



Universidad del Azuay

Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la
Educación

Escuela de
Educación Especial y Pre-escolar

**MÉTODOS ALTERNATIVOS DE
COMUNICACIÓN DIRIGIDA A NIÑOS DE 3 A
5 AÑOS CON PARÁLISIS CEREBRAL
INFANTIL DEL CENTRO INTEGRAL
FONOAUDIOLÓGICO CIFA DE LA CIUDAD
DE CUENCA.**

TRABAJO DE GRADUACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
LICENCIADA EN EDUCACIÓN ESPECIAL Y PREESCOLAR

Autora:

Lorena Gaviláñez Flores

Directores:

Mgt. Eulalia Tapia Encalada

Cuenca – Ecuador

2016

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado principalmente a Dios por ser mi guía y mi luz en este camino, a todas las personas que de alguna forma ayudaron para culminar con esta tarea y de manera muy especial a mi madre, por ser el pilar fundamental por darme la fuerza y valor para seguir adelante en este sueño que hoy se convierte en realidad

AGRADECIMIENTO

Al finalizar un trabajo tan arduo como el desarrollo de la tesis, quiero expresar mis sentimientos de agradecimiento a personas e instituciones que han facilitado las cosas para que este trabajo se culmine con éxito. Agradezco a mi tutora Mgt. Eulalia Tapia por su apoyo y confianza que me brindó para realizar este trabajo, además de una manera muy especial a las personas que trabajan en la escuela de Filosofía como administrativos, secretarios, etc y a mi profesora Mgt Ximena Vélez por su ayuda brindada en este trabajo, al tribunal asignado y sobre todo agradezco a Dios por ser mi fuerza y el motor de mi vida.

ÍNDICE

1 Capítulo 1 : Parálisis cerebral y metodos alternativos de comunicación.....	1.
1.1 Parálisis Cerebral	1
1.1.1 Definición	1
1.1.2 Causas	1
1.1.3 Tipos de parálisis cerebral infantil.....	2
1.1.4 Condiciones asociadas a la parálisis cerebral	3
1.2 Comunicación	4
1.2.1 Definición	4
1.2.2 Importancia de la comunicación.....	4
1.2.3 Tipos de comunicación	5
1.2.4 El canal de comunicación	6
1.3 Sistemas Aumentativos y Alternativos de Comunicación (SAAC).....	6
1.3.1 Definición	6
1.3.2 Importancia de los SAAC.....	6
1.3.3 Clasificación de los SAAC	6
1.3.4 Tipos de sistemas alternativos con ayuda.....	8
1.3.5 Los sistemas de comunicación con ayuda más usados.....	10
1.3.6 Valoración y análisis para el Sistema Alternativo con ayuda	11
1.4 Conclusiones	12
2 Capítulo 2: Diagnóstico.....	13
2.1 Metodología	13
2.1.1 Enfoque de la investigación.....	13
2.1.2 Modalidad básica de la investigación	13
2.2 Población y muestra.....	13
2.3 Instrumentos.....	14
2.3.1 Plan de recolección de la información.....	14
2.3.2 Criterios de puntuación (Brunet Lézine):	14
2.4 Resultados	15
2.4.1 Resultados del Test de BrunetLézine	15

2.4.2	Resultados del Método de Observación directa	19
2.4.3	Resultados de la Entrevista a padres	33
2.5	Interpretación de datos y resultados.....	40
2.6	Conclusiones	41
3	Capítulo 3 métodos alternativos de comunicación y aplicación.....	42
3.1	Caso 1	42
3.2	Caso 2	43
3.3	Caso 3	44
3.4	Plan de intervención de los sistemas alternativos de comunicación.....	46
3.4.1	Presentación:.....	46
3.4.2	Desarrollo de las sesiones:.....	47
4	Capítulo 4 : Análisis individual de resultados del método alternativo de comunicación y socialización a padres.....	50.
4.1	Análisis de resultados del proceso de intervención	51
4.2	Socialización.....	52
4.3	Conclusiones	53
4.4	Recomendaciones	54
4.5	Referencia bibliográfica	55
	ANEXO	56

MÉTODOS ALTERNATIVOS DE COMUNICACIÓN DIRIGIDA A NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS CON PARÁLISIS CEREBRAL DEL CENTRO INTEGRAL FONOAUDIOLÓGICO CIFA DE LA CIUDAD DE CUENCA.

RESUMEN

Esta investigación es de campo, descriptiva y experimental en la cuál se pretende implementar un método alternativo de comunicación a los 3 niños con parálisis cerebral infantil de 3 a 5 años de edad, del Centro Integral FonoAudiológico C.I.F.A de la ciudad de Cuenca.

Se parte del diagnóstico a través de una entrevista dirigida a los padres, una evaluación de desarrollo con la escala de Brunet Lezine y una ficha de observación dirigida a los niños, para identificar necesidades y potencialidades que permitan la elaboración y aplicación de un sistema alternativo adecuado para cada niño y socializar a padres y docentes con el fin de que se utilice este método en todos los contextos y favorecer su comunicación

Palabras claves: método alternativo, parálisis cerebral infantil, comunicación.

**ALTERNATIVE COMMUNICATION METHODS AIMED AT 3 TO 5 YEARS
OLD CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY FROM C.I.F.A INTEGRAL
PHONOAUDIOLOGICAL CENTER OF THE CITY OF CUENCA**

ABSTRACT

This is a field, descriptive and experimental research which aims to implement an alternative method of communication to be applied to 3 children with cerebral palsy from 3 to 5 years of age who attend C.I.F.A Integral Phono audiological Center in the City of Cuenca.

This research starts with a diagnosis performed through an interview conducted to parents, a development assessment by the application of the Brunet-Lezine Scale, and an observation sheet made to the children in order to identify needs and potentialities. Therefore, this information will make possible to carry out the development and implementation of a suitable alternative system for each child, as well as a debriefing process with parents and teachers so that this method is used in all contexts to promote communication.

Keywords: Alternative Method, Infantile Cerebral Palsy, Communication.




Translated by
Lic. Lourdes Crespo

CAPÍTULO I

1. PARÁLISIS CEREBRAL Y MÉTODOS ALTERNATIVOS DE COMUNICACIÓN

Introducción

En este capítulo se aborda la parte teórica, partiendo del concepto de parálisis cerebral infantil, características, tipos de parálisis, hasta las definiciones de comunicación, su importancia, tipos, métodos alternativos y aumentativos de comunicación, clasificación, valoración y análisis para el sistema alternativo con apoyo.

Aportes científicos que guiarán la presente investigación y servirán de referente para elaborar un método alternativo de comunicación para los niños con parálisis cerebral infantil del Centro Integral FonoAudiológico CIFA.

1.1 Parálisis Cerebral

1.1.1 Definición

La Parálisis Cerebral es un grupo de patologías en las que se produce una disfunción del sistema motor como consecuencia de un daño encefálico difuso en un cerebro inmaduro, instalando una encefalopatía no progresiva. Estas alteraciones del sistema motor pueden o no estar acompañadas de otros déficits.

Los déficits se clasifican en:

- Deficiencia mental.
- Sensoriales (ceguera, sordera).
- Alteraciones del habla y lenguaje.
- Déficit atencionales. Alessandri (2015, p.121)

1.1.2 Causas

Las causas de parálisis cerebral infantil según Hernández (2010, p.6), están divididas en: prenatal, perinatal y posnatal.

1.1.2.1 Prenatal

Ocurre antes del nacimiento:

- Hemorragia materna.
- Hipertiroidismo materno.

- Fiebre materna.
- Corioamnionitis (infección de las membranas placentarias y del líquido amniótico que rodea el feto dentro del útero.)
- Exposición a drogas o toxinas.
- Factores genéticos
- Malformaciones generales.
- Infecciones: sífilis, rubeola, toxoplasma, herpes, hepatitis, o por el virus de la inmunodeficiencia adquirida (VIH).
- Factores genéticos.

1.1.2.2 Perinatal

Ocurre en el momento del nacimiento:

- Prematuridad (cuando la edad gestacional es menor a las 37 semanas).
- Asfixia perinatal (alteración en la oxigenación cerebral)
- Hiperbilirrubinemia (por aumento de la cifra de bilirrubina en la sangre, que da origen a una ictericia).
- Infecciones perinatales.

1.1.2.3 Postnatal

Ocurre después del nacimiento:

- Traumatismos craneales.
- Meningitis.
- Encefalitis (procesos inflamatorios agudos del sistema nervioso central)
- Hemorragia intracraneal.
- Hidrocefalia (por aumento del líquido cefalorraquídeo intracraneal y presión aumentada en algún momento de su evolución)
- Tumores intracraneales.

1.1.3 Tipos de parálisis cerebral infantil

François y Martínez (2005), clasifican a la parálisis cerebral de la siguiente manera:

1.1.3.1 Parálisis Cerebral Espástica (Espasticidad)

Aumento exagerado del tono muscular (hipertonía) movimientos exagerados y poco coordinados en el cual afecta al 70% - 80% de los pacientes.

1.1.3.2 Parálisis Cerebral Atetósica o Discinética (Atetosis)

Pasa de hipertónico a hipotónico, existen movimientos lentos, sin coordinación ni control, estos movimientos afectan: pies, brazos, piernas, manos, en algunos casos, los músculos de la cara y la lengua, lo que provoca hacer muecas o babear, pudiendo aumentar con el estrés emocional del niño y desaparecen cuando duermen.

1.1.3.2 Parálisis Cerebral Atáxica

Descoordinaciones y problemas motores, tanto fina como gruesa, las personas que sufren de ataxia su caminar es inestable poniendo los pies muy alejados el uno del otro.

1.1.3.3 Parálisis Cerebral Mixta

Este tipo de parálisis es el más común, en el cuál se muestra una combinación de los tipos mencionados anteriormente, entre las más frecuentes tenemos: la atetosis y la espasticidad.

Aparte la parálisis se puede clasificar según su tipo, en:

- **Hipertónico:** aumento del tono
- **Isotónico:** tono normal
- **Hipotónico:** tono disminuido
- **Variable**

Según la parte del cuerpo afectada:

- **Hemiplejía:** afectado uno de los dos lados del cuerpo
- **Monoplejía:** afectado un solo miembro
- **Diplejía:** la mitad inferior está más afectada que la superior
- **Triplejía:** están afectados tres miembros
- **Cuadriplejía:** los cuatro miembros están paralizados
- **Paraplejía:** afectados los miembros inferiores

Según el grado de afectación:

- **Grave:** no existe autonomía
- **Moderada:** tiene autonomía o necesita alguna ayuda existente
- **Leve:** tiene autonomía

1.1.4 Condiciones asociadas a la parálisis cerebral

Hernández (2010), explica que las condiciones que se encuentran afectadas en la parálisis cerebral son:

- **Alimentación**

Es frecuente que los niños con parálisis cerebral tengan dificultad de succión-masticación, (tragar los alimentos), retardando la ingesta de alimentos sólidos, lo que puede llevar a desnutrición, que se observa en el bajo peso y talla.

- **Circulación y respiración**

Ya que los niños con parálisis cerebral infantil se mueven muy poco tienden a presentar fallas en su circulación, especialmente en los pies. La falta de fuerza en los músculos que ayudan a toser hace que puedan presentar infecciones respiratorias frecuentes (gripa, bronquitis).

- **Convulsiones y epilepsia**

Generalmente aparece durante los dos primeros años de vida; pero, también puede comenzar a cualquier edad. Uno de cada tres niños con parálisis cerebral puede presentarlas.

A menudo, estos ataques se pueden controlar con medicación.

- **Deformaciones de los huesos**

Se muestran como consecuencias del escaso movimiento y las posturas inadecuadas de los niños que sufren parálisis cerebral. Estas, no son tan claras en los bebés, pero se hacen más evidentes a medida que crecen. La más frecuente es la escoliosis (deformidad en la columna) contracturas (dificultad para estirar las rodillas, los codos, las piernas y los pies), luxaciones de cadera (el hueso de la cadera se sale de su lugar).

- **Visual y auditivo**

En cuanto a la visión, es frecuente, especialmente en los bebés prematuros que los movimientos de los ojos no sean coordinados o se desarrolle un estrabismo (bizco), aunque, puede ser corregido con gafas o en casos más graves con una operación.

Las alteraciones auditivas se muestran con mayor frecuencia en casos de parálisis cerebral Atetósica, pudiendo ir desde dificultades para escuchar o discriminar sonidos, hasta una sordera total, también pueden tener infecciones en el oído como cualquier otro niño o niña.

- **Comunicación y lenguaje**

Los niños con parálisis cerebral infantil pueden tardar más tiempo para decir y comprender palabras y frases. Su habla puede ser poco entendible, debido a la dificultad de movimientos de los órganos encargados de ella.

- **Aprendizaje y nivel intelectual**

Los niños con parálisis cerebral tienden a presentar un modo y ritmo de aprendizaje, distintos, como consecuencia de la lesión cerebral, por ejemplo, requieren mayor tiempo para el aprendizaje de nociones como: colores, números, formas, lateralidades, entre otras.

- **Socio-afectivo y del comportamiento**

Como todo niño y niña tiene características de personalidad propias; no obstante, algunos niños o niñas pueden manifestar mayor irritabilidad y cambios bruscos en su estado de ánimo, en otros casos pueden presentar timidez, inseguridad, temor y problemas para relacionarse con los demás.

Estas etapas, son el resultado de la forma de crianza y las pocas oportunidades de compartir con otras personas y en diferentes lugares.

1.2 Comunicación

1.2.1 Definición

Según Albuérne y Pino (2013), “La comunicación es la transmisión de señales mediante un código común, entre un emisor y un receptor”.

1.2.2 Importancia de la comunicación

La comunicación es hacer partícipe de lo que uno tiene, quiere o siente, expresando pensamientos, emociones, necesidades.

La comunicación puede ejecutarse a través de algunas vías, utilizando cualquiera de los sentidos, con la ayuda de gestos, expresiones faciales o corporales, para que la comunicación no se vea limitada sólo a la lengua hablada y escrita.

