuromotor). Para poder hablar de PC, la lesión tiene que ocurrir en el período comprendido entre los primeros días de gestación y los 3 o 5 años de vida. (Muñoz, 2010)

El término Parálisis hace referencia a una debilidad en la utilización de los músculos, que se manifiesta con alteraciones en el control del movimiento, el tono muscular y la postura. Mientras que el término Cerebral quiere resaltar que la causa de la parálisis cerebral radica en una lesión (herida y posterior cicatriz) en las áreas motoras del cerebro que controlan el movimiento y la postura. La PC puede sobrevenir antes del nacimiento por factores perinatales, durante el parto (anoxia o falta de oxígeno en el cerebro, bajo peso al nacer, compresión de la cabeza, etc.) o con posterioridad por factores postnatales (anoxia, traumatismos, infecciones, etc.). (A. Colver, 2014)

Según su definición clásica, la parálisis cerebral infantil (PCI) es un trastorno de los movimientos y la postura debido a un defecto de inmadurez cerebral. Este trastorno se ha entendido como una condición estática y no progresiva del cerebro en la infancia; sin embargo, según algunos autores, es muy común que se produzcan cambios en las manifestaciones motoras con el continuo desarrollo del cerebro, por lo que debería considerarse una condición dinámica. (Enrique Moraleda Barreno, 2012)

C) Tipos de parálisis cerebral infantil

Existe una gran diversidad de particularidades las que se describe de acuerdo a cuatro principios:

De acuerdo al tipo:

Espasticidad (Espásticos): incremento excesivo del tono muscular (hipertonía), por lo que hay ideologías inmoderadas y poco regularizadas, altera al 70-80% de los pacientes. Atetosis (Atetósicos): va de hipertonía a hipotonía, por lo que hay tendencias

incoordinados, lentos, no controlables, estos movimientos afectan a las manos, los pies, los brazos o las piernas y en ciertos casos los músculos de la cara y la lengua, lo que produce en las afectadas muecas o babeo. Los movimientos se incrementan con frecuencia por el estrés emocional y desaparecen mientras se duerme, provocan problemas para coordinar los movimientos musculares necesarios para el habla lo cual se denomina disartria. (Salas, 2010)

Ataxia: es el sentido incompleto de la marcha y descoordinación motora tanto fina como gruesa, por lo cual las personas afectadas caminan inestablemente, colocando los pies muy alejados uno del otro.

Mixto: es lo más habitual, en donde se presentan incomparables particularidades de los primeros tipos. La mixtura más frecuente es la de espasticidad y movimientos atetoides. (R. Nass, 2012).

De acuerdo al tono: Isotónico, es decir, tono normal, Hipertónico se refiere a un incremento del tono, Hipotónico comprende un tono disminuido, variable.

Depende de la parte del cuerpo afectada: Hemiplejía o Hemiparesia: se localiza en la parte afectada de uno de los dos lados del cuerpo, Diplejía o diparesia: la mitad inferior es la más afectada que la superior, Cuadruplejía o cuadriparesia: los cuatro miembros están inmovilizados, Paraplejía o Paraparesia: afectación de las extremidades inferiores. (Castellanos, 2010)

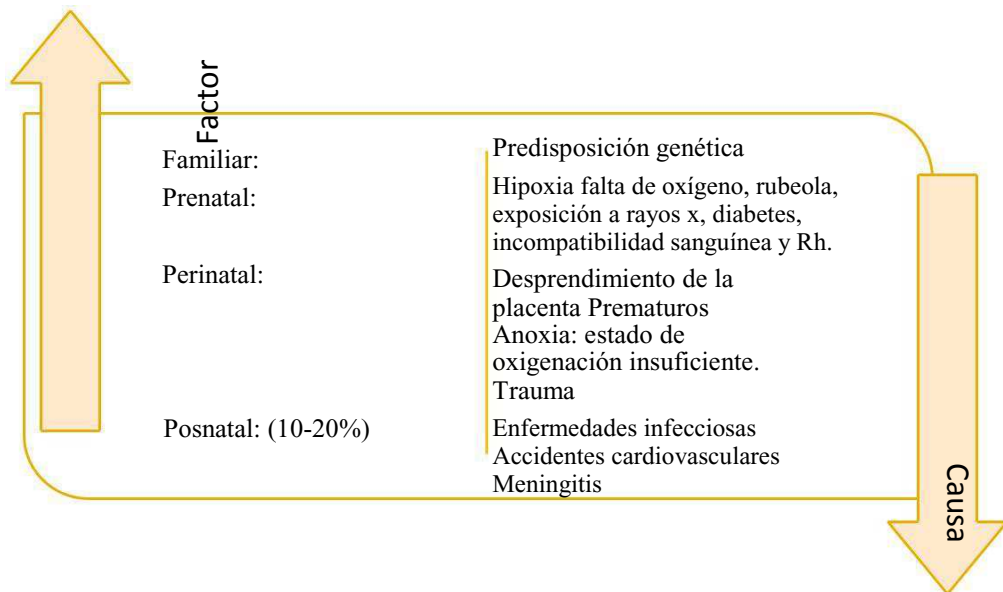
Monoplejía o monoparesia: está afectado un sólo miembro, Triplejía o triparesia: se tienen afectados tres miembros.

