



UNIVERSIDAD DEL AZUAY

**Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias
de la Educación**

Escuela de Educación Especial y Preescolar

**Propuesta de un Manual de Ejercicios Psicomotrices para el
desarrollo del Esquema Corporal en niños de 4 a 5 años de edad
con Parálisis Cerebral**

**Trabajo de graduación previo a la obtención del
título de Licenciada en Ciencias de la
Educación, Mención en Educación Especial y
Preescolar**

Autora:

Mery Alexandra Calderón Salazar

Director:

Dra. Margarita Proaño

Cuenca - Ecuador

2007

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo a Dios por bendecirme tanto en mi vida. A mis padres y hermanos, por su paciencia, cariño y comprensión. A mi esposo Edgar, por darme siempre ánimo para seguir adelante. A mis queridas y grandes amigas Adriana y Karen por su amistad sincera y muy especialmente a los niños y niñas con parálisis cerebral para quienes hice este trabajo.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por permitirme llegar a este momento tan especial y por la oportunidad que he tenido de aprender, mejorar y de crecer junto a seres tan especiales para mí.

A todas aquellas personas que de una u otra manera han compartido mi vida durante el transcurso de estos últimos años, mis más sinceros agradecimientos por su comprensión, estímulo y ayuda, ya que son parte de mi vida.

Agradezco muy especialmente, a mi Directora de Monografía, Dra. Margarita Proaño, por toda su paciencia, entrega y guía en este trabajo.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Dedicatoria.....	II
Agradecimientos.....	III
Índice de Contenidos.....	IV
Resumen.....	VI
Abstract.....	VII
Introducción.....	1
Capítulo 1: Parálisis Cerebral.....	4
Introducción.....	3
1.1 Definición.....	3
1.2 Causas.....	4
1.3 Clasificación.....	6
1.4 Diagnóstico.....	12
1.5 ¿Cómo es la psicomotricidad del niño sano y del niño con PC de los 4 a 5 años de edad?.....	15
Capítulo 2: Psicomotricidad.....	23
Introducción.....	23
2.1 Características, Importancia, Psicomotricidad y relación con el desarrollo del pensamiento.....	23
2.1.1 Conceptos.....	23
2.1.2 Características e importancia.....	25
2.1.3 Psicomotricidad y relación con el desarrollo del pensamiento.....	26
2.2 Estructuración del Yo Corpóreo: Concepto, Evolución, importancia, características, proceso.....	27
2.2.1 Concepto.....	27

2.2.2 Evolución	28
2.2.3 Importancia y Características.....	29
2.2.4 Proceso.....	30
2.2.4.1 Diálogo Tónico.....	30
2.2.4.2 Juego Corporal.....	34
2.2.4.3 El equilibrio del cuerpo.....	35
2.2.4.4 Control de sí mismo.....	36
Conclusiones.....	37
 Capítulo 3: Manual de Ejercicios Psicomotrices para el desarrollo del esquema corporal en niños con Parálisis Cerebral.....	 38
Introducción.....	38
3.1 Organización general del Manual.....	38
3.2 Sala de Psicomotricidad.....	39
3.3 Ejercicios Psicomotrices.....	43
Conclusiones.....	48
Conclusiones y recomendaciones.....	49
Bibliografía.....	50

RESUMEN

El tratamiento y manejo del niño con parálisis cerebral implica enfrentarse a una amplia gama de problemas, tales como su dificultad para estructurar un buen esquema corporal.

Este trabajo analiza en el campo teórico, aspectos importantes sobre parálisis cerebral y psicomotricidad; que son la base para trabajar los ejercicios para el desarrollo del esquema corporal. Éste puede mejorar considerablemente cuando el niño vive la experiencia del movimiento corporal.

En el aspecto práctico se proponen ejercicios de movilización global, segmentaria y de extensión, de la etapa del Diálogo tónico, basados en el método de Vayer; cuyos ejercicios son realizados con la ayuda del adulto.

ABSTRACT

The treatment and handling of the child suffering from cerebral palsy implies facing a wide variety of problems, such as his difficulty to structure a good corporal scheme.