Para establecer una comunicación se puede realizar de diferentes maneras: mímico, corporal, gestual, pictográfico, entre otros. Albuérne y Pino (2013)

1.2.2.1 Comunicación eficaz

Según Albuérne y Pino (2013), “Para individuos en situación de dependencia es importante mantener una comunicación eficaz con las personas de su entorno...”

Para lo cual los mensajes tienen que ser:

- Claros, simples, utilizando frases cortas, utilizando palabras que se acoplen a las posibilidades del receptor.

- Bien vocalizados y articulados.
- Llamativos y estimulantes para la persona, apoyando la información con ayudas extras o gestos corporales.

Además, es importante tomar en cuenta lo siguiente:

- Atender con atención cuando otra habla.
- Impedir información y expresiones que obstaculicen la comunicación.
- Es muy importante realizar una retroalimentación para saber si ha entendido el mensaje y aclarar lo que sea necesario.

1.2.3 Tipos de comunicación

Para Albuérne y Pino (2013) los tipos de comunicación son:

- **Comunicación verbal**

Esta comunicación, puede realizarse de manera oral, a través de signos orales (gritos, llanto, risa, silbidos) y de la palabra hablada, y de manera escrita por medio de la representación gráfica de signos (alfabetos, logotipos).

- **Comunicación no verbal**

Cuando hay un proceso de comunicación, solo una parte de la información se adquiere del proceso de la palabra, parte se recibe por los otros canales sensoriales (vista, tacto, gusto, olfato) y a través del lenguaje del cuerpo: postura, mirada, gestos, expresión, entre otros.

1.2.3.1 Ámbitos de la comunicación no verbal

Según Guillén (2011), Existen tres ámbitos de estudio de la comunicación no verbal: kinésica, paralingüística y proxémica”.

Kinésica: Trata de la comunicación no verbal, que se expresa a través del cuerpo: gestos y expresiones faciales (mirada, sonrisa, movimientos del cuerpo y postura).

Paralingüística: Trata el comportamiento no verbal, expresado, a través de la voz. (Pausas para hablar, entonación, ritmo, tono, volumen, timbre, fluidez.)

Proxémica: tiene que ver con la proximidad o distancia física que existe entre las personas que mantienen una comunicación y que depende del grado de confianza y el tipo de relación.

1.2.4 El canal de comunicación

El proceso comunicativo requiere un canal de transmisión de las señales, este canal sería el medio físico en la que se transmite la comunicación y éste se divide en:

- Auditivo-oral
- Visual
- Olfativo
- Táctil
- Gustativo

1.3 Sistemas Aumentativos y Alternativos de Comunicación (SAAC)

1.3.1 Definición

Los sistemas aumentativos y alternativos de comunicación son maneras distintas de expresión al lenguaje hablado, estos tienen como objetivo aumentar (aumentativo) o compensar (alternativos) la comunicación entre dos o más personas.

La comunicación es importante para todos, para una mejor relación social, para tener participación dentro del entorno, entre otras, hoy en día, y gracias a estos sistemas alternativos, todos los niños, jóvenes, adultos y ancianos que por alguna causa no han adquirido o han perdido el habla, ya pueden mejorar sus procesos comunicativos.

Para Basil, Soro-Camats y Rosell (1998) “varias de las razones que hacen necesario el uso de los SAAC son precisamente los problemas de parálisis cerebral, la discapacidad intelectual, entre otros”.

1.3.1.1 Sistema Alternativo

El sistema alternativo se refiere a todos los recursos que se utilizan para reemplazar el habla cuando está ausente o no sea comprensible para una persona que no posee una habilidad para comunicarse mediante el habla.

La escritura, los signos manuales o los signos gráficos son sistemas alternativos de comunicación. (González, 2002)

1.3.1.2 Sistema Aumentativo

Se refiere a aquellos recursos que refuerzan, ayudan o apoyan a aumentar el habla. (González, 2002)

1.3.2 Importancia de los SAAC

Según Gaspar González (2002), “lo que buscan estos sistemas es aportar un medio para que todas las personas, por encima de su diagnóstico, accedan a una comunicación exitosa con su entorno”.

1.3.3 Clasificación de los SAAC

Según Albuérne y Pino 2013 Los sistemas aumentativos y alternativos de comunicación se clasifican en:

- **Sistemas de comunicación con ayuda**

Requieren de productos de apoyo y otras tecnologías como soporte para su utilización (tablero de símbolos, lápiz).

- **Sistemas de comunicación sin ayuda**

No requiere apoyo externo, usan como ayuda los gestos ejecutados por la propia persona.

1.3.4 Tipos de sistemas alternativos con ayuda

Una vez decidida un uso de sistema de comunicación con ayuda, será preciso valorar el soporte más apropiado, que servirá de apoyo para establecer una comunicación.

Los productos de apoyo para la comunicación, son recursos tecnológicos que sirven de soporte a los símbolos del sistema de comunicación elegido.

Dentro de esta categoría se considera desde los más sencillos y básicos hasta los más sofisticados sistemas electrónicos. (González, 2002)

De acuerdo con Albuérne y Pino (2013), “los tipos de sistemas alternativos se dividen en: productos de baja tecnología y productos de alta tecnología”.

1.3.4.1 Productos de baja tecnología

- **Tableros de comunicación**

Son herramientas sencillas, de fabricación fácil y costo accesible, se utiliza papel impreso y fundas plásticas manejables o rígidas, organizan los símbolos del sistema que se adaptan en: espacio, tamaño y tipo de material según las características visuales y motrices de la persona usuaria.

Hay diversos tipos:

- **Paneles de pared:** Los gráficos se ubican en un espacio sobre la pared; donde puede comunicarse con la mirada en casos en las que resulta poco favorable el uso de otros soportes.
- **Trípticos:** láminas divididas en tres partes, para facilitar el transporte.
- **Cuadro transparente:** es un panel transparente que se pone en posición vertical con los símbolos a utilizar. Panel transparente que se coloca en

posición vertical con los símbolos del sistema. Generalmente es utilizado para señalar con la mirada.

- **Cuadernos personalizados:** Son cuadernos elaborados para cada usuario con símbolos, en un conjunto de hojas plastificadas.
- **PCM tabliercom:** Son paneles especiales que se adaptan a las necesidades concretas de cada usuario, en la parte frontal van a permitir pegar pictogramas y fotografías con velcro, estos soportes pueden ser elaborados dependiendo de la imaginación por ejemplo para llevar a la playa o piscina y no se moje.

1.3.4.2 Productos de alta tecnología

Son productos de tecnología más compleja que la anterior, permiten utilizar varios niveles de vocabulario, brindan varias posibilidades comunicativas, siempre y cuando estén adecuadas al usuario.

- **Comunicadores electrónicos**

Son dispositivos electrónicos que establece una comunicación por medio de la escritura o a través de la voz artificial. Recopilan un número determinado de palabras o frases pregrabadas con las que se consiguen producir mensajes básicos fácilmente, y tienen una pequeña pantalla en la que se muestran como texto para su lectura.

Están fabricadas para mantener conversaciones momentáneas, poder pedir algo o contestar en situaciones específicas.

Los comunicadores muestran teclas o casillas, donde, al ser pulsadas, emiten una voz, esta voz, mostrará diferentes características de acuerdo al tipo de archivo de sonido que manejen:

- **Voz digitalizada:** Al pulsar la tecla o una casilla del comunicador en donde se encuentra un pictograma o una palabra, se enciende el archivo de sonido que se encuentra pregrabado, y emite una voz digitalizada de acuerdo a la pulsación que realice. A pesar que la voz es de calidad el problema es que tiene un vocabulario limitado ya que solo se dispone del pregrabado.
- **Voz sintetizada:** las casillas que se encuentran en este comunicador se constituyen en: palabras, frases, alfabeto, donde el usuario mediante programas de voz del ordenador va a formar los mensajes que desee

enviar, este no presenta ningún límite de palabras y frases que puedan producir, pero su inconveniente es tener un sonido de menor calidad, dando como consecuencia una voz robotizada.

- **Comunicadores de pantalla dinámica:** Son dispositivos de tecnología avanzada, la cual permite aumentar el vocabulario y las imágenes de los comunicadores electrónicos, puesto que aceptan varias pantallas de selección.

Estas pantallas pueden ser: teléfonos, agendas electrónicas, tablets, entre otros, cada vez es más reducido su tamaño, en la que es de fácil traslado, para poder establecer comunicación en cualquier lugar. Varios de estos aparatos se apoyan en sistemas de programación como Windows.

- **Ordenadores personales:** Estos ordenadores de sobremesa o portátiles utilizados como soportes de los sistemas de comunicación, permiten varias posibilidades, ya que pueden servir para el aprendizaje, el ocio o como asistencia para control del entorno :(encender o apagar el televisor o luces, acceder al teléfono, abrir y cerrar las puertas y persianas, entre otras.).

- **Otros productos de apoyo para el acceso al ordenador:** Son dispositivos que se han elaborado para auxiliar en la ejecución de las actividades diarias, ayudando un aprendizaje autónomo y estableciendo nuevas vías para la comunicación.

Estos dispositivos se adaptan al movimiento voluntario de la persona usuaria, permitiendo formular y enviar mensajes.

Entre estos sobresalen los siguientes:

- **Licornio:** Son varillas que al ser colocadas en la cabeza permite utilizar el teclado normal con movimientos de ésta.
- **Dispositivos de entrada de información:** Introduce información al ordenador mediante procedimientos distintos al teclado o al ratón convencional. Están concebidos para personas que tienen dificultades tanto motoras como de comprensión.
- **Conmutadores o pulsadores:** Su funcionamiento es semejante al de un interruptor y se activa mediante diferentes técnicas de soplo. Succión, desplazamiento, presión, entre otras, en función de la presión de los movimientos de las personas.

- **Punteros o varillas:** Sirven para presionar las teclas con movimientos de alguna parte del cuerpo.
- **Pantalla táctil:** Es una tabla de plástico semitransparente que se sitúa sobre la pantalla del ordenador. La pantalla responde a la presión que se realiza sobre determinadas zonas de la misma.
- **Puntero láser:** Se usa para resaltar algo de interés, al proyectar un pequeño punto brillante de luz.
- **Teclado Braille:** Es un teclado especial con sistema Braille, para el uso de personas con deficiencia visual.
- **Emuladores de ratón:** Permiten hacer los mismos movimientos que el ratón, utilizando otras partes del cuerpo, por ejemplo: la boca.
- **Joystick:** Puede adaptarse para ser accionado con otras partes del cuerpo (barbilla, boca, etc.), en función de los movimientos voluntarios que puede realizar el usuario.
- **Lápiz óptico:** Tiene forma de lápiz grueso; uno de sus extremos se conecta al monitor a través de un cable. El lápiz tiene un pulsador que transmite la información al monitor.
- **Micrófono:** Mediante el reconocimiento de voz, el ordenador recepta una orden y emite una determinada acción preestablecida.
- **Emulador de teclado:** En la pantalla van apareciendo diferentes opciones y el cursor va señalándolas una a una. Si el usuario aprieta una tecla se seleccionará la opción marcada.
- **Carcasas:** Superficie de metacrilato con agujeros que cubren las teclas del teclado convencional, de modo que sólo pueda accederse a la tecla deseada.

1.3.5 Los sistemas de comunicación con ayuda más usados

- **Sistemas de signos gráficos**
 - **S.P.C y BLISS:** Son sistemas con varias posibilidades, ya que se pueden ajustar al nivel de comunicación y de acuerdo a las necesidades de cada niño.
 - **S.P.C:** El objetivo de los Sistemas Pictográficos de Comunicación es establecer un medio de comunicación en

personas no orales, y problemas motores y auditivos, es basado en pequeñas tarjetas con dibujos sencillos y representativos, en las cuales están acompañados de la palabra escrita, si desea puede ser realizado en diferentes colores, ejemplo: si estos representan personas de un color verbos de otro color etc., pero pueden aumentar los que se consideren importantes. Se eligen los gráficos dependiendo el nivel del niño y se coloca en un tablero. deben contener actividades que el niño realiza diariamente, preferencias, gustos, e ir cambiando según las necesidades.

- **BLISS:** este sistema fué creado como un sistema internacional de comunicación, pero es usado sobre todo en personas con parálisis cerebral. Éste consta de tarjetas con dibujos, pero sin palabras. Es de diversos colores, dependiendo de las acciones, personas, entre otras. Las tarjetas se pueden asociar con los objetos, dependiendo de las características del usuario.
- **PECS:** Es un sistema alternativo de comunicación elaborado en el año 1985, por Andy Londy y Lori Frost, como un medio de enseñanza único para personas con autismo, que luego pudieron ser desarrollados en personas con parálisis cerebral o cualquier persona con problemas comunicativos con efectividad.

Los PECS son un método interactivo de comunicación, para individuos no verbales, requiere el intercambio de un símbolo entre el individuo no hablado y el interlocutor. Un símbolo es un intercambio para iniciar una petición donde contiene una variedad de conceptos, acciones que puede ir desde lo más simple a lo más complejo realizados en 6 fases:

Fase 1 en esta fase se busca la interaccionar alumno- maestra por la que la maestra ayuda al niño para realizar la acción de entregar la tarjeta, que luego va retirando esa ayuda para que pueda hacerlo solo.

Fase 2 aumentando la espontaneidad es decir aquí el niño realiza la acción de ir hacia el tablero coger el símbolo que

desea para luego darle a la maestra, incrementar la distancia entre el niño y los símbolos.

Fase 3 Discriminación de la figura. En esta fase se realiza la discriminación de símbolos, es decir se ponen entre cuatro a cinco símbolos donde luego se irán incrementando y el niño debe discriminar el símbolo que desee.