Considerando el grado de afectación: El grave no se da de forma habitual independencia, moderada independiente y en ocasiones necesita ayuda, leve tiene completa emancipación.

Es muy difícil que un parálítico cerebral pueda incluirse de forma clara en un tipo clasificatorio, por lo general está constituido en dos o más de las consideraciones explicadas. En cuanto a las posibles causas de la parálisis cerebral en niños no es una sola enfermedad con una sola causa, sino un conjunto de trastornos afines entre sí que tienen causas diferentes, algunos de estos casos no tienen una causa conocida, el problema se ocasiona ante un desarrollo anormal o un daño en las regiones cerebrales que intervienen en la función motora, la cual es posible que se produzca en el periodo prenatal,

perinatal o postnatal en los primeros cinco años de vida del niño/a, a continuación se presentan los factores y causas: (Bachrach, 2012)

Figura No 1



Fuente: (Bachrach, 2012) Elaborado: Angélica Ibarra

En lo relacionado a niños con mayor disposición a padecer de parálisis cerebral se tiene las siguientes características:

- ✚ Bebe prematuro o con bajo peso al nacer, el peligro es más alto entre los niños que nacieron con menos de 2500 gr. y entre los niños nacidos con menos de 37 semanas de gestación.
- ✚ Los niños de madres que presentaron hemorragia vaginal durante el embarazo y presencia de excesivas proteínas en la orina.
- ✚ Los bebés de madres con parto muy dificultoso, sobre todo en casos de presentación de nalgas, problemas respiratorios o vasculares del neonato durante el parto pueden causar daño permanente en el cerebro.
- ✚ Los bebés que excretan meconio, lo que implica que estaban creando heces dentro del útero.
- ✚ Anomalías congénitas en lugares diferentes del sistema nervioso.
- ✚ Baja valoración Apgar, es la evaluación numérica que refleja el estado del recién nacido, por lo tanto los médicos de forma periódica verifican la frecuencia cardíaca del niño, la respiración, el tono muscular, los reflejos y el color de la piel durante los primeros minutos después del parto. Los médicos asignan puntos y cuanto más alta sea la puntuación más normal es el estado del niño. Una baja puntuación después de 20

minutos tras el parto es una importante señal de posibles problemas.

- ✚ Partos múltiples, como gemelos, trillizos u otros partos múltiples se asocian a un riesgo más elevado de parálisis cerebral en los niños.
- ✚ Hipertiroidismo materno o retraso mental, existen probabilidades de que una madre con alguna de estas condiciones posea un bebé con parálisis cerebral. (Bachrach, 2012)

Lo examinado es necesario de examinar y considerar como señales de aviso, ya que ayuda a los médicos a conservar una estrecha vigilancia, sin embargo los padres no deben asustarse si el bebé presenta unos o más de estos factores de riesgo, ya que en la gran mayoría de las ocasiones no tienen y no desarrollan parálisis cerebral, el diagnóstico debe ser dado por un especialista.

Síntomas

Las señales para identificar el problema de parálisis cerebral se da antes de los tres años de edad y se observa porque al niño/a le resulta difícil voltearse, sentarse, gatear, sonreír o caminar. La identificación tiene una variación de una persona a otra, a veces es leve no son tan visibles que le impidan levantarse de la cama, en algunos casos los afectados pueden tener trastornos médicos asociados como convulsiones o retraso mental, pero no siempre ocasiona graves impedimentos. (Victor Santiuste, 2010)

Las señales más trascendentes son las alteraciones del tono muscular y el movimiento, pero se pueden asociar otras expresiones como:

- ✚ **Problemas** visuales y auditivos.
- ✚ **Dificultades** en el habla y el lenguaje.
- ✚ **Variaciones perceptivas:**
 - **Agnosias:** Alteración del reconocimiento de los estímulos sensoriales.
 - **Apraxias:** Pérdida de la facultad de realizar movimientos coordinados para un fin determinado o pérdida de la comprensión del uso de los objetos ordinarios, lo que da lugar a comportamientos absurdos. Incapacidad para realizar movimientos útiles.
- ✚ **Distractibilidad.**
- ✚ **Diskinesia:** dificultad en los movimientos voluntarios. (Muñoz, 2010)

Las contracturas musculares que se asocian con la parálisis cerebral no permiten que la articulación se mueva, pero también puede ocurrir que exista una falta de tono muscular, por lo que las articulaciones pueden dislocarse ya que los músculos no las estabilizan.