This paper analyzes, in theory, important aspects regarding cerebral palsy and psychomotility which are the bases upon which to work the exercises for the development of the corporal scheme which can improve considerably when child lives the experience of body movement.

In the practical aspect, global, partial, and extension movement exercises are proposed, which belong to the stage of Tonic Dialogue and are based on the Vayer method whose exercises are done with adult help.

INTRODUCCION

El objetivo del presente trabajo, es ofrecer a los profesionales, padres y fundamentalmente a los niños con parálisis cerebral una herramienta que les ayude a mejorar su esquema corporal a través del desarrollo de ejercicios psicomotores, basados en la Etapa del Diálogo Tónico, de la Construcción del Yo Corpóreo del método de Vayer.

Para facilitar el desarrollo de esta propuesta de ejercicios psicomotrices para niños con parálisis cerebral, resulta importante conocer previamente los aspectos más importantes relacionados con la Parálisis cerebral y todo lo que ésta implica, tales como su clasificación, causas, diagnóstico, etc. De esta manera conociendo cuáles son las necesidades y limitaciones de los niños con PC podremos hacer un buen trabajo con la movilización de su cuerpo.

Considerando que estos ejercicios psicomotrices ofrecen a los niños una gran cantidad de experiencias que se dan a través del movimiento corporal y que hacen que el niño tome conciencia de su propio cuerpo, surge esta propuesta de combinar el Método de Vayer con el conocimiento de las dificultades que presentan los niños con PC sobre su retraso motor para trabajar así, en base a esas dificultades.

Por otro lado sabemos que el movimiento es, junto con las percepciones, la primera forma de conocimiento que pone al hombre en contacto con el mundo que le rodea, proporcionándole, en consecuencia, medios para lograr su progresiva madurez, y, por su parte, el psiquismo cada vez más maduro y equilibrado dirige el movimiento haciéndole más perfecto y adecuado a sus fines. Por esta razón, a través de la psicomotricidad buscamos que el niño tome conciencia de su propio cuerpo y así una mejor organización de su esquema corporal.

Se hace necesario entonces, considerar cuál es el nivel de desarrollo del niño con parálisis cerebral y en base a esto organizar los ejercicios que mejor se adapten a las posibilidades del niño.

Todos estos aspectos deben tomarse en cuenta cuando evaluamos los problemas del niño. Es más, en muchos casos, la edad cronológica del niño no corresponde a su edad de desarrollo. Un niño de 4 años, por ejemplo, puede no haber progresado en lo que respecta a sus movimientos y habilidades más allá de lo que corresponde a un bebé, mientras que otro niño puede estar dentro de los límites normales en lo que se refiere a habilidades motoras gruesas, pero ser incapaz de hablar.

Considero también que es importante el lugar donde se realizan los ejercicios psicomotrices al niño con PC, para esto, en este trabajo se proponen ideas para la adecuación de una sala de psicomotricidad, que es un elemento importante para la realización de esta intervención psicomotriz.

Por último, es necesario que el padre de familia, maestro o terapeuta tome en cuenta, en el momento de la sesión psicomotriz, las habilidades y limitaciones del niño. En este trabajo se sugieren junto con cada actividad las formas de cómo movilizar al niño, considerando por ejemplo la presencia de un reflejo de Moro, una tendencia excesiva a la extensión o flexión del cuerpo, etc.

Espero que este trabajo constituya un aporte significativo para mejores días del niño con parálisis cerebral.

CAPITULO I

PARÁLISIS CEREBRAL

Introducción

El propósito de plantear este capítulo es para proporcionar la información necesaria sobre lo que es la parálisis cerebral y todos los aspectos que considero indispensables de conocer como son las causas, características, diagnóstico y clasificación, lo que facilitará el trabajo con los niños que presenten este tipo de afección, dentro de la propuesta del manual de ejercicios para el desarrollo del esquema corporal en niños con parálisis cerebral.