Fase 4 Estructura de la frase con el ‘‘YO QUIERO’’ En esta fase el niño tiene que colocar el símbolo de ‘‘YO QUIERO’’ adelante del símbolo que desee ejemplo YO QUIERO manzana

Fase 5 Respondiendo a ¿Qué deseas? Aquí el niño utiliza espontáneamente una gama de conceptos, de funciones comunicativas y vocabulario, acompañados de intentos de habla si es posible

Fase 6 Respuestas y comentarios espontáneos

○ **Sistemas de signos tangibles:**

Se utilizan diferentes objetos con los que se expresa una información relacionada, por ejemplo, se puede mostrar un balón para indicar que desea jugar a la pelota. Los objetos utilizados suelen ser pequeños. Este sistema de signos palpables puede ser utilizado en personas con retraso mental grave o autistas que muestran reacción a que alguien les toque las manos.

○ **Tablero de comunicación:**

Los primeros sistemas alternativos fueron tableros de comunicación, consisten en tableros rígidos y transparentes donde se sitúan los signos que se utilizarán para establecer la comunicación entre dos interlocutores, se coloca entre ambos en posición vertical, de modo que ambos interlocutores comparten el signo del tablero.

1.3.6 Valoración y análisis para el Sistema Alternativo con ayuda

Para analizar cuál será el sistema más adecuado, es importante que primero se valore las capacidades del niño o niña en su entorno, para ello se deberá considerar lo siguiente:

- El desarrollo cognitivo (memoria, razonamiento, simbolización, atención, motivación, imitación). Su capacidad de comunicación tanto a nivel comprensivo como expresivo.
- Desarrollo de las capacidades motoras o manipulativas (coordinación, motricidad, tono postural, entre otras).
- Desarrollo en las áreas de la percepción (visual, auditiva y táctil).
- El entorno en el que se utilizará el sistema y sus posibilidades de desplazamiento. El tipo de soporte y las necesidades del usuario.

1.3.6.1 Áreas y factores para la implementación del sistema alternativo de comunicación

Gómez, Díaz y Rebollo (2010), proponen las siguientes áreas a ser tomadas en cuenta para la implementación del sistema alternativo de comunicación:

- **Área perceptiva:** visión y audición
- **Área de desarrollo:** cognitivo y social
- **Área específica de comunicación y lenguaje**
- **Área motora y manipulativa**

1.3.6.2 Factores para diseñar estos sistemas

Según Suárez (2006), los factores a tomar en cuenta para diseñar un sistema alternativo de comunicación son:

- Edad cronológica y mental
- Funcionalidad
- Interacciones
- Entorno familiar
- Preferencias

Gallardo, Palermo y Giangreco (2010, p 47-51), dicen que antes de introducir un Sistema Alternativo de Comunicación en niños con parálisis cerebral infantil es importante analizar el sistema que se va a utilizar, según las necesidades y características de cada individuo, y para que la adaptación sea positiva se debe realizar lo siguiente:

Valoración:

- Una valoración del nivel de habilidades cognitivas, lenguaje comprensivo, lenguaje expresivo, intención comunicativa, entre otras.

- Una valoración de la motricidad general, control de la cabeza, movilidad, control de las extremidades, dominancia lateral, entre otras.
- Partir de las habilidades del niño, nunca de las limitaciones que presentan los sistemas.
- El vocabulario inicial debe de partir de los deseos y necesidades básicas del niño en ese momento, utilizando elementos que sean familiares y motivadores para él.
- La estructura sintáctica debe ajustarse al nivel de comunicación del niño, cuando el vocabulario vaya aumentando se irá incrementando y siendo más complejas las estructuras.

Análisis:

- Algunas personas que usan S.A.A.C con ayuda necesitan una serie de instrumentos para señalar e indicar los elementos del vocabulario que quieren comunicar, para ello se deberán analizar los productos de apoyo disponibles para seleccionar el que mejor se ajuste a las necesidades.
- Valoración del sistema y los productos de apoyo para un usuario concreto. En esta fase el posible usuario o usuaria probará lo que se le propone, y en función de los resultados se tomará la decisión de utilizar el sistema y los productos de apoyo elegidos.
- Selección final de uno o varios sistemas y productos de apoyo. Después de haber evaluado detenidamente las necesidades y posibilidades de la persona se tomará la decisión final sobre el sistema a utilizar.

1.4 Conclusiones

La fundamentación teórica científica abordada en este capítulo servirá como base para el presente estudio, mismo que permitirá elaborar y aplicar un sistema alternativo de comunicación con ayuda, pertinente a la edad, a las características personales, familiares, educativas de cada niño con parálisis cerebral infantil, con la finalidad de favorecer su proceso de interacción y comunicación dentro de su entorno.

La investigación teórica se ha desarrollado de forma satisfactoria, cubriendo todas las dudas y mejorando los conocimientos previamente adquiridos, para un óptimo desenvolvimiento en los aspectos y exigencias de este trabajo.

CAPÍTULO II

2. DIAGNÓSTICO

Introducción

Este capítulo se enfocará en el diagnóstico de los niños con parálisis cerebral infantil del Centro Integral FonoAudiológico CIFA, con la finalidad de identificar un método alternativo adecuado a las necesidades de los niños con parálisis cerebral infantil; para ello se aplicará una entrevista a los padres, el test de desarrollo Brunet Lézine y una ficha de observación directa sobre las habilidades y funcionalidades a los 3 niños, se tabularán y analizarán los resultados; estos datos permitirán elaborar un método alternativo pertinente para cada uno de los niños motivos de estudio.

2.1 Metodología

2.1.1 Enfoque de la investigación

La presente investigación es de tipo cualitativa y descriptiva, ya que permitirá conocer el nivel de desarrollo, habilidades funcionales y conductas adaptativas que presentan los niños de 3 a 5 años. Por lo tanto, el desarrollo de este trabajo de grado no posee una respuesta anticipada a la solución del problema, es la investigación misma la que ayudará a determinar este proyecto, es decir, a través de los resultados encontrados tanto en el test de desarrollo de Brunet Lézine, observación directa y entrevista a padres, se quiere mejorar sus respuestas comunicativas con la implementación de un sistema que pueda ser aplicado por los padres de familia después de terminado el proyecto para que su comunicación mejore. Es por esta razón que la presente investigación se centra en la observación, análisis y descripción de los comportamientos de los niños en estudio.

2.1.2 Modalidad básica de la investigación

La investigación a desarrollarse será de campo, debido a que se realizará en el Centro Integral FonoAudiológico CIFA de la ciudad de Cuenca.

2.2 Población y muestra

Se tomará a todos los niños con parálisis cerebral infantil del Centro Integral FonoAudiológico CIFA que presentan problemas en la comunicación.

- **Muestra:** 3 niños con parálisis cerebral infantil.

2.3 Instrumentos

Para la evaluación del desarrollo de cada niño se utilizarán los siguientes instrumentos:

Escala de desarrollo psicomotor de la primera infancia Brunet Lézine, que tiene como objetivo valorar cuatro áreas de conducta, facilitando el conocimiento del nivel de desarrollo de los niños y niñas de cero a cinco años de edad, estas áreas son:

- Desarrollo postural
- Coordinación óculo manual
- Lenguaje
- Socialización.

2.3.1 Plan de recolección de la información.

Los procedimientos a llevarse a cabo para el presente estudio son los que se mencionan a continuación:

- Solicitar el permiso respectivo a la Directora del Centro Integral FonoAudiológico CIFA de la ciudad de Cuenca, para realizar el trabajo de investigación. (anexo1)
- Obtener el consentimiento de los padres de familia de los niños con parálisis cerebral infantil que asisten al centro. (anexo 2)

2.3.2 Criterios de puntuación (Brunet Lézine):

Para realizar la evaluación de la escala de desarrollo psicomotor de la primera infancia Brunet Lézine (anexo 3) se presentan 10 ítems por cada nivel, si el niño realiza todos los ítems de su nivel de edad se pasa a los ítems del siguiente nivel hasta que fracase en todos los ítems de un nivel, si un niño fracasa un ítem de un nivel se retrocede hasta que complete un nivel de edad sin ningún fallo, ese es el piso. Para la calificación del Brunet Lézine se toma la media que es 70, si es menos de 70 el niño presenta un retraso en el desarrollo.

Es por ello que se ha tomado esta escala de desarrollo psicomotor de la primera infancia para saber cómo se encuentran los niños en su desarrollo:

- **NORMAL:** 90 -109
- **RETRASO DEL DESARROLLO:** 76 - 89
- **RETRASO SEVERO MODERADO:** 51 - 75
- **RERASO DEL DESARROLLO GRAVE:** 26 - 50
- **RETRASO PROFUNDO:** 25 o menos

Entrevista estructurada para padres, con preguntas abiertas y cerradas, que permiten conocer el desenvolvimiento físico y emocional de los niños en sus hogares. (anexo 4)

Ficha de observación individual, dirigida a los tres niños con PCI, con base en las áreas sensorial, socialización, autoayuda, comunicación y lenguaje, cognición y motriz, utilizada para identificar las necesidades y potencialidades de cada niño. (anexo 5)

2.4 Resultados

2.4.1 Resultados del Test de Brunet Lézine

CASO 1 / Edad Real:

A **M** **D**
3 6 26

Tabla 1

Caso 1

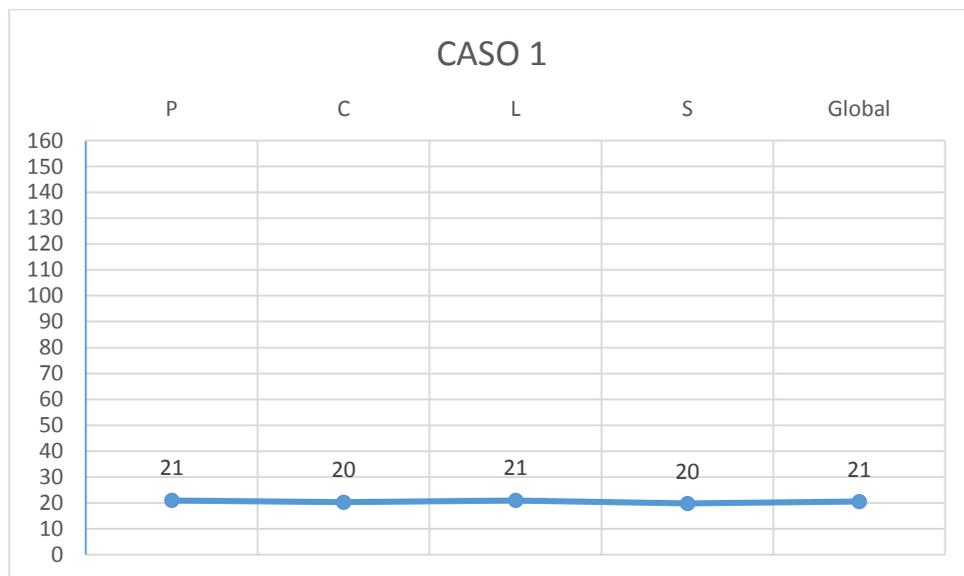
	P	C	L	S	Global
Nº de Puntos	27	30	15	16	88
AD en meses	9	8,21	9	8,21	9
AD en días	270	261	270	255	264
QD	21	20	21	20	21

Fuente: BrunetLézine

Elaborado por: Elaboración propia

Figura 1

Gráfico Caso 1



Fuente: Elaboración propia

El Caso 1, con una EC (Edad Cronológica) de 3 años, 6 meses y 26 días, se ubica en una Escala Global de 21 puntos, es decir 49 puntos menos del límite establecido como “referencia normal”, por lo que se demuestra un retraso profundo en su desarrollo QD (Cociente de Desarrollo).

CASO 2 / Edad Real:

A M D
 3 0 6

Tabla 2

Caso 2

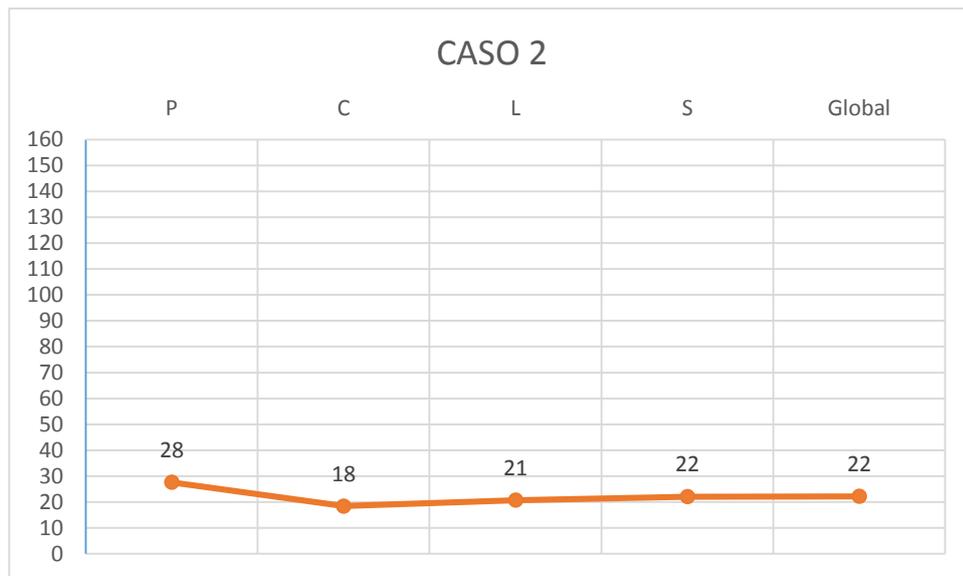
	P	C	L	S	Global
Nº de Puntos	30	22	13	15	80
AD en meses	10	6,2	7,15	8	8
AD en días	300	200	225	240	241
QD	28	18	21	22	22

Fuente: Brunet Lézine

Elaborado por: Elaboración propia

Figura 2

Gráfico Caso 2



Fuente: Elaboración propia

El Caso 2, con una EC (Edad Cronológica) de 3 años, 6 días, se ubica en una Escala Global de 22 puntos, es decir 48 puntos menos del límite establecido como

“referencia normal”, por lo que también, al igual que el Caso 1, demuestra un retraso profundo en su desarrollo QD (Cociente de Desarrollo).