Examen físico

Se obtendrá los antecedentes prenatales y nacimiento del bebé, el diagnóstico no puede realizarse hasta que el niño/a tiene entre 6 y 12 meses, edad en la que él bebe debería haber alcanzado ciertas etapas de desarrollo, como iniciar el andar, controlar las manos y la cabeza. El médico debe verificar los síntomas descritos (desarrollo lento, tono muscular anormal y postura irregular), poner a prueba los reflejos del niño y observar la propensión inicial en cuanto a la preferencia de mano. (Laura Fernandez, 2011)

Otras pruebas:

- ✚ Resonancia magnética (RM). Está alcanzando, rápidamente, un uso generalizado en la identificación de trastornos cerebrales. Esta técnica utiliza un campo magnético y ondas de radio en lugar de rayos X. La RM da mejores imágenes de estructuras o áreas anormales localizadas cerca de los huesos que el TAC.
- ✚ Tomografía computarizada (TAC): utiliza una combinación de radiografías y tecnología computarizada para obtener imágenes de cortes transversales del cuerpo, tanto horizontales como verticales. Se obtienen imágenes detalladas de cualquier parte del cuerpo, huesos, músculos, tejido adiposo y de los órganos.
- ✚ Ultrasonido. Esta técnica envía ondas de sonido al cerebro y utiliza el patrón de ecos para formar una imagen, o sonograma, de sus estructuras. El ultrasonido se puede utilizar en los niños antes de que los huesos del cráneo se endurezcan y se cierren. A pesar de que es menos precisa que el TAC y la RM, esta técnica puede detectar quistes y estructuras en el cerebro, es más barata y no requiere de períodos largos de inmovilidad.
- ✚ Radiografía.
- ✚ Estudios sobre la alimentación del bebé.
- ✚ Electroencefalograma: se registra la actividad eléctrica cerebral mediante unos electrodos que se adhieren al cuero cabelludo.
- ✚ Análisis de sangre.
- ✚ Evaluación de la marcha.
- ✚ Estudios genéticos.
- ✚ Estudios metabólicos: se utilizan para evaluar la ausencia de una enzima específica necesaria para mantener la función química normal del cuerpo. (R. Nass, 2012)

Tratamiento

La parálisis cerebral no tiene tratamiento pero, con una atención adecuada que le permita mejorar sus movimientos, que le estimule su desarrollo intelectual y le permita alcanzar el mejor nivel de comunicación posible y que estimule su relación social, podrá llevar una vida plena y enteramente satisfactoria.

Los niños con parálisis cerebral y sus familias o ayudantes son miembros importantes del equipo de tratamiento y deben involucrarse íntimamente en todos los pasos de la planificación, toma de decisiones y la administración de los tratamientos.

Diversos estudios demuestran que el apoyo familiar y la determinación personal son dos de los factores más importantes para que los niños con parálisis cerebral logren alcanzar las metas propuestas a largo plazo. El dominar habilidades específicas, como el caminar correctamente, es un enfoque importante del tratamiento diario, pero la meta final debería ser ayudar a las personas a evolucionar a la edad adulta de manera satisfactoria y conseguir la máxima independencia en la sociedad. (Robaina Castellanos GR, 2009)

El niño debe ser controlado por un médico especialista en rehabilitación y tiene que ser valorado en forma periódica: Inicialmente cada mes hasta que cumpla los seis meses de edad, de los seis a los doce meses: cada dos meses, semestralmente hasta los dos años de edad o en caso de tener alteraciones neurológicas hasta que sea necesario y de acuerdo a su programa establecido (GH. Noritz, 2013)

Los padres deben de ser entrenados sobre cómo realizar los ejercicios y además deben de: estar al tanto del desarrollo psicomotor normal del niño, formarse para observar la conducta del niño, examinar las técnicas de higiene y alimentación, y realizar el programa de tratamiento domiciliario.

Los pilares del tratamiento de la parálisis cerebral son cuatro: terapia de lenguaje, ocupacional, de conducta, escuela (o educación compensatoria).

Terapia de lenguaje

En la actualidad existe una variación en los métodos de intervención iniciando en lo que comprende el trabajo directo con el niño/a, en condiciones estructuradas, en otras formas naturales establecidas en el juego y en un ambiente familiar. Por lo general la meta del terapeuta de lenguaje es estimular y motivar al niño/a para que sea parte activa de la vida familiar, educativa y social. (Gallo, 2017)

No es necesario que el niño/a que se atiende comprenda o hable de forma adecuada, sino, de crear las condiciones para que el lenguaje se de forma desenvuelta, por lo que el tratamiento formal para este tipo de trastorno se efectuó mediante la intervención logopedia, la cual es una disciplina que engloba el estudio prevención, detección, evaluación, diagnóstico y tratamiento de los trastornos de la comunicación humana.