Así también conoceremos las diferencias que existen en el desarrollo del movimiento de un niño sano y con parálisis cerebral. Todo esto nos ayudará a tener una idea clara de cómo es que vamos a trabajar con el niño con esta dificultad y al mismo tiempo, entender cuáles son sus posibilidades de logro y sus limitaciones dependiendo del tipo de parálisis que éste presente.

1.1 Definición

“La Parálisis Cerebral puede definirse como una deficiencia neuro-muscular causada por lesiones en los centros motores del cerebro, ya sea antes de nacer, al nacer o en la primera o segunda infancia. Las alteraciones de la función motora comprenden espasticidad, incoordinación, rigidez y a veces temblor. La lesión cerebral no solamente produce alteraciones neuromusculares sino que, frecuentemente causa retardo mental, desordenes sensoriales, convulsiones, alteraciones auditivas y oculares y también trastornos de conducta”. (Levitt, 1990, p.15)

Como podemos ver la parálisis cerebral afecta directamente las estructuras encefálicas que están encargadas del movimiento y muchas veces se acompañan de otros trastornos. Creo que esta definición describe claramente lo que es la parálisis cerebral que puede producirse en diferente época de la vida de un ser humano.

1.2 Causas

Sobre las causas Levitt (1990, p. 16-17) nos dice:

“En algunos casos, la causa no está determinada y en muchos otros, el hecho de conocerla no indica necesariamente un diagnóstico o un tratamiento específico. Sin embargo, el terapeuta debe familiarizarse con la anamnesis del caso. Buena parte de estos niños están afectados desde la lactancia y han causado dificultades en su alimentación y control lo que influyó en las relaciones entre los padres y el niño. Además a veces la anamnesis puede ofrecer alguna indicación del pronóstico, como por ejemplo microcefalia marcada, en cuyo caso el pronóstico sería pobre”.

Pienso que existen diversas causas que producen el daño encefálico y que la parálisis cerebral no es una sola enfermedad con una sola causa, sino un grupo de trastornos relacionados entre sí que tienen causas diferentes.

Basado en algunos autores (Levitt, 1990 p.16, Ruiz, 2004 p. 289, Arcas, 2004 p. 323) se propone el siguiente resumen:

FACTOR	CAUSA
Familiar	Predisposición genética
Prenatal	Hipoxia: falta de oxígeno Infección prenatal: Rubéola, toxoplasmosis, citomegalovirus Exposición a rayos x Diabetes Incompatibilidad sanguínea. Incompatibilidad Rh.
Perinatal	Desprendimiento de la placenta Prematuridad Anoxia: estado de oxigenación insuficiente. Traumatismos por fórceps
Postnatal	Enfermedades infecciosas: Meningitis, Meningoencefalitis Accidentes cardiovasculares Ictericia neonatal excesiva Traumatismos craneales

A continuación me permito describir los factores de riesgo, que a mi juicio, son mayores para padecer una Parálisis Cerebral:

- Los niños prematuros o que tienen un peso bajo al nacer. El riesgo es más alto entre los niños que nacieron con menos de 2500 gr. y entre los niños nacidos con menos de 37 semanas de gestación.
- Los bebés de madres que tuvieron un parto muy difícil, sobre todo en casos de presentación de nalgas.
- Problemas respiratorios o vasculares en el bebé durante el parto pueden causar daño permanente en el cerebro.
- Los bebés que expulsan meconio, lo que significa que estaban eliminando heces dentro del útero.
- Malformaciones congénitas en lugares diferentes del sistema nervioso.
- Baja puntuación Apgar. La puntuación Apgar es una evaluación numérica que refleja la condición del recién nacido. Para ello, los médicos verifican al minuto y a los 5 minutos de haber nacido, la frecuencia cardíaca del niño, la respiración, el tono muscular, los reflejos y el color de la piel.

Los médicos asignan puntos y cuanto más alta da la puntuación, más normal es el estado del niño. Una baja puntuación es una importante señal de posibles problemas.