CASO 3 / Edad Real:

A M D
3 9 21

Tabla 3

Caso 3

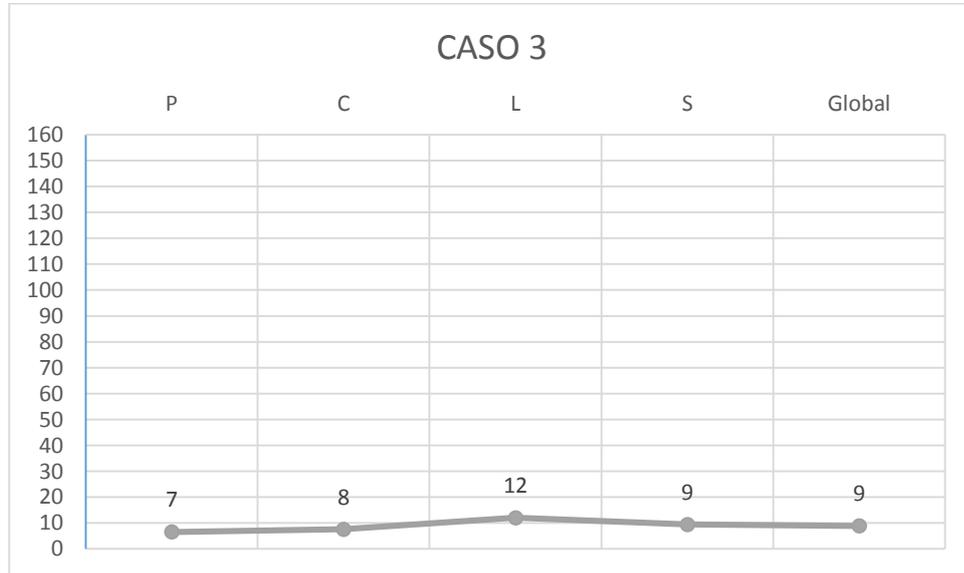
	P	C	L	S	Global
Nº de Puntos	9	11	10	9	39
AD en meses	3	3,14	5,15	4,1	4
AD en días	90	104	165	130	122
QD	7	8	12	9	9

Fuente: Brunet Lézine

Elaborado por: Elaboración propia

Figura 3

Gráfico Caso 3



Fuente: Elaboración propia

El Caso 3, con una EC (Edad Cronológica) de 3 años, 9 meses y 21 días, se ubica en una Escala Global de 9 puntos, es decir 61 puntos menos del límite establecido como “referencia normal”, por lo que con mucha mayor diferencia que los Casos 1 y 2, éste demuestra un retraso profundo en su desarrollo QD (Coeficiente de Desarrollo), es decir una inactividad psicomotora mucho más marcada.

CRUCE TRES CASOS:

Tabla 4

Cruce de Casos

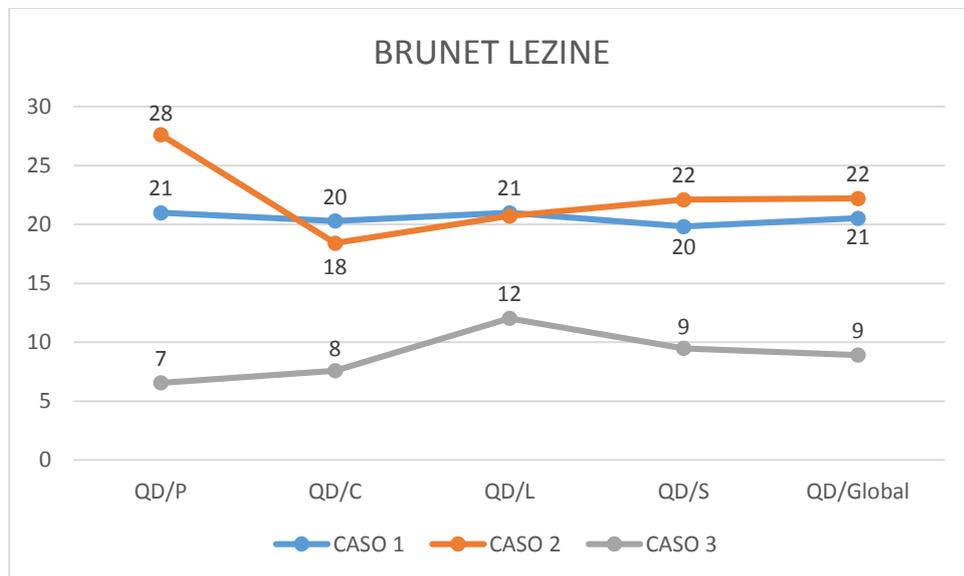
	QD/P	QD/C	QD/L	QD/S	QD/Global
CASO 1	21	20	21	20	21
CASO 2	28	18	21	22	22
CASO 3	7	8	12	9	9

Fuente: Brunet Lézine

Elaborado por: Elaboración propia

Figura 4

Gráfico Cruces de Casos



Fuente: Elaboración propia

Según el Test de Brunet Lézine, aplicado en los niños sujetos de estudio, los tres casos se ubican en una *Escala de Desarrollo Psicomotor* muy por debajo del límite (70) establecido como normal, lo que denota un nivel de desarrollo grave con una mínima actividad psicomotora, debido principalmente a la PCI (Parálisis Cerebral Infantil) que presentan estos niños.

2.4.2 Resultados del Método de Observación directa

2.4.2.1 En el ámbito Sensorial

Q1. Capacidad para seguir con su mirada un objeto, a través de tres planos diferentes:

Tabla 5

Tabla ítem 1

GRADO DE DESARROLLO		
GENERAL	# DE CASOS	%
LOGRADO	2	67
NO LOGRADO	1	33
LOGRADO CON AYUDA	0	0

Fuente: Elaboración propia

A través del método de observación fue posible percibir que el 67% de los casos estudiados cuentan con la capacidad de seguir con la mirada un objeto, en tres planos diferentes, mientras que el 33% de ellos no logran realizar esta actividad. Esto sin duda permite la incorporación de métodos alternativos de comunicación en los que se incluya el sentido de la vista.

Q2. Atiende al estímulo sonoro que se encuentra a la vista:

Tabla 6

Tabla ítem 2

GRADO DE DESARROLLO		
GENERAL	# DE CASOS	%
LOGRADO	3	100
NO LOGRADO	0	0
LOGRADO CON AYUDA	0	0

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a los estímulos sonoros que se encuentran a la vista del niño, el 100% de los casos pone atención, esto demuestra que cualquier método que se incorpore y que plantee la utilización de sonidos representativos aportará en la comunicación con los niños.

Q3. Utiliza el canal auditivo para permitir el acceso a la información:

Tabla 7

Tabla ítem3

GRADO DE DESARROLLO		
GENERAL	# DE CASOS	%
LOGRADO	3	100
NO LOGRADO	0	0
LOGRADO CON AYUDA	0	0

Fuente: Elaboración propia

A pesar de las dificultades que se presentan con una PCI, los casos estudiados actualmente utilizan en un 100% el canal auditivo como medio a través del cual reciben información por parte de sus familiares y las personas que los rodean.

Q4. Fija la mirada en un objeto:

Tabla 8

Tabla ítem 4

GRADO DE DESARROLLO		
GENERAL	# DE CASOS	%
LOGRADO	2	67
NO LOGRADO	0	0
LOGRADO CON AYUDA	1	33

Fuente: Elaboración propia

De los tres casos que han sido estudiados, el 67% logra fijar la mirada en un objeto que se le indica o muestra, mientras que el 33% restante lo logra, pero con ayuda. Lo que resulta importante a la hora de incorporar imágenes u objetos en la comunicación.

2.4.2.2 En el ámbito Social

Q5. Expresa sus sentimientos con llanto, risa, movimientos corporales, etc.:

Tabla 9

Tabla ítem 5

GRADO DE DESARROLLO		
GENERAL	# DE CASOS	%
LOGRADO	3	100
NO LOGRADO	0	0
LOGRADO CON AYUDA	0	0

Fuente: Elaboración propia

El gráfico señala claramente que el 100% de los casos logran expresar sus sentimientos a través de manifestaciones como la risa, el llanto, movimientos corporales, entre otros, lo que permite mantener, entre los niños y las personas a su cuidado, una retroalimentación básica que ayudará a distinguir entre los gustos y preferencias de los niños con PCI.

Q6. Comparte relación con personas de su entorno y fuera de él:

Tabla 10

Tabla ítem 6

GRADO DE DESARROLLO		
GENERAL	# DE CASOS	%
LOGRADO	2	67
NO LOGRADO	0	0
LOGRADO CON AYUDA	1	33

Fuente: Elaboración propia

A través de este método ha sido también posible reconocer si los niños sujetos de estudio comparten relaciones con personas de su entorno y fuera de éste; como se puede ver en la gráfica, el 67% de ellos lo logra, mientras que el 33% lo puede hacer, pero con ayuda.

Q7. Se motiva con alguna actividad:

Tabla 11

Tabla ítem 7

GRADO DE DESARROLLO		
GENERAL	# DE CASOS	%
LOGRADO	2	67
NO LOGRADO	1	33
LOGRADO CON AYUDA	0	0

Fuente: Elaboración propia

Para poder establecer los parámetros en torno a las actividades que se pueden desarrollar con este grupo de niños o de manera individual, es preciso saber que, de los tres casos estudiados, únicamente uno de ellos no logra motivarse cuando se le induce a alguna actividad.

2.4.2.3 En el ámbito de Autoayuda

Q8. Come sin ayuda:

Tabla 12

Tabla ítem 8

GRADO DE DESARROLLO		
GENERAL	# DE CASOS	%
LOGRADO	0	0
NO LOGRADO	0	0
LOGRADO CON AYUDA	3	100

Fuente: Elaboración propia

La alimentación es un proceso vital en el desarrollo del ser humano, sin ella, las personas, no podrían sobrevivir, es por ello que para estos niños resulta también importante y debido a su estado son constantemente ayudados para lograr ingerir o llevarse alimentos a la boca. El 100% de los casos se alimenta con ayuda.

Q9. Bebe con vaso/taza:

Tabla 13

Tabla ítem 9

GRADO DE DESARROLLO		
GENERAL	# DE CASOS	%
LOGRADO	0	0
NO LOGRADO	0	0
LOGRADO CON AYUDA	3	100

Fuente: Elaboración propia

Al igual que la alimentación, la hidratación también es un proceso vital para el ser humano. El 100% de los casos estudiados beben líquidos en vaso o taza con ayuda.

Q10. Se pone prendas de vestir sencillas:

Tabla 14

Tabla ítem 10

GRADO DE DESARROLLO		
GENERAL	# DE CASOS	%
LOGRADO	0	0
NO LOGRADO	3	100
LOGRADO CON AYUDA	0	0

Fuente: Elaboración propia

Según los resultados obtenidos, a través del método de observación, los tres casos sujetos de estudio no logran ponerse prendas de vestir sencillas, por lo que constantemente requieren de una persona que los vista y desvista.

Q11. Presenta Sialorrea:

Tabla 15

Tabla ítem 11

GRADO DE DESARROLLO		
GENERAL	# DE CASOS	%
SI	3	100
NO	0	0

Fuente: Elaboración propia

En esta observación todos los niños presentan sialorrea.

Q12.1. Avisa las necesidades de ir al baño: Gestos

Tabla 16

Tabla ítem 12.1

GRADO DE DESARROLLO		
GENERAL	# DE CASOS	%
LOGRADO	0	0
NO LOGRADO	3	100
LOGRADO CON AYUDA	0	0

Fuente: Elaboración propia

Ninguno de los niños observados avisa con gestos las necesidades de ir al baño, por lo que se debe buscar otro mecanismo de alerta.

Q12.2. Avisa las necesidades de ir al baño: Palabras

Tabla 17

Tabla ítem 12.2

GRADO DE DESARROLLO		
GENERAL	# DE CASOS	%
LOGRADO	0	0
NO LOGRADO	3	100
LOGRADO CON AYUDA	0	0

Fuente: Elaboración propia

Asimismo, ninguno de los niños estudiados avisa con palabras las necesidades de ir al baño, debido a su escaso lenguaje verbal, por lo que también resulta importante ver otra alternativa de alerta.

Q13. Se quita prendas de vestir sencillas:

Tabla 18

Tabla ítem 13

GRADO DE DESARROLLO	# DE	
GENERAL	CASOS	%
LOGRADO	0	0
NO LOGRADO	3	100
LOGRADO CON AYUDA	0	0

Fuente: Elaboración propia

Tal como en la gráfica de la pregunta número 10, que hacía referencia a ponerse prendas de vestir y que ninguno de los casos lo logra, en este caso tampoco se pueden quitar prendas de vestir. Por lo que el vestido y desvestido lo realiza otra persona; una actividad en la que los niños se presentan totalmente dependientes.

Q14. Cuenta con horarios establecidos para control de esfínteres:

Tabla 19

Tabla ítem 14

GRADO DE DESARROLLO	# DE CASOS		%
GENERAL			
LOGRADO	1		33
NO LOGRADO	2		67

Fuente: Elaboración propia

De los tres casos estudiados tan sólo uno, es decir el 33%, cuenta con horarios establecidos para control de esfínteres, según sus familiares, los otros dos niños son llevados cada cierto tiempo al baño como acción de precaución.

2.4.2.4 En el ámbito de Comunicación y Lenguaje

Q15. Responde a estímulos sonoros:

Tabla 20

Tabla ítem 15

GRADO DE DESARROLLO		
GENERAL	# DE CASOS	%
LOGRADO	3	100
NO LOGRADO	0	0
LOGRADO CON AYUDA	0	0

Fuente: Elaboración propia

Según el resultado expuesto en este gráfico, todos los niños responden a estímulos sonoros, lo que sin duda facilitaría todo intento de llamar su atención, para posteriores procesos.