El mundo interconectado actual permite que se tenga una gran cantidad de material de apoyo visual e informático que permite un manejo amigable para los niños/as, y lograr de esa manera mejorar su motivación acorde a las diferentes metas establecidas. En las dificultades de articulación o fonológicos, la mediación directa del logopeda con el niño/a en sesiones organizadas es muy eficaz, el procedimiento contiene una preparación en la elaboración de sonidos mediante ayudas visuales (mímica manual o símbolos que forman la correcta pronunciación) y la reproducción del modelo (logopeda). Asimismo se incluyen ejercicios para solucionar las confusiones entre diferentes fonemas. (A. Colver, 2014)

En lo referente a otros problemas del lenguaje como locución, intuición o mixto, la mejor opción sería una combinación de tratamiento logopedico individual con el apoyo familiar, en este caso el profesional una vez que identifico el problema, debe plantearse las metas, e instruir a los padres en las diversas habilidad para usarlas en su hogar con el niño/a.

Terapia ocupacional

El terapeuta ocupacional debe enseñarle a realizar destrezas tales como comer, vestirse o usar el baño, que aumenta la confianza en sí mismos y la autoestima.

Terapia de conducta

Utiliza teoría y técnicas psicológicas para aumentar las habilidades del niño. Sirve de complemento a la terapia de lenguaje, ocupacional y del habla. En muchas ocasiones se utilizan métodos de premios, elogios, etc.

Los principales profesionales que atenderán a un niño con dificultades desde el principio serán:

- ✚ Médico neonatólogo.
- ✚ Pediatra.

- ✚ Fisioterapeuta. Suelen utilizar métodos como el ejercicio, la manipulación, el calor y los masajes para ayudar a que su hijo desarrolle unas pautas correctas de movimiento. También pueden aconsejarle sobre la mejor manera de llevar, coger o colocar al niño, y de cómo aprender a sentarse, permanecer de pie o caminar. Mediante la fisioterapia se fortalecen los músculos, facilita el caminar y evita las contracturas en las articulaciones. Mediante la terapia ocupacional el niño aprende actividades cotidianas como comer, vestirse, etc.
- ✚ Psicólogos y Pedagogos. Ambos se encargan de la evaluación psicopedagógica de los niños para saber sus necesidades educativas especiales y orientarles hacia la modalidad de escolarización más adecuada, así como proponerles los centros en los que podrían escolarizarse.
- ✚ Logopedas. Durante los primeros meses de vida puede tratar a su hijo si tiene problemas para comer o beber y más adelante para hablar, del uso del lenguaje o de comprensión, tanto del lenguaje escrito como del hablado.
- ✚ Asistentes Sociales. (GH. Noritz, 2013)

Objetivos

Los objetivos del tratamiento deben ir encaminados a:

- ✚ Normalizar el tono muscular, por lo que se deben realizar movimientos terapéuticos específicos y no sólo ejercicios, para poder lograr el control de puntos clave: cabeza, cuello, gateo, caminar, etc.
- ✚ Inhibir los patrones de postura refleja anormal. Facilitar las reacciones de enderezamiento y equilibrio, así como el uso de férulas y aditamentos inhibitorios.
- ✚ Facilitar las posturas adecuadas y los movimientos normales.

Rizotomía selectiva: Con esta técnica se intenta reducir la espasticidad en las piernas reduciendo la cantidad de estímulo que llega a los músculos a través de los nervios. Los médicos tratan de localizar y cortar selectivamente algunas de las fibras nerviosas sobreactivadas. Recientes investigaciones estudian la eficacia de esta técnica.

Otras técnicas: Están en estudio diferentes técnicas quirúrgicas, como la talatomía estereotáctica, para comprobar su eficacia.

Ayudas mecánicas: Desde un zapato especial hasta computadoras para comunicarse, los artefactos y máquinas especiales en el hogar, la escuela y el lugar de trabajo, pueden

ayudar al niño o al adulto con parálisis cerebral a superar sus limitaciones.

Incontinencia: La incontinencia urinaria es un problema frecuente en la parálisis cerebral, debido a la falta de control de los músculos que controlan la vejiga. La incontinencia puede presentarse como: Micción involuntaria luego de acostarse denominada enuresis, incontrolada durante las actividades físicas, conocida como incontinencia del estrés, goteo lento. Existen diferentes tratamientos como ejercicios especiales, bioretroalimentación, fármacos, cirugía o aparatos que se implantan quirúrgicamente para reemplazar a ayudar a los músculos afectados. (Lorente, 2012)

Control de movimientos anormales

En aquellas personas con la forma atetode de parálisis cerebral se les puede administrar un grupo de medicamentos que ayudan a reducir los movimientos anormales. Son los denominados Anticolinérgicos, que reducen la actividad de la acetil colina (mensajero químico que comunica a determinadas células para provocar la contracción muscular).

Medidas preventivas

El riesgo de que un niño/a padezca de parálisis cerebral disminuye cuando:

- ✚ Ha existido un buen cuidado prenatal, ya que se puede evitar los partos prematuros,
- ✚ bajo peso al nacer y las infecciones en la madre.
- ✚ La madre esta vacunada de la rubeola.
- ✚ Trauma en la cabeza. Se puede evitar con la utilización de asientos infantiles de seguridad en el automóvil y casco cuando manejen bicicletas. Además, el sentido común en el hogar, como supervisar a los niños al bañarse y guardar productos tóxicos fuera de su alcance, puede reducir el riesgo de lesiones accidentales. (A. Colver, 2014)

La causa de la parálisis cerebral se desconoce, poco puede hacerse actualmente para prevenirla, a medida que continúen las investigaciones sobre el tema a través de la investigación básica y clínica, los médicos y padres estarán mejor preparados para prevenir este problema, todo el material expuesto y examinado se considera de aplicación para el caso de estudio de la niña denominada María.

5.3.1. Caracterización de la propuesta:

El tiempo de atención fue de un año escolar una vez diagnosticada la paciente María ha

sido examinada y atendida en la Escuela de educación especial “Juntos Venceremos” del cantón Chone, presenta atetosis, ataxia y mixto, pues su diagnóstico es disartria y además se observa poca coordinación motora tanto fina como gruesa, y peculiaridades de las dos.

En el caso examinado la niña atendida fue diagnosticada por una parálisis cerebral y presenta diferentes grados de discapacidad física muy diversos, como babeo (sialorrea), afectan el control muscular de su cuerpo, una dificultad manejable, y otras afectaciones mencionadas que permiten indicar que el alcance de su lesión cerebral es leve.

Las convulsiones, los problemas del habla y de la comunicación y el retraso mental es parte de la vida de María por la parálisis cerebral, ha requerido tratamiento continuo y terapia de lenguaje para su inserción familiar, escolar, social, para poco a poco insertarse en la educación especializada de la Escuela de educación especial “Juntos Venceremos” del cantón Chone”. En el ámbito escolar se solicitó información a su docente sobre su asistencia, repetición de años, su integración en clase, métodos y estilos de enseñanza aprendizaje, evolución en el aula, nivel de atención participación y constancia de María.

Revisión de sus notas escolares de un año con otro para observar su evolución en las notas, y conocer su progreso académico en los diversos años, observación directa de su comportamiento en el aula y de sus tareas escolares, además de la aplicación de test estandarizados y entrevistas para conocer su nivel de inteligencia y medir su coeficiente y se observó que su problema es leve.

En la competencia curricular le resulta difícil la lectura de forma silábica lo cual dificulta su comprensión y la escritura, debido a las faltas de ortografía tanto natural como visual, no reflexiona ante los problemas ni revisa sus tareas luego de terminarlas para las correcciones debidas. En lo relacionado a la socialización la niña María se integra fácilmente con sus compañeras y la docente.

El tratamiento para María se estima un año escolar, sin embargo las sesiones variaran acorde con la evolución favorable del tratamiento, lo cual no se reportó a los padres para no crear falsas expectativas en el caso de que sea necesario incrementar las sesiones de intervención. La intervención se efectuaron en sesiones de forma inicial a diario y luego se fueron distanciando a tres días por semana finalizando a una vez por semana para control y mantenimiento de acuerdo a la evolución de María, a continuación un esbozo de cuatro sesiones con un tiempo de duración de 45 minutos, las cuales se realizaran de forma personal y en ocasiones en grupo para lograr la integración.

Se aplicó un modelo convencional con la paciente María, en la sesión uno se consideró: Mediante un juego se le muestra un objeto familiar luego se le tapa los ojos para desorientarlo y se lo guía de forma oral indicando el lugar donde se encuentra, con la finalidad de mejorar la orientación espacial, desarrollar la capacidad de percepción y comprensión auditiva con y sin referencias visuales, para que adquiriera los conceptos de estructuración espacial: arriba, abajo, delante, detrás, izquierda, derecha.

La sesión dos: Se realiza el juego de la misma forma que se indicó en la sesión uno con un compañero de clases con el fin de fomentar la socialización y María es la que lo dirige igual que a ella se repite el proceso, solo que en este caso ella es la que dirige al estudiante.

La sesión tres: Se le solicita señalar con colores lo señalado por la docente, y la construcción de oraciones para desarrollar la comprensión lectora, la capacidad de análisis y categorización y favorecer la atención.