Q16. Manifiesta sus intereses y necesidades:

Tabla 21

Tabla ítem 16

GRADO DE DESARROLLO GENERAL	# DE CASOS	%
LOGRADO	2	67
NO LOGRADO	1	33
LOGRADO CON AYUDA	0	0

Fuente: Elaboración propia

Dos de los tres niños evaluados logran manifestar sus intereses y necesidades, cada uno a su manera, mientras que el otro niño no consigue hacerlo todavía.

Q17.1 Se expresa por: Facies

Tabla 22

Tabla ítem 17.1

GRADO DE DESARROLLO		
GENERAL	# DE CASOS	%
LOGRADO	0	0
NO LOGRADO	3	100
LOGRADO CON AYUDA	0	0

Fuente: Elaboración propia

Figura 22

Ninguno de los niños observados se expresa por facies o gestos faciales que denoten alegría o tristeza, dolor, ansiedad y miedo.

Q17.2. Se expresa por: Movimiento Ocular

Tabla 23

Tabla ítem 17.2

GRADO DE DESARROLLO		
GENERAL	# DE CASOS	%
LOGRADO	3	100
NO LOGRADO	0	0
LOGRADO CON AYUDA	0	0

Fuente: Elaboración propia

Asimismo, ninguno de los niños observados se expresa a través de movimientos oculares.

Q17.3. Se expresa por: Señala

Tabla 24

Tabla ítem 17.3

GRADO DE DESARROLLO		
GENERAL	# DE CASOS	%
LOGRADO	0	0
NO LOGRADO	3	100
LOGRADO CON AYUDA	0	0

Fuente: Elaboración propia

En este ítem, tampoco logran los niños expresarse a través de señalar objetos o lugares, con facilidad.

Q17.4. Se expresa por: Habla

Tabla 25

Tabla ítem 17.4

GRADO DE DESARROLLO		
GENERAL	# DE CASOS	%
LOGRADO	0	0
NO LOGRADO	3	100
LOGRADO CON AYUDA	0	0

Fuente: Elaboración propia

Y la constante se vuelve a presentar en que ninguno de los niños se expresa a través del habla.

Q17.5. Se expresa por: Expresión Corporal

Tabla 26

Tabla ítem 17.5

GRADO DE DESARROLLO		
GENERAL	# DE CASOS	%
LOGRADO	2	67
NO LOGRADO	1	33
LOGRADO CON AYUDA	0	0

Fuente: Elaboración propia

A diferencia de las demás formas de expresión, en esta ocasión al menos uno de los tres niños ya se manifiesta a través de su expresión corporal, lo que le ayuda significativamente a comunicarse con su entorno social.

Q18.1. Medio de comunicación por: Llanto

Tabla 27

Tabla ítem 18.1

GRADO DE DESARROLLO		
GENERAL	# DE CASOS	%
LOGRADO	3	100
NO LOGRADO	0	0
LOGRADO CON AYUDA	0	0

Fuente: Elaboración propia

El 100% de los casos, es decir los tres niños estudiados usan como medio de comunicación el llanto, sobre todo para demostrar desagrado o disgusto por algo.

Q18.2. Medio de comunicación por: Risa

Tabla 28

Tabla ítem 18.2

GRADO DE DESARROLLO		
GENERAL	# DE CASOS	%
LOGRADO	3	100
NO LOGRADO	0	0
LOGRADO CON AYUDA	0	0

Fuente: Elaboración propia

Asimismo, el 100% de los casos que formaron parte de este estudio usan también la risa como medio de comunicación, sobre todo para denotar agrado o gusto por algo.

Q18.3. Medio de comunicación por: Gestos

Tabla 29

Tabla ítem 18.3

GRADO DE DESARROLLO GENERAL	# DE CASOS	%
LOGRADO	2	67
NO LOGRADO	1	33
LOGRADO CON AYUDA	0	0

Fuente: Elaboración propia

En el caso particular de la comunicación a través de gestos, tan sólo uno de los niños estudiados (33%) logra realizarla. Para el resto de los niños es todavía difícil.

Q19.1. Utiliza algún sistema alternativo de comunicación: Perceptivos

Tabla 30

Tabla ítem 19.1

GRADO DE DESARROLLO GENERAL	# DE CASOS	%
LOGRADO	0	0
NO LOGRADO	3	100
LOGRADO CON AYUDA	0	0

Fuente: Elaboración propia

Según los resultados obtenidos en esta observación, de los niños evaluados ninguno utiliza una comunicación perceptiva actualmente como un sistema alternativo.

Q19.2. Utiliza algún sistema alternativo de comunicación: Táctiles

Tabla 31

Tabla ítem 19.2

GRADO DE DESARROLLO GENERAL	# DE CASOS	%
LOGRADO	0	0
NO LOGRADO	3	100
LOGRADO CON AYUDA	0	0

Fuente: Elaboración propia

Ninguno de los niños observados ha utilizado algún método como sistema alternativo de comunicación.

Q19.3. Utiliza algún sistema alternativo de comunicación: Sonoros

Tabla 32

Tabla ítem 19.3

GRADO DE DESARROLLO GENERAL	# DE CASOS	%
LOGRADO	0	0
NO LOGRADO	3	100
LOGRADO CON AYUDA	0	0

Fuente: Elaboración propia

A excepción del llanto y de la risa, ninguno de los niños usa medios sonoros o la voz como sistema alternativo de comunicación.

Q19.4. Utiliza algún sistema alternativo de comunicación: Auditivos

Tabla 33

Tabla ítem 19.4

GRADO DE DESARROLLO GENERAL	# DE CASOS	%
LOGRADO	0	0
NO LOGRADO	3	100
LOGRADO CON AYUDA	0	0

Fuente: Elaboración propia

Tampoco han utilizado los medios auditivos como parte de un sistema de comunicación.

2.4.2.5 En el ámbito Cognitivo

Q20.1. Comprende asignas sencillas: señala un objeto que se le pide

Tabla 34

Tabla ítem 20.1

GRADO DE DESARROLLO GENERAL	# DE CASOS	%
LOGRADO	1	33
NO LOGRADO	1	33
LOGRADO CON AYUDA	1	33

Fuente: Elaboración propia

De acuerdo a las capacidades actuales, de los tres niños uno (33%) logra señalar objetos que se le pide, otro (33%) logra hacerlo, pero con ayuda y, por último, el tercero (33%) no consigue señalar un objeto que se le pide.

Q20.2. Comprende asignas sencillas: observa un objeto cuando se le pide

Tabla 35

Tabla ítem 20.2

GRADO DE DESARROLLO GENERAL	# DE CASOS	%
LOGRADO	2	67
NO LOGRADO	1	33
LOGRADO CON AYUDA	0	0

Fuente: Elaboración propia

El 67% de los casos evaluados logra observar un objeto cuando se le pide, mientras que el 33% restante, es decir uno de los tres niños, no lo consigue.

Q21. Retiene imágenes en su memoria:

Tabla 36

Tabla ítem 21

GRADO DE DESARROLLO GENERAL	# DE CASOS	%
LOGRADO	1	33
NO LOGRADO	1	33
LOGRADO CON AYUDA	1	33

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a la retentiva del grupo estudiado, tan sólo uno de tres retiene actualmente imágenes en su memoria, mientras que otro lo hace con ayuda y el último no logra retener imágenes en su memoria.

2.4.2.6 En el ámbito Motor

Q22. Utiliza las manos y algunos dedos para apretar un botón:

Tabla 37

Tabla ítem 22

GRADO DE DESARROLLO GENERAL	# DE CASOS	%
LOGRADO	2	67
NO LOGRADO	1	33
LOGRADO CON AYUDA	0	0

Fuente: Elaboración propia

En cuanto al área motora se puede ver que, a pesar de existir un escaso movimiento corporal, dos de los tres niños sí utilizan las manos y algunos dedos para apretar un botón.

Q23. Qué mano emplea para coger diferentes objetos al frente, lado izquierdo, derecho:

Tabla 38

Tabla ítem 23

GRADO DE DESARROLLO GENERAL	# DE CASOS	%
LOGRADO	2	67
NO LOGRADO	1	33
LOGRADO CON AYUDA	0	0

Fuente: Elaboración propia

De los tres niños observados únicamente uno no logra aún emplear sus manos para coger objetos al frente, lado izquierdo y derecho, mientras que dos de los tres niños usan su mano izquierda para realizar esta actividad.

Q24. Manipula objetos:

Tabla 39

Tabla ítem 24

GRADO DE DESARROLLO GENERAL	# DE CASOS	%
LOGRADO	2	67
NO LOGRADO	1	33
LOGRADO CON AYUDA	0	0

Fuente: Elaboración propia

Actualmente, dos de los tres niños, es decir el 67% de los casos manipulan objetos. Tan sólo uno no lo hace todavía.

Q25. Utiliza sus brazos para alcanzar un objeto:

Tabla 40

Tabla ítem 25

GRADO DE DESARROLLO GENERAL	# DE CASOS	%
LOGRADO	2	67
NO LOGRADO	1	33
LOGRADO CON AYUDA	0	0

Fuente: Elaboración propia

Tal como se muestra en las dos gráficas anteriores, el 67% de los casos utilizan sus brazos para alcanzar un objeto y el 33% restante no lo hace.

Q26.1. Se sienta solo:

Tabla 41

Tabla ítem 26.1

GRADO DE DESARROLLO		
GENERAL	# DE CASOS	%
LOGRADO	2	67
NO LOGRADO	1	33
LOGRADO CON AYUDA	0	0

Fuente: Elaboración propia

De los niños con PCI, sujetos de estudio, el 67% (2 casos) logran sentarse solos, mientras que el 33% (1 caso) no lo hace, debido principalmente a su menor desarrollo motor.

Q26.2. Se sienta con ayuda:

Tabla 42

Tabla ítem 26.2

GRADO DE DESARROLLO GENERAL	# DE CASOS	%
LOGRADO	0	0
NO LOGRADO	0	0
LOGRADO CON AYUDA	3	100

Fuente: Elaboración propia

Los tres casos evaluados se sientan con ayuda

Q27.1. Camina solo:

Tabla 43

Tabla ítem 27.1

GRADO DE DESARROLLO		
GENERAL	# DE CASOS	%
LOGRADO	0	0
NO LOGRADO	1	33
LOGRADO CON AYUDA	2	67

Fuente: Elaboración propia

En este gráfico se puede apreciar que tan sólo uno de los tres niños evaluados no camina ni sólo ni con ayuda.

Q27.2. Camina con ayuda:

Tabla 44

Tabla ítem 27.2

GRADO DE DESARROLLO		
GENERAL	# DE CASOS	%
LOGRADO	2	67
NO LOGRADO	1	33
LOGRADO CON AYUDA	0	0

Fuente: Elaboración propia

Dos de los tres niños caminan con ayuda. Mientras que el tercero no lo hace ni con ayuda.

2.4.3 Resultados de la Entrevista a padres

Q1. ¿Qué dificultad presenta su hijo/a?

Tabla 45

Tabla pregunta 1

VARIABLE	#	%
Caminar	1	33,3
Epilepsia	1	33,3
Hidrocefalia	1	33,3

Fuente: Elaboración propia

Entre las dificultades encontradas en el estudio y entrevistas realizadas a los padres de los niños con PCI, aparecen con un 33% cada una de las siguientes: caminar, epilepsia e hidrocefalia, correspondientes asimismo cada una a cada uno de los casos sujetos de este estudio.

Q2. ¿Quién está al cuidado del niño/a en casa?

Tabla 46

Tabla pregunta 2

VARIABLE	#	%
Madre y Abuela	2	67
Padre y Madre	1	33

Fuente: Elaboración propia

Cuando se preguntó sobre quién cuida de los pequeños, la mayoría de los padres de familia (67%) explicaron que los niños están al cuidado de la madre y la abuela, debido principalmente por la obligación del padre de trabajar; mientras que el 33% restante asegura que del cuidado se encargan el padre y la madre.

Q3. ¿En qué lugar de la casa permanece el niño/a mayor tiempo?

Tabla 47

Tabla pregunta 3

VARIABLE	#	%
Sala	2	67
Centros	1	33

Fuente: Elaboración propia

El estudio demuestra que el lugar más predilecto por los niños, según sus padres, es la sala de la casa, con un 67%, y más aún si esta dispone de un televisor o alguna distracción para el entretenimiento de los pequeños.

Q4. ¿En casa cuenta con aditamentos o sillas especiales para controlar la postura?

Tabla 48

Tabla pregunta 4

VARIABLE	#	%
Si	2	67
No	1	33
N/S - N/C	0	0

Fuente: Elaboración propia

El 67% de los hogares estudiados aseguran contar con aditamentos o sillas especiales para controlar la postura de los pequeños. Mientras que un 33% restante dice no tener o disponer de nada que cumpla ese fin.

Q5. ¿En qué postura permanece frecuentemente el niño/a?

Tabla 49

Tabla pregunta 5

VARIABLE	#	%
Sentado	3	100
N/C	0	0

Fuente: Elaboración propia

El 100% de los niños sujetos de estudio, permanecen frecuentemente sentados, según sus padres.

Q6. ¿Cómo identifica lo que le gusta o disgusta a su hijo/a?

Tabla 50

Tabla pregunta 6

VARIABLE	#	%
Risa y		
Llanto	3	100
N/C	0	0

Fuente: Elaboración propia

El estudio demuestra y afirma lo anotado en el método de observación, que señala el uso de la risa y el llanto para denotar gusto o disgusto por las cosas por parte de los niños. De esta manera es como los padres o personas a su cargo identifican las preferencias de los pequeños.

Q7. ¿Fija la mirada en programas de televisión?

Tabla 51

Tabla pregunta 7

VARIABLE	#	%
Si	3	100
No	0	0
N/S - N/C	0	0

Fuente: Elaboración propia

Según manifiestan los padres, la totalidad de los niños estudiados fijan la mirada en programas de televisión.

Q7.1. ¿Qué programa?

Tabla 52

Tabla pregunta 7.1

VARIABLE	#	%
Chavo del 8	1	33
Música	1	33
Cualquiera	1	33

Fuente: Elaboración propia

Entre los programas más vistos se encuentran “El Chavo del 8” y “Videos Musicales”.