La sesión cuarta: Completar un dibujo, señalar lo solicitado, realizar dibujos, ordenar palabras en orden alfabético, el objetivo mejorar la comprensión lectora, cumplir de forma correcta las órdenes escritas, lograr la orientación espacio-temporal, explicar de forma oral los acontecimientos pasados utilizando expresiones.

Por lo expuesto acorde con los conocimientos de expertos en la materia y evaluado y aplicado para su integración educativa y social, también se considera importante que sus progenitores en su hogar una vez informados y asesorados sobre las actividades y ejercicios consideren importante aplicarlas con María las mismas que son adecuadas a sus necesidades, para lo cual el programa se divide en tres periodos:

Primer periodo: Radica en la tonificación perceptiva múltiple de las áreas visual, auditiva, gustativa y olfativa, motivación de movimientos activos de los cuatro miembros, apremio de reacciones de enderezamiento de cuello, posiciones de supino (con el dorso hacia abajo) y prono (dorso hacia arriba), estimulación de cambios de supino a prono, lo cual debe ser observado por los padres para expresarlo a la terapeuta de forma que la misma elabore de acuerdo a los sucesos la ayuda correspondiente.

Segundo periodo: El proceso de tonificación debe ser de tipo senso-perceptiva múltiple, estimulación cinestésica en pelota, animando la coordinación ojo – mano, mano – boca, mediante la practica continua de canciones sencillas, luego ejercicios para tonificar y ayudar al equilibrio de cuello y tronco e inicio de cambios de prono a supino.

Tercer periodo: Es necesario seguir con la motivación senso – perceptiva múltiple, estimulación de equilibrio de tronco en posición de sentado, estimulación de las reacciones de equilibrio, esquema corporal, integración de reflejos de defensa, estimulación de la presión consciente y coordinación viso - motriz.

Considerando la edad de la paciente María de 13 años de edad la cual durante un año se le ha practicado terapia de lenguaje, es de recordar que el tratamiento no se termina cuando la paciente se retira del centro de educación al cual asiste, las actividades terapéuticas continúan en su casa. Por lo que la terapeuta debe entrenar a los padres y a la niña sobre la estrategia y los ejercicios que le ayudaran a desenvolverse en el hogar, escuela y en la comunidad en general. El sistema que se propone para atender el problema del babeo (sialorrea), el cual se produce por un control poco adecuado de los músculos de la garganta, la boca y lengua, lo cual puede provocar dos dificultades como la irritación de la piel y problemas de índole social, que puede conducir al aislamiento en algunos niños.

En el caso de María aplica la técnica llamada bio retroalimentación, la misma que consiste en hacerle notar que se está babeando y ayudarle a controlarlo mediante manejar los músculos lo cual hace que cierre la boca, esta terapia fue posible aplicarla y que funcione porque la edad mental del estudio de caso tiene una edad mayor a los tres años, y además está motivada para controlar el babeo (sialorrea), recordando que no es socialmente aceptado. Las diversas y promisorias líneas de investigación para la prevención y tratamiento de la parálisis cerebral permiten ser optimistas, ya que el principal objetivo en el procedimiento de la parálisis cerebral es lograr que en el caso de María alcance el máximo grado de independencia acorde a su potencial como persona.

A pesar de que María como una persona con discapacidad enfrenta limitaciones en su inserción familiar, educativa y social, con la aplicación terapéutica realizada para una persona con disartria podrá enfrentarse a las diversas barreras físicas, sociales que le impiden tener una vida plena, si la institución continua con su buen deseo de invertir en crear un ambiente y una cultura de aceptación para lograr su inserción como se lo ha estado realizando.

5.3.2. Descripción de las necesidades que resuelve de acuerdo al diagnóstico de campo.

De acuerdo a la importancia del estudio planteado para mejorar el habla, lenguaje y

tonicidad muscular de la niña denominada María con diagnóstico de parálisis cerebral infantil en la Escuela de educación especial “Juntos Venceremos” del cantón Chone, se considera un plan de rehabilitación que incluya:

Un esquema de estimulación temprana múltiple, desde que el niño/a nace hasta los dos años de edad el cual debe proporcionar a la niña en el caso de María la experiencia necesaria para desarrollar al máximo su potencial psicomotor. Es necesario la elaboración de un bosquejo de estimulación especializada y correctiva acorde a su lesión, el cual debe radicar en un entrenamiento para realizar funciones específicas, con una interrelación de las áreas donde se va a desenvolver con el fin de mejorar sus habilidades motoras y estimular la conducta acorde a su edad, favoreciendo la interacción personal y social.

Acorde con el diagnóstico de campo sustentado en los objetivos planteados en el estudio de caso. Se plantea una propuesta de intervención para mejorar el lenguaje y tonicidad muscular de la niña María con diagnóstico de parálisis cerebral infantil, mediante la determinación de disartria se considera importante no solo la intervención de la profesional en la Escuela de educación especial “Juntos Venceremos” del cantón Chone, sino también de la capacitación de los padres para la continuidad de las terapias en su hogar de forma que se pueda lograr las metas propuestas de independencia de la niña diagnosticada.

En lo correspondiente a la socialización este es un proceso social y cultural continuo en el que la persona, en este caso María debe aprender los diferentes papeles, hábitos y conductas forzosos para enfrentarse a los compromisos cotidianos en su vida familiar, educativa y social. Con respecto a la psicomotricidad requiere continuar en el aprendizaje para un desarrollo integral, se deben examinar las diversas áreas que le afectan como:

- ✚ La destreza motora fina, la cual permite ayudar en la coordinación viso – motora, los movimientos de las manos deben convertirse en el punto de atención, por lo tanto debe utilizarse objetos que se puedan observar, tomarlo y manipularlo, como la plastilina, la niña María debe poco a poco adquirir las habilidades de acuerdo a su etapa del desarrollo.
- ✚ Sobre el esquema corporal: la niña María debe reconocer su propio cuerpo y establecer la situación de sus determinadas partes
- ✚ Mediante canciones sencillas y de fonemas ayudarla a mejorar su lenguaje.

Fue posible examinar los conocimientos especializados actualizados acorde con la

formación obtenida en la carrera de terapia de lenguaje para elaborar la propuesta de intervención efectuada en el centro educativo y en el hogar de María de forma que la misma mejore las relaciones familiares, educativas y sociales.

5.4. PLANTEAMIENTO DE LA PROPUESTA

5.4.1. Actividades y tareas

Propuesta de tratamiento de la estimulación temprana para mejorar las condiciones que presentó María, las cuales se consideran con la matriz siguiente:

Tabla No 1

Objetivo específico	Actividad vinculada	Tareas a desarrollar
Facilitar las condiciones fisiológicas, educativas, sociales y recreativas mediante una propuesta de intervención para su crecimiento y desarrollo integral.	Terapia de Lenguaje	Actividades para el habla, manejar los músculos, ejercicios cerrar la boca, soplar botellas, globos, entre otros.
Fomentar el espíritu de curiosidad y la capacidad de observación para la comprensión, acción e interpretación del mundo que la rodea.	Uso de instrumentos para desarrollar el área motora fina.	Materiales como plastilina, papel, lápices de colores, marcadores, hilos, botones, entre otros, realización de dibujos
Proporcionar los instrumentos básicos que estimulen los procesos de maduración y aprendizaje.	Psicopedagogía escolar	Juego de orientación espacial, objetos para encontrar, peluches, alimentos, flores, entre otros.
Realizar charlas con los padres de familia para explicar tareas practicas a efectuar en su hogar para mejorar las relaciones familiares	Exposición de charlas de capacitación a padres de familia	Cuaderno de apuntes, xerocopias de aplicaciones prácticas especializadas, lapicero, etc.

Elaborado: Angélica Ibarra

6. BIBLIOGRAFÍA

A. Colver, C. F. (2014). Parálisis cerebral. *Lancet*, 49.

Bachrach, S. J. (1 de Julio de 2012). <http://kidshealth.org/es/prents/cerebral-palsy-esp.html>. Obtenido de <http://kidshealth.org/es/prents/cerebral-palsy-esp.html>: <http://kidshealth.org/es/prents/cerebral-palsy-esp.html>

Castellanos, G. R. (2010). Factores antenatales de riesgo de parálisis cerebral. *Scielo*, 20.

Enrique Moraleda Barreno, M. J. (2012). La parálisis cerebral como una condición. *Scielo-Colombia*, 8.

Gallo, S. M. (2017). *Adquisición del Lenguaje*. Barcelona-España: Tea Ediciones.

GH. Noritz, N. M. (2013). Pediatría de Neuromotor. *Texto Pediatrico de la Academia Americana*, 131.

Giler, L. G. (5 de Enero de 2017). Caso de Parálisis cerebral infantil. (A. Ibarra, Entrevistador)

Laura Fernandez, S. P. (9 de Mayo de 2011). <http://www.efisioterapia.net/articulos/metodo-bobath-paralisis-cerebral-infantil>. Obtenido de <http://www.efisioterapia.net/articulos/metodo-bobath-paralisis-cerebral-infantil>: <http://www.efisioterapia.net/articulos/metodo-bobath-paralisis-cerebral-infantil>

Lorente, L. (2 de Enero de 2012). <http://www.fundacionobligado.org.ar/wp-content/uploads/2012/08/Actualizacion-del-Concepto.pdf>. Obtenido de <http://www.fundacionobligado.org.ar/wp-content/uploads/2012/08/Actualizacion-del-Concepto.pdf>: <http://www.fundacionobligado.org.ar/wp-content/uploads/2012/08/Actualizacion-del-Concepto.pdf>

Muñoz, A. M. (10 de Marzo de 2010).