Q8. ¿Identifica a los miembros de la familia?

Tabla 53

Tabla pregunta 8

VARIABLE	#	%
Si	2	67
No	1	33
N/S - N/C	0	0

Fuente: Elaboración propia

Dos de los tres niños identifican a los miembros de sus familias, mientras que uno de ellos aún no consigue hacerlo.

Q9. ¿Reacciona a sonidos o voces familiares?

Tabla 54

Tabla pregunta 9

VARIABLE	#	%
Si	3	100
No	0	0
N/S - N/C	0	0

Fuente: Elaboración propia

Sin embargo, este gráfico demuestra que todos reaccionan al escuchar sonidos o voces de sus familiares.

Q10. ¿Su niño/a depende de otra persona para realizar actividades de la vida diaria, como: alimentación, vestido - desvestido, ir al baño.

Tabla 55

Tabla pregunta 10

VARIABLE	#	%
Si	3	100
No	0	0
N/S - N/C	0	0

Fuente: Elaboración propia

Todos, es decir el 100% de los niños dependen de otra persona para realizar actividades de la vida diaria, tales como: alimentación, vestido-desvestido, ir al baño, entre otras.

Q11. ¿Su hijo/a controla esfínteres?

Tabla 56

Tabla pregunta 11

VARIABLE	#	%
Si	0	0
No	3	100
N/S - N/C	0	0

Fuente: Elaboración propia

Según el resultado expuesto en el gráfico 56 de la pregunta 11, ninguno de los niños, sujetos de estudio, controla actualmente esfínteres.

Q12. ¿Cómo se comunica su hijo/a con usted?

Tabla 57

Tabla pregunta 12

VARIABLE	#	%
Risa o llanto	3	100
No se comunica	0	0
N/C	0	0

Fuente: Elaboración propia

El principal método de comunicación de los niños hacia sus padres es la risa y el llanto.

Q13. ¿Cómo se comunica usted con su hijo/a?

Tabla 58

Tabla pregunta 13

VARIABLE	#	%
Mostrándole cosas	1	33
Hablándole	2	67

Fuente: Elaboración propia

El principal método de comunicación de los padres hacia sus hijos es el habla, con un 67% de los casos, seguido por la acción de mostrar cosas, objetos o imágenes, con un 33%.

Q14. ¿Usted cree que su hijo/a comprende consignas sencillas?

Tabla 59

Tabla pregunta 14

VARIABLE	#	%
Si	3	100
No	0	0
N/S - N/C	0	0

Fuente: Elaboración propia

El 100% de los padres aseguran que sus niños comprenden consignas sencillas que generalmente se emiten a través del habla.

Q15. ¿Ha recibido asesoramiento sobre la forma de cómo comunicarse con su hijo/a?

Tabla 60

Tabla pregunta 15

VARIABLE	#	%
Si	1	33
No	2	67
N/S - N/C	0	0

Fuente: Elaboración propia

El 67% de los padres no han recibido o buscado asesoramiento sobre la forma de cómo comunicarse mejor con sus hijos, siendo esto algo tan necesario e importante en el hogar; tan sólo uno de los tres hogares (33%) ha buscado ayuda profesional para mejorar o tratar de mejorar la comunicación con su hijo.

Q15.1. Detalle brevemente el tipo de asesoramiento recibido:

Tabla 61

Tabla pregunta 15.1

VARIABLE	#	%
Estímulo visual	1	33
N/C	2	67

Fuente: Elaboración propia

Los únicos padres que han recibido asesoramiento para saber cómo comunicarse de mejor manera con su hijo, aseguran que uno de los métodos provistos por los profesionales y quizá el que más les ha funcionado hasta el momento ha sido el uso de “Estímulos Visuales”, como la utilización de tarjetas con imágenes o simplemente con objetos del entorno.

Q16. Detalle cómo es un día habitual de su hijo/a:

Tabla 62

Tabla pregunta 16

VARIABLE	#	%
Terapias, comidas y televisión	2	67
Comidas y televisión	1	33

Fuente: Elaboración propia

Las variables que más se repiten al momento de averiguar sobre cómo es un día normal para los niños son: la alimentación y el uso de la televisión. Entre éstas aparece también la asistencia a las terapias en las diferentes áreas del desarrollo.

Q17. Qué expectativas tiene de su hijo/a:

Tabla 63

Tabla pregunta 17

VARIABLE	#	%
Independencia	1	33
Recuperación	1	33
Verlo caminar	1	33

Fuente: Elaboración propia

Dentro de las expectativas a futuro, que los padres mantienen de sus hijos con PCI, están principalmente el verlos caminar, que adquieran una mayor independencia y que se recuperen.

2.5 Interpretación de datos y resultados

Lo que se debe tomar en cuenta es que no sólo la parálisis cerebral se presentará como un trastorno motor aislado, sino que también llevará consigo

afectaciones de tipo sensorial, perceptivas y psicológicas, que tendrán que ser atendidas de manera individual y en un todo, con la misma importancia.

El grupo de estudio manifiesta un desarrollo psicomotor bastante limitado, por su propia condición debido a su cuadro de trastorno motriz. Más, sin embargo, el interés por proceder acorde a las necesidades de los pequeños, por parte de sus padres, es claramente mayor ahora que conocen un poco más del tema y que saben que las cosas pueden mejorar.

Con base en estos resultados, los mismos que exponen la falta de un buen manejo de la comunicación entre padres y niños, es preciso señalar la oportuna introducción de sistemas alternativos de comunicación, como el que será propuesto en este trabajo.

2.6 Conclusiones

De acuerdo a los resultados de las valoraciones individualizadas en el test de desarrollo de Brunet Lézine, entrevista a padres, observación directa de los niños con parálisis cerebral infantil del centro Integral FonoAudiológico CIFA de la ciudad de Cuenca, se ha podido determinar que los tres casos, presentan problemas graves de comunicación y no tienen un lenguaje expresivo, en cuanto en la comprensión del lenguaje, en el caso 1 y 2 su comprensión es moderada, pero en el caso 3 su comprensión es severa; en cuanto a su limitación funcional el caso 1 y 2 presenta un nivel 2, y en el caso 3 demuestra un grado 4; en la percepción visual de los 3 casos, su visión es adecuada; estos datos permitirán implementar un método alternativo de comunicación adaptado a las necesidades de cada niño, de su familia y personas que lo rodean y obtener un lenguaje funcional mejorando su calidad de vida.

CAPÍTULO III

3. MÉTODOS ALTERNATIVOS DE COMUNICACIÓN, Y APLICACIÓN.

Introducción

En este capítulo se abordarán los métodos adecuados para cada uno de los niños del Centro Integral FonoAudiológico CIFA de la ciudad Cuenca, tomando como base los datos y resultados obtenidos.

Para considerar los sistemas o métodos alternativos de comunicación adecuados para cada niño, se ejecutará y analizará en cada uno de ellos dependiendo de las características específicas tanto cognitivas, visuales, motrices, intelectuales y sensoriales. También el análisis se basará en sus necesidades, gustos y preferencias, con la finalidad de que cada método se ajuste a las necesidades e intereses individuales y familiares.

El presente capítulo busca proveer a los niños, motivo de estudio, de un medio de comunicación con el fin de que mejoren su calidad de vida y su relación con su entorno.

3.1 Caso 1

Este caso presenta Parálisis Cerebral Infantil con Hemiplejía Espástica. Se toman en cuenta todas las necesidades y los potenciales del niño en base a los resultados obtenidos, en el test de desarrollo de Brunet Lézine, entrevista a padres y observación directa.

Dificultades:

- Es dependiente en actividades de la vida diaria como: alimentación, vestido, desvestido, baño.
- Afectado su hemicuerpo izquierdo.
- No presenta lenguaje expresivo.
- Dificultad en relacionarse con las personas de su entorno.

Potencialidades:

- Comprende consignas sencillas.
- Identifica a los miembros de su familia.
- Movilidad en su brazo y mano derecha.
- Su audición es buena.

- Visión conservada.
- Fija la mirada.
- Sigue objetos.
- Expresa sus sentimientos de agrado y desagrado a través del llanto

Para la aplicación del método se trabajará con la mano que tiene mayor funcionalidad para señalar. (Derecha.)

Se ha desarrollado el llamado "Sistema de Comunicación por intercambio de imágenes" (PECS), puesto que el niño aparte de su problema de comunicación oral, no tiene una buena interacción con las personas y estas fases permite mejorar su interacción y comunicación paso a paso.

Para ello, dependerá del estímulo que reciba diariamente el niño.

Los objetivos principales que persiguen los PECS, además de describir lo que el interlocutor desea, son:

- Selección de acciones con las que el niño cuenta en su vida diaria, tales como comer, jugar, caminar, dormir, beber, ver la televisión, entre otras.
- Demostración de expresiones tales como tristeza, alegría o enfado.

El PECS consta de 6 fases para el intercambio de figuras:

FASE I Intercambio físico

FASE II Aumentando la espontaneidad

FASE III Discriminación de la figura.

FASE IV Estructura de la frase.

FASE V Respondiendo a ¿Qué deseas?

FASE VI Respuestas y comentarios espontáneos

Las imágenes para este caso son de tamaño 8 x 8cm; este sistema constará de un cartón de 30 x 42cm, forrado con una alfombra especial de color negro para mejor visibilidad a distancias aproximadas de un metro, que se colocará en una mesa

Ventajas:

Este sistema ha sido exitoso en personas de diferentes edades y que demuestran una variedad de problemas cognitivos, físicos y comunicativos.

Ejemplos:



3.2 Caso 2

Este caso presenta Parálisis Cerebral Infantil con Monoplejía Espástica. Se toman en cuenta todas las necesidades y potencialidades del niño en base a los resultados obtenidos: En el test de desarrollo de Brunet Lézine, entrevista a padres y observación directa.

Dificultades:

- Es dependiente en actividades de la vida diaria como: alimentación, vestido, desvestido, baño.
- No presenta lenguaje expresivo.
- No sigue objetos y fija la mirada enseguida, pero con estímulo lo realiza.

Potencialidades:

- Comprende consignas sencillas.
- Identifica a los miembros de su familia.
- Movilidad en su brazo y mano izquierda.
- Su audición es buena.
- Visión conservada.
- Sigue objetos.
- Expresa sus sentimientos de agrado y desagrado a través del llanto

El método escogido, es el método pictográfico; este sistema es el más pertinente para los niños con parálisis cerebral, se ha utilizado en este caso puesto que contiene símbolos básicos expresados en 3000 imágenes aproximadamente, es decir existe una variedad de imágenes para desarrollar.

El objetivo de este método es que el niño logre asimilar los conceptos con los dibujos.

Las imágenes realizadas para este caso son de 6 x 6cm, mismas que se presentan por medio de un folder dividido de la siguiente manera:

- Familia
- Clima
- Actividades diarias del niño (caballo, terapia física, jugar, colchoneta, casa, entre otras)
- Sentimientos y emociones (enfado, tristeza, alegría, bien, mal)
- Gustos y preferencias en alimentos
- Acciones

El niño señala con su mano dominante lo que desea en ese momento.

Ventajas:

Las ventajas de este sistema y sus características permitirán mejorar la atención del niño, evitando que se distraiga con facilidad.

3.3 Caso 3

Este caso presenta un diagnóstico de Parálisis Cerebral Infantil con Cuadriplejía Espástica e Hidrocefalia.

Para elaborar un método alternativo de comunicación, para este caso, también se toman en consideración las fortalezas y debilidades del niño.

Dificultades:

- Afectado las 4 extremidades del cuerpo
- Tiene dependencia en actividades de la vida diaria como: alimentación, vestido, desvestido, baño.
- No presenta lenguaje expresivo.

Potencialidades:

- Su audición es buena.
- Comprende consignas sencillas.
- Visión conservada.
- Expresa sus sentimientos de agrado y desagrado a través del llanto

El método alternativo de comunicación que se ha visto más pertinente son los llamados conmutadores y pulsadores de alta tecnología, que consta de un interruptor y se activa mediante diferentes formas, en este caso es de presión, que será manipulado por la maestra y las personas que deseen comunicarse con el niño.

Se consideró adecuado elaborar este método de alta tecnología para este caso con pulsadores, por los colores que llaman la atención y motivan al niño, el mismo que fija la mirada y sigue por el estímulo del mismo, y en un tiempo posterior aumentar en cada pulsado una voz que emita la palabra SI y NO.

Se utilizará como método de entrenamiento para comprender consignas sencillas de SI y NO.

Descripción del Método:

Este tablero de comunicación se elaboró según las necesidades del niño y contiene lo siguiente:

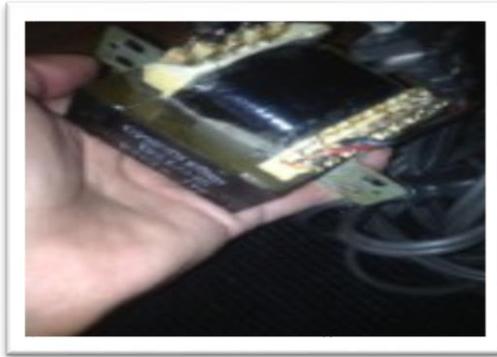
- Tabla de madera liviana de 30 x 42cm, forrada con alfombra negra para mejor visibilidad de las imágenes.
- 2 pulsantes normalmente abiertos, es decir, que necesitan ser pulsados para que se puedan encender las luces.
- 2 cajetines de colores verde y rojo en la parte superior del tablero para mejorar la apreciación del niño y pueda diferenciar claramente.
- Un transformador que conecta la red eléctrica de 120v en la que hace que se disminuya a 12v para que no se quemen los focos.
- Un cable de poder que se utiliza en las grabadoras para conectar a la red eléctrica.
- Las imágenes serán reales de 15 x 15.

Modo de uso:

Para este caso se ha realizado imágenes claras y reales las mismas que constan de un tamaño de 15 x 15cm para mejorar su visión y logre identificarlo con mayor claridad.