<http://www.fundacionborjasanchez.org/upload/documentos/20110607142811.la-paralisiscerebral.pdf>. Obtenido de <http://www.fundacionborjasanchez.org/upload/documentos/20110607142811.la-paralisiscerebral.pdf>:

ww.fundacionborjasanchez.org/upload/documentos/20110607142811.laparalisis cerebral.pdf

Mv. Johnston, R. K. (2016). *Encephalopathies*. Philadelphia: Nelson Text book of Pediatrics 20th ed.

R. Nass, G. R. (2012). Discapacidades del Desarrollo. *Elsevier Saunders*, 61.

Robaina Castellanos GR, R. R. (2009). Prevalencia y tendencias de la parálisis cerebrales en Matamzas. *Scielo*, 59.

Salas, A. C. (20 de Noviembre de 2010).

http://www.fundacionborjasanchez.org/upload/documentos/20110609172559.papalisi_cerebral,_concepto_y_registros_de_base_poblacional.pdf. Obtenido de http://www.fundacionborjasanchez.org/upload/documentos/20110609172559.papalisi_cerebral,_concepto_y_registros_de_base_poblacional.pdf: http://www.fundacionborjasanchez.org/upload/documentos/20110609172559.papalisi_cerebral,_concepto_y_registros_de_base_poblacional.pdf

Victor Santiuste, J. G. (2010). *Dificultades de aprendizaje e intervencion psicopedagogica*. Madrid-España: CCS.

7.- ANEXOS.



ANEXO No 1

**UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABÍ
EXTENSIÓN CHONE**

Entrevista dirigida a: Lcda. Gina Mendoza Giler terapeuta en la Escuela de educación especial “Juntos Venceremos” del cantón Chone.

OBJETIVO: Intervenir para mejorar el habla, lenguaje y tonicidad muscular de una niña con diagnóstico de Parálisis cerebral infantil en la Escuela de educación especial “Juntos Venceremos” del cantón Chone.

PREGUNTAS

En su diagnóstico que instrumentos utilizo para conocer y evaluar a la niña denominada María.

.....
.....

Considera importante el uso de terapia de lenguaje para ayudar a mejorar a la estudiante de nombre María.

.....
.....

Le parece que la aplicación de terapia de lenguaje ayudara a María en su inserción familiar, educativa y social.

.....
.....

Cree usted importante la terapia de lenguaje para mejorar el habla, lenguaje y tonicidad muscular de la niña llamada María.

.....
.....

Cuales consideran que son los instrumentos para desarrollar las áreas motoras gruesa y fina.

.....
.....

En su opinión la disartria se puede considerar con la aplicación de terapia de lenguaje.

.....
.....

Para usted la intervención permite la aplicación de terapias específicas para ayudar a la paciente.

.....
.....

Gracias por su ayuda!



ANEXO No 2

**UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABÍ
EXTENSIÓN CHONE**

Entrevista dirigida a: Mamá de María

OBJETIVO: Intervenir para mejorar el habla, lenguaje y tonicidad muscular de una niña con diagnóstico de Parálisis cerebral infantil en la Escuela de educación especial “Juntos Venceremos” del cantón Chone.

PREGUNTAS

¿Conoce que es la parálisis cerebral infantil?

.....
.....

¿Considera importante la terapia de lenguaje para ayudar a su hija María con diagnóstico de Parálisis cerebral infantil?

.....
.....

¿En su opinión la terapia de lenguaje ayudara en la madurez y aprendizaje de su hija María?

.....
.....

¿Le agradaría asistir a charlas para capacitación de actividades prácticas para ayudar a su hija María en el hogar?

.....
.....

Gracias por su colaboración



ANEXO No 3

UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABÍ
EXTENSIÓN CHONE

Ficha de observación: A María.

OBJETIVO: Intervenir para mejorar el habla, lenguaje y tonicidad muscular de una niña con diagnóstico de Parálisis cerebral infantil en la Escuela de educación especial “Juntos Venceremos” del cantón Chone.

ASPECTOS A OBSERVAR	SI	NO	EN PARTE	OBSERVACIÓN
Asiste con regularidad a la terapia				
Le agrada realizar las tareas que se le asignan				
Participa con familiaridad con la terapeuta				
Va con frecuencia a la escuela				
Le agrada compartir con sus compañeros				
Colabora con la docente				
Cumple con las tareas asignadas en la escuela				
Realiza las tareas escolares en su hogar				
Está motivada para aprender en la escuela				

ANEXOS

ANEXO No 4

FOTOS

ENTREVISTA A LA TERAPEUTA



ENTREVISTA A LA MADRE DE FAMILIA



**REALIZANDO ACTIVIDAD TERAPÉUTICA CON LA NIÑA
DIAGNOSTICADA**