Se colocará una imagen en el centro del tablero según las necesidades y preferencias del niño como: sentimientos, emociones, acciones: comer, jugar, ver la televisión, escuchar la radio, etc. en el cuál el niño observará el lado derecho (luz roja) que significa **NO** o izquierdo (luz verde), que significa **SI** según sus necesidades. Al ver en donde observa el niño la maestra o persona que desee

comunicarse con él, manipulará los pulsadores para que se encienda la luz del lado que observa para que sus respuestas sean más seguras.



Transformador



Tabla y luces



3.4. PLAN DE INTERVENCIÓN DE LOS SISTEMAS ALTERNATIVOS DE COMUNICACIÓN.

3.4.1 Presentación:

El plan de intervención de los métodos alternativos de comunicación propuestos, son un recurso de gran utilidad para los niños con parálisis cerebral infantil del Centro Integral FonoAudiológico CIFA.

El método alternativo se utilizó de forma individual, según las características gustos, preferencias y debilidades de los niños.

El tiempo de enseñanza es flexible, puesto, que dependerá de las características individuales y el rendimiento de cada niño.

El aula debe tener un ambiente tranquilo. Las posturas para los tres niños, serán en posición sentada, en sillas con aditamentos y las mesas ajustadas a cada niño.

3.4.2 Desarrollo de las sesiones:

CASO 1

Sesión 1

Objetivo: Mejorar la comunicación a través del método PECS.

Para todas las sesiones se comenzó con actividades iniciales en un ambiente tranquilo sin distracciones, en sesiones de 40 minutos aproximadamente de forma individual o en algunas ocasiones con ayuda de sus padres y profesionales.

En esta primera sesión se inició con la primera fase del método alternativo PECS sugerido para este caso, que es la interacción entre el niño y la maestra, se realizó con el reconocimiento de una imagen de acción que el niño más le agrade.

Se mostró la imagen de un radio en donde cada vez que el niño tocaba la imagen encendía la radio y cantábamos la canción de los pollitos que le gusta mucho.

El niño se sintió muy cómodo y se notaba que lo disfrutaba.

Esta primera fase del PECS se realizó durante diez sesiones con diferentes actividades que al niño le gusta: ver televisión, escuchar música infantil, juegos en la Tablet.

Sesión 2

Para esta segunda fase del método PECS se acopló a las necesidades del niño ya que en esta fase es distancia y persistencia, se manejó con una tarjeta del “YO” en donde el niño tenía que ver su fotografía a su alrededor, lado derecho, izquierdo, delante, atrás, él niño tenía que coger su imagen y entregar su foto en mi mano.

El niño logro realizar esta fase, luego se incrementó más imágenes de la familia (mamá, abuela).

Esta fase se realizó cinco sesiones con las imágenes de su familia.

Sesión 3

En esta siguiente fase 3 de los PECS se mostró al niño dos imágenes sobre acciones: (manzana, banano), (jugo, agua), (escuchar un cuento, escuchar la radio), etc., presentados de dos en dos para que el niño logre identificar la imagen que desee señalando con su mano.

Esta actividad se realizó durante 10 sesiones, por la variedad de acciones que le gustan al niño y pueda interiorizar de mejor manera.

Sesión 4

Para la fase número 4 del PECS sobre formar oraciones sencillas mediante los pictogramas establecidos se realizó con la imagen de “YO QUIERO” acompañado de la acción que desee, en esta ocasión se realiza con acciones de ver la televisión, escuchar música, escuchar un cuento.

El niño pega la imagen con velcro en el tablero de comunicación ejemplo. “YO QUIERO” ver la televisión y se pega la imagen del “YO QUIERO” antes de la imagen que el niño quiera realizar.

Esta fase se realizó durante 10 sesiones combinando las acciones para que el niño interiorice las imágenes.

El niño logró realizar hasta esta fase con dificultad, considerando que si él niño no domina una fase no podemos pasar a la siguiente, se continúa reforzando todas las fases realizadas para que pueda avanzar.

Caso 2

Sesión 1

Objetivo: Mejorar la comunicación a través del método pictográfico.

Para este caso se ha elaborado un Sistema Alternativo de Comunicación mediante el método pictográfico por ser el método más utilizado para personas con parálisis cerebral por su variedad de imágenes y para que el niño pueda construir frases simples mediante el método realizado.

Para comenzar vamos a hacer que el niño identifique su foto, mostramos al niño la foto frente al espejo, se fué poniendo en diferentes lugares cerca del niño arriba, abajo, tenía que buscar donde se encontraba su foto.

se trabajó 5 sesiones con pictogramas de la familia, mamá, abuela, niño.

Sesión 2

Para esta sesión se comenzó con las actividades iniciales y se trabajó los sentimientos y emociones primero mostrando una por una las imágenes para el final

preguntar al niño; ¿Cómo estás hoy? ¿Feliz? ¿Triste? ¿Enojado?, luego se fue incrementando más imágenes sobre emociones. Se trabajó 2 sesiones con diferentes actividades mostrar en el espejo con gestos, fotos de imágenes en grande, de libros etc.

Sesión 3

Comenzamos con las actividades iniciales, cantando sol solecito, en esta sesión se trabajó los pictogramas de día y noche de igual manera se le enseñó uno por uno y preguntamos ¿qué estamos ahora? ¿Día? o ¿noche? Toca la imagen, luego se cambió de lugar y preguntamos nuevamente lo mismo el niño pudo reconocer. Se trabaja todos los días esta sesión.

Sesión 4

Para esta sesión se realizan las actividades iniciales, se presenta al niño el pictograma del “yo” y el “quiero” seguida de acciones como: comer, (diferentes frutas) jugar (lanzar la pelota,) caminar, escuchar la radio, etc. una por una preguntamos al niño ¿tú quieres? Ponemos la imagen una por un ejemplo comer (sandía, banana, galletas) Y cambiamos hasta que ponemos todas para que él niño toque la que desea. Esta sesión duró 15 sesiones, para que él niño interiorice.

Sesión 5

En esta sesión se realizó las actividades iniciales se trabajó con los pictogramas de las frutas que le gustan al niño “Yo” “Quiero” seguido del pictograma de frutas que más le gustan: banana, naranja, manzana, caña y preguntamos ¿Qué quieres comer? mostrándole las imágenes una por una y luego se las pone en la mesa el niño tiene que tocar y se le dará la fruta deseada, esta sesión se trabaja por 5 sesiones.

Caso 3

Objetivo: Comprender consignas sencillas de SI y NO

Sesión 1

Para comenzar la sesión a este caso que es un niño con cuadriplejía espástica masajeamos lentamente en su cuerpo para relajamiento de los músculos, luego le enseñamos el método propuesto, tratando que identifique el color verde que significa SI y el color rojo que significa NO, Se estimulará aplastando el botón de la luz según su mirada., se realizó durante 5 sesiones con la finalidad de reforzar la misma, el

tiempo vario según los potenciales del niño que fueron de 30 a 40 minutos por sesión.

Sesión 2

Iniciamos estas sesiones con masajes en sus brazos y piernas, cantando la canción de mi cuerpo, recordamos al niño sobre las consignas SI y NO, luego se presentó las imágenes de los miembros de la familia que son los más representativos para él niño, ejemplo: la mamá lo llamaba y el niño buscaba la voz mientras yo le preguntaba ¿quieres ver a mamá? Mostrando la foto de mamá en el tablero, ¿SI? ¿NO? Se estimulará aplastando el botón de la luz según su mirada. Así mismo se trabajó con los demás miembros de la familia por 5 sesiones para que él niño interiorice.

Sesión 3

Las sesiones comenzaron con masajes, estimulación en una pelota grande. Se trabajó sus estados de ánimo feliz/ triste. Luego ponemos al niño frente al espejo y haciendo nuestra cara feliz y triste mostrando al niño si está feliz con la imagen del tablero de comunicación pedimos que él niño interiorice la consigna SI o NO. Preguntamos ¿estás feliz? ve la luz verde; si ¿no estás feliz? ve la luz roja. Se trabajó 5 sesiones los estados de ánimo feliz y triste, con diferentes actividades. Se estimulará aplastando el botón de la luz según su mirada.

Sesión 4

Comenzamos con las actividades iniciales, en esta sesión trabajamos las acciones que le gustan al niño como ver la televisión, escuchar la radio, mostramos la televisión conjuntamente con la imagen en el tablero de comunicación preguntando al niño ¿quieres ver la televisión? ¿SI? ¿NO? Se estimulará aplastando el botón de la luz según su mirada. Se trabajó 5 sesiones.

Sesión 5

Comenzamos con las actividades iniciales, en estas sesiones se trabajó con los alimentos que él niño consume: sopa, colada, jugo, guineo, manzana, se le pidió a la mamá que traiga los alimentos, según el día que vamos a trabajar, se mostró el alimento junto con la imagen y se le ponía al niño la imagen en el tablero preguntando ¿quieres sopa? ¿SI? ¿NO? El niño al decir SI se le daba un poco, se fue realizando con cada alimento. Se trabajó 10 sesiones para que él niño interiorice la imagen y la consigna. Se estimulará aplastando el botón de la luz según su mirada.

CONCLUSIONES:

Podemos concluir que los métodos alternativos de comunicación en una base importante para la interacción con las personas que no tienen un lenguaje funcional y puedan expresar sus necesidades, gustos, preferencias, necesidades etc., y mejoren su calidad de vida.

Los métodos alternativos de comunicación elegidos para los niños con parálisis cerebral infantil del centro Integral FonoAudiológico CIFA de la ciudad de Cuenca, se adecuan a sus necesidades e intereses individuales como la de su entorno; se observa que dos de los tres niños se benefician de una manera satisfactoria.

Uno de los casos por su problema grave de parálisis cerebral, problema intelectual y física necesita un poco más de continuidad y refuerzo diario para fomentar el éxito de la intervención de este método.

CAPÍTULO IV

4. ANÁLISIS INDIVIDUAL DE RESULTADOS DEL MÉTODO ALTERNATIVO DE COMUNICACIÓN Y SOCIALIZACIÓN A PADRES.

INTRODUCCIÓN

En este capítulo, se abordarán los resultados obtenidos de la intervención del método de comunicación alternativo, propuesto para cada uno de los niños, con parálisis cerebral infantil del Centro Integral FonoAudiológico CIFA de la ciudad de Cuenca,

Se realizará la socialización a padres y docentes de manera individual; en la cual se expondrán cuáles son los métodos alternativos de comunicación escogidos según sus necesidades, intereses, gustos, fortalezas de cada uno de los niños, como manejarlos en casa y los beneficios de estos.

Se entregarán los métodos alternativos de comunicación a los padres de familia de los niños, para establecer compromisos y motivarles para que utilicen el método, tanto en la escuela como en la casa.

4.1 ANALISIS DE RESULTADOS DEL PROCESO DE INTERVENCION

Caso 1

El método establecido para este niño fué los PECS, en el cual se pudo llegar hasta la fase número 4 de una manera satisfactoria, logra identificar las imágenes, aunque en ocasiones se le olvidaba se tenía que volver a repetir, se podrá ir incrementando las fases poco a poco.

Caso 2

Podemos observar que el método alternativo de comunicación propuesto para este caso, fué un método pictográfico que es de gran utilidad para que él niño pueda comunicarse con las personas que lo rodean y demostrar sus sentimientos, emociones, gustos, preferencias y así, establecer una comunicación adecuada en su entorno.

El niño no tuvo problemas en el reconocimiento de las imágenes de acción, ver la televisión, escuchar música, sentimientos, emociones, familia, etc. en el cual él niño podía comunicarse señalando la imagen que desea con su mano izquierda a veces cerrada otras un poco abierta.

Caso 3

En este caso los resultados no fueron los esperados por su tipo de parálisis cerebral profunda, su nivel intelectual y falta de comprensión, se pudo observar que él niño observa las imágenes que se le muestra, pero es difícil conseguir la consigna sencilla de SI y No, aunque en algunas imágenes al parecer entendía, no se puede saber exactamente si comprendió ya que algunas veces podía responder a lo que se le pedía y otras no.

4.2 SOCIALIZACIÓN

La socialización a los padres de familia y profesionales que trabajan con los niños con parálisis cerebral infantil del Centro Integral FonoAudiológico CIFA de la ciudad de Cuenca, se llevó a cabo el día 3 y 4 de marzo del 2016 en la Institución.

Esta socialización se realizó de manera individual a los padres de los niños, con presencia de los profesionales del centro, el tiempo aproximado fue de 30 minutos, se dió una muestra de la clase a los padres de cómo se maneja el método que se utilizó y como deben seguir reforzando en casa.

Se realizó la entrega de los métodos alternativos de comunicación a los padres de los niños con parálisis cerebral del centro Integral FonoAudiológico CIFA, donde firmaron un acta como respaldo de entrega.

4.3 CONCLUSIONES FINALES.

En base a todo el trabajo expuesto en los capítulos anteriores podemos llegar a las siguientes conclusiones:

Que los padres de los niños con parálisis cerebral infantil del centro no conocían los métodos alternativos para establecer una comunicación adecuada con sus hijos.

En cuanto a los profesionales que trabajan en el Centro Integral FonoAudiológico CIFA, su conocimiento ha sido mayor pero no se dió importancia a la comunicación del niño.

Para los tres casos de los niños con parálisis cerebral infantil intervenidos en el centro Integral FonoAudiológico CIFA de la ciudad de Cuenca, se ha podido implementar un método alternativo de comunicación con ayuda adecuado para cada uno de los niños.

Para ello, se tuvo que tener en cuenta las necesidades, potencialidades, e intereses individuales de los niños, que se pudo observar en los resultados finales de los métodos de evaluación aplicados a los tres niños,

Podemos concluir que para establecer una comunicación con las demás personas no únicamente es la comunicación oral, sino también existen otros métodos de comunicación, y estos, han sido ejecutados en los tres niños del centro por medio de los sistemas alternativos de comunicación, los mismos que se han podido observar ha sido de gran ayuda para establecer una comunicación adecuada con su familia y personas que le rodean.

4.4 RECOMENDACIONES PARA PADRES DE FAMILIA Y PROFESORES DE LOS NIÑOS CON PARALISIS CEREBRAL DEL CENTRO INTEGRAL CIFA.

- Familiares y maestros deben conocer cómo manejar el método alternativo de comunicación de su hijo o alumno.
- Enseñar a padres y maestros la importancia de los métodos alternativos de comunicación
- Conocer las necesidades y fortalezas de los niños para que la enseñanza del método de comunicación sea eficaz.
- Involucrar a los padres de familia de los niños en el seguimiento de los métodos propuestos.
- Estimular diariamente el método de comunicación de los niños ya sea en la casa o escuela.
- El tiempo para establecer el método se aplicará según las necesidades y potencialidades del niño y la familia.
- Las imágenes o pictogramas se irán incrementando dependiendo de los avances de los niños.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- Albuerno, S., y Pino, M. J. (2013). *Apoyo a la Comunicación*. España: McGraw Hill-Interamericana Gral.
- Abella, L. M. (23 de Febrero de 2015). *Argentina Investiga*. Obtenido de Argentina Investiga: Divulgación y Noticias Universitarias : http://argentinainvestiga.edu.ar/noticia.php?titulo=tablets_para_la_inclusion&id=2334#.VivhNdIvfiU
- Alessandri, M. (2005). *Trastornos del lenguaje: detección y tratamiento en el aula*. Argentina: Ediciones Euroméxico.
- Basil, C., Soro-Camats, E., y Rosell, C. (1998). *Sistemas de signos y ayudas técnicas para la comunicación aumentativa y la escritura : principios teóricos y aplicaciones*. Barcelona: Masson.
- Basil, C., y Boix, J. (2010). *Sistemas aumentativos y alternativos de comunicación*. En P. Durante y P. Pedro (Eds.). *Terapia ocupacional en geriatría: Principios y práctica* (pp. 363-370). Barcelona: Masson.
- Belloch, C. (2003). *Unidad de tecnología educativa*. Valencia : Universidad de Valencia.
- François, R., y Martínez Loza, E. (2005). *Osteopatía y Pediatría*. (M. Panamericana, Ed.) Recuperado el 20 de Septiembre de 2015, de <https://books.google.com.ec>
- Franco Gallego, C., Osorio, K., & Materòn, S. (2006). *Diseño y Construcción de un dispositivo de comunicación alternativa para poblaciones con parálisis general*. Bogota : Universidad de San Buenaventura .
- Gallardo, N., Palermo, L., y Giangreco, E. (2010). *Comunicación Alternativa en Parálisis Cerebral*. Buenos Aires, Argentina: Facultad de Medicina de Buenos Aires.
- González, G. (2002). La enseñanza de los Sistemas alternativos bajo el prisma de las nuevas tecnologías. *Revista electrónica de tecnología*.
- Guillén, C. (4 de Diciembre de 2011). *Psicología de la Comunicación*. (U. J. Cañas, Recopilador) El Salvador.
- Hernández, E. (2010). *Orientaciones pedagógicas para la atención y la promoción de la inclusión de niñas y niños menores de seis años con parálisis cerebral: Bienestar Familiar (ICBF)*
- Navarrete, P y Valladolid, J. (2010). *Diseño e Implementación de un Dispositivo de Comunicación Alternativa con Símbolos Pictóricos*. Cuenca: Universidad Politécnica Salesiana.

Perez Lopez, M. (2015). *Libro Guía para la Parálisis Cerebral*. Mindsparck Interactive Network.

Rosell, C., Soro-Camats, E., y Basil, C. (2010). *Alumnado con discapacidad motriz*. Barcelona: Graó

Sanchez, F. (2006). *Manual SERMEF de Rehabilitación y Medicina Física*. Panamericana.

Suárez, I. (2006) *Sistema Alternativo y Aumentativo de comunicación para niños con parálisis cerebral infantil* (Tesis de grado no publicada). pediátrico universitario Pedro Borrás Astorga. Habana, Cuba.

ANEXO

Lorena Patricia Gavilánez Flores
ESTUDIANTE

Mgst. Tapia Encalada Eulalia Ximena
DIRECTORA DEL PROYECTO

Fecha de Entrega: 15 de Febrero de 2016

20 de marzo

François y Martínez (2005),
Hernández (2010, pp. 17, 18),
Albuerne y Pino (2013, p. 8),
Guillen 2011

Anexo N° 1

Centro Integral FonoAudiológico C.I.F.A.

Lcda. Romina Ortega

Directora del Centro

De mi consideración:

Yo, Lorena Patricia Gavilánez Flores, egresada de la Universidad del Azuay solicito de la manera más comedida su autorización para el desarrollo del tema de tesis:

“ MÉTODOS ALTERNATIVOS DE COMUNICACIÓN DIRIGIDA A NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS CON PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL DEL CENTRO INTEGRAL FONOAUDIOLÓGICO CIFA EN LA CIUDAD DE CUENCA”, la misma que será dirigida por la Mgt. Tapia Encalada Eulalia Ximena, docente de la escuela de Filosofía Letras y Ciencias de la Educación de la Universidad del Azuay.

El objetivo principal de este estudio es elaborar un Sistema Alternativo de Comunicación para cada uno de los niños con parálisis cerebral infantil de 3 a 5 años del Centro Integral FonoAudiológico CIFA de la ciudad de Cuenca.

Por la favorable acogida que le dará a la presente, le anticipo mi agradecimiento.

Atentamente

Lorena Patricia Gavilánez Flores

Lic. Romina Ortega S.

Anexo N° 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Provincia: _____

Cantón: _____

Institución: _____

Fecha: ____/____/____

INSTRUCCIONES:

Este consentimiento informado luego de ser leído por los padres de familia de los niños con parálisis cerebral infantil del Centro Integral FonoAudiológico CIFA de la ciudad de Cuenca, conjuntamente con las personas que participarán en el proyecto, será firmado por el usuario que llenará el test de evaluación antes de realizar las actividades de recolección de la información.

Usted, que forma parte del Centro Integral FonoAudiológico CIFA está invitado/a participar en el presente estudio de investigación, el mismo que ha sido diseñado para obtener información científica que puede ayudar a otras personas en el futuro.

El objetivo de esta investigación es elaborar un Sistema Alternativo de Comunicación para niños con Parálisis Cerebral Infantil de 3 a 5 años del Centro Integral FonoAudiológico C.I.F.A de la ciudad de Cuenca, con el fin de mejorar el comportamiento y comunicación de estos niños.

La aplicación del instrumento se realizará a cada niño del Centro Integral FonoAudiológico CIFA y dicho test BRUNET LEZINE será aplicado por la autora de la presente investigación.

La participación de cada uno de los usuarios que llenará el test Brunet es voluntaria. Si por alguna razón cualquier persona decide no participar de esta investigación o no

responder algunas de las preguntas que le haremos, esta decisión de ninguna manera afectará al presente estudio.

Participar en la investigación puede involucrar proveer información que usted considere confidencial. Este estudio no involucra ningún riesgo físico para los usuarios. La información que usted proporcione es absolutamente confidencial. No nos es de nuestro interés los nombres de las personas, no incluiremos ninguna información que pueda hacer posible su identificación en el reporte o publicaciones posteriores. No hay costos para usted por tomar parte de la investigación, ni tampoco se le pagará algún dinero por su participación.

Por favor, solicite al personal del estudio explicaciones sobre cualquier palabra o información que no entienda.

Usted recibirá una copia de este consentimiento.

Declaración de Consentimiento:

He leído atentamente y he tenido la posibilidad de hacer preguntas sobre el estudio y/o estas preguntas fueron contestadas y/o estoy de acuerdo con las respuestas. Voluntariamente acepto participar en este estudio y entiendo que cualquier usuario tiene el derecho de retirarse en cualquier momento sin que esto signifique ningún perjuicio para mí o para la institución. Firmando este consentimiento no delego ningún derecho legal que me pertenezca.

Firma

Si no acepta participar, por favor explique por qué.

Anexo N° 3

test BRUNET

Anexo N° 4

**ENTREVISTA DIRIGIDA A PADRES DE FAMILIA DE LOS NIÑOS CON PARÁLISIS CEREBRAL
DEL CENTRO INTEGRAL FONOAUDIOLÓGICO CIFA**

Fecha de entrevista: mes _____ día _____ año _____

Nombre del niño: _____ Edad: _____

Nombre de la madre: _____ Edad: _____ Ocupación: _____

Nombre del padre : _____ Edad: _____ Ocupación: _____

Entrevistador: _____

1. ¿Qué dificultad presenta su hijo/ hija?

2. ¿Quién está al cuidado del niño en casa?

3. ¿En qué lugar de la casa permanece el niño/niña mayor tiempo?

4. ¿En casa cuenta con aditamentos o sillas especiales para controlar la postura?

5. ¿En qué postura permanece frecuentemente el niño/ niña?

6. ¿Como identifica lo que le gusta o disgusta a su hijo?

7. ¿Fija la mirada en programas de televisión si la respuesta es afirmativa en cuáles

8. ¿Identifica a los miembros de la familia?

9. ¿Reacciona a sonidos o voces familiares?

10. ¿Su niño depende de otra persona para realizar actividades de la vida diaria como: alimentación, vestido- desvestido, ir al baño?

11. ¿Su hijo tienen control de esfínteres si la respuesta es afirmativa como comunica su necesidad?

12. ¿Como se comunica su hijo con usted?

13. ¿Como se comunica usted con su hijo/ hija?

14. ¿Según su criterio su hijo / hija comprende consignas sencillas, si la respuesta es afirmativa describa cuáles?

15. ¿Ha recibido asesoramiento sobre la forma como comunicarse con su hijo? ¿Si la respuesta es afirmativa detalle brevemente?

16. ¿Detalle cómo es un día habitual de su hijo?

17. ¿Qué expectativas o que espera de su hijo ahora y en el futuro?

Compilado por Lorena Gavilanes

- Albuerne y Pino (2013).
 - Vález(2012)
 - Pérez (2007)

Ficha de observación previa a la implementación de un método alternativo de comunicación dirigida a niños con parálisis cerebral del centro FonoAudiológico CIFA para seguimiento de casos.

Fecha:	Hora:			
Nombre del niño	Edad:			
Observador:	Grado de desarrollo alcanzado			
SENSORIAL	L	NL	LA	OBSERVACIONES
1. Capacidad para seguir con su mirada un objeto, a través de tres planos diferentes (vertical, horizontal, diagonal)				
2. Atiende al estímulo sonoro que se encuentra a la vista.				
3. Utiliza el canal auditivo para permitir el acceso a la información				
4. Fija la mirada en un objeto				
SOCIALIZACIÓN	L	NL	LA	OBSERVACIONES
5. Expresa sus sentimientos con llanto, risa, movimientos corporales, etc.				
6. Comparte relación con personas de su entorno y fuera de él.				
7. Se motiva con alguna actividad				

AUTOAYUDA	L	NL	LA	OBSERVACIONES
8. Come sin ayuda				
9. Bebe con vaso/taza				
10. Se pone prendas de vestir sencillas				
11. Presenta sialorrea				
12. Avisa las necesidades de ir al baño. Gestos Palabras				
13. Se quita prendas de vestir sencillas.				
14. Cuenta con horarios establecidos para control de esfínteres.				
COMUNICACIÓN Y LENGUAJE	L	NL	LA	OBSERVACIONES
15. Responde a estímulos sonoros				
16. Manifiesta sus intereses y necesidades.				
17. Se expresa				
• Por facies				
• Mov.ocular				
• Señala.				
• Habla.				
• Expresión corporal				
18. Medio de comunicación por				
• Llanto.				
• Risa.				
• Gestos				
19 . Utiliza algún sistema alternativo de comunicación.				
• Perceptivos				

<ul style="list-style-type: none"> • Táctiles. • Sonoros. • Auditivos. 				
COGNICION	L	NL	LA	OBSERVACIONES
20. Comprende asignas sencillas <ul style="list-style-type: none"> • señala un objeto que se le pide. 				
21. Retiene imágenes en su memoria				
Motoras	L	NL	LA	OBSERVACIONES
22. Utiliza las manos y algunos dedos para apretar un botón.				
23. Qué mano emplea para coger diferentes objetos <ul style="list-style-type: none"> • al frente. • lado izquierdo. • Lado derecho. 				
24. Manipula objetos				
25. Utiliza sus brazos para alcanzar un objeto				
26. Se sienta <ul style="list-style-type: none"> • Solo • con ayuda 				
27. camina <ul style="list-style-type: none"> • Solo. • Con ayuda. • Sin ayuda. 				

Grado de desarrollo alcanzado

L= Logrado

NL= No Logrado

LA= Logrado con ayuda

- <http://es.slideshare.net/mobile/observacionde-aula-almuno>
- martinez, F. pruebas del desarrollo del lenguaje.
- Suarez(2006)
- http://www.aspace.org/images/publicaciones/ATENCION_EDUCATIVA_EN_PC.pdf
- Apac(2003).
- <http://riberdis.cedd.net/bitstream/handle/11181/4286/Modelo%20de%20valoraci%C3%B3n%20de%20habilidades.pdf?sequence=1>
- manual para la evaluación menores de 5 años con riesgo en el retraso en el desarrollo , México 2013.
- Vineland. Test de desarrollo madurativo, evolutivo.
- Bobath

FOTOS





Anexo N° 7

Hoja de entrega del Método Alternativo de Comunicación

Fecha: _____

Yo Lorena Patricia Gavilánez Flores con número de cédula 0103176681 hago entrega del Método Alternativo de Comunicación, a los padres de familia de los niños con parálisis cerebral infantil que asisten al Centro Integral FonoAudiológico CIFA de la ciudad de Cuenca, en la cuál consiste en continuar en casa con el proceso de intervención de estos métodos y puedan desarrollar una comunicación adecuada y a su vez mejorar la calidad de vida de los niños.

Lorena Patricia Gavilánez Flores

Recibido conforme

FOTOS SOCIALIZACION