- Partos múltiples. Gemelos, trillizos u otros partos múltiples se asocian a un riesgo más alto de Parálisis Cerebral.
- Hipertiroidismo maternal o retraso mental. Es un poco más probable que las madres con alguna de estas condiciones tengan niños con parálisis cerebral.

La multiplicidad de causas o factores de riesgo presentados nos acerca una vez más a la heterogeneidad que existe en la parálisis cerebral.

La existencia de una etiología multifactorial señala la necesidad de que los estudios que se realicen aporten la información disponible sobre los antecedentes de los sujetos con PC.

Es importante conocer estas señales de advertencia, ya que ayuda a los médicos a mantener una estrecha vigilancia, pero los padres no deben alarmarse si su hijo presenta unos o más de estos factores de riesgo, ya que en la gran mayoría de las ocasiones no tienen y no desarrollan Parálisis Cerebral; sin embargo no sería por demás estar siempre atentos al desarrollo del niño.

1.3 Clasificación

Según Pellegrini (1991, p. 2-8) La parálisis cerebral infantil se divide en las siguientes formas:

a) Espásticas

Pellegrini (1991, p. 1,4) dice “Su característica es un aumento del tono postural con consiguiente reducción del movimiento, que se realiza constantemente según esquemas motores anormales. Frecuentemente los espásticos presentan crisis de tipo epiléptico, que son más habituales que en los atetoides. Las lesiones son prevalentemente corticales, lo cual justifica la frecuente presencia de disturbios agnósticos y dispráxicos.”

Su limitada posibilidad de movimiento hace que el niño espástico, al tener un reducido bagaje de experiencias, presente problemas de aprendizaje que están asociados a la falta o deformada experiencia de espacio, de tiempo, de manipulación y a la presencia de problemas visuales o afectivos.

Los espásticos requieren de mucha estimulación para evitar que su desarrollo intelectual se vea afectado también y así proporcionarle al niño la mayor cantidad de experiencias posibles.

Pellegrini (1990, p. 5) señala que “el niño con un cuadro de hemiplejía espástica es frecuentemente vivaz. Su problema principal es aquel de descuidar el hemisoma paralizado, asumiendo así posiciones siempre más asimétricas”.

El niño hemipléjico espástico tendrá bajo el control de su vista el hemisoma sano, mientras que el otro será ignorado.

Para esto será siempre importante proporcionarle en el hemisoma paralizado el mayor número de experiencias de movilidad y manipulación que sean posibles y que así pueda interiorizar esa parte de su cuerpo.

Levitt (1990, p. 21) dice: “En el caso del espástico el modelo de movimiento del brazo por lo general es de flexión-aducción con rotación interna y pronación del codo. Al dar un paso en el acto de caminar, el modelo de movimiento normal es de rotación con flexión-aducción externa de la cadera, mientras que el movimiento espástico es por lo general rotación con flexión-aducción interna de la cadera.”

Debemos entonces tener presente que para la ejecución de los ejercicios psicomotrices el niño espástico, necesita de la guía del adulto para hacer que adquiera las experiencias necesarias, para que pueda percibir un cuerpo activo y armónico y así mejore su interiorización espacial, temporal y de la programación y representación del movimiento.

Michaelis (1989, p.) clasifica la parálisis cerebral según la distribución somática así:

Tetraplejía: Cuando la parálisis ha afectado las cuatro extremidades y frecuentemente también la cabeza.

El tetrapléjico además de una comprometida motilidad de las articulaciones tiene también un escaso control de la cabeza y frecuentemente, problemas del lenguaje. Recordemos que se habla de PLEJIA cuando el déficit motor es grave y de PARESIA cuando el déficit motor es leve.

Triplejía: se encuentran afectadas las extremidades inferiores y una superior.

Paraplejia: Cuando están afectadas solo las extremidades inferiores.

Hemiplejía: Si la parálisis interesa en modo evidente sólo un hemisoma. El hemipléjico no tratado tiene siempre problemas de organización del esquema corporal, por la dificultad de unificar la percepción simétrica de los dos hemisomas.

Monoplejía: se encuentra afectado un sólo miembro.

Creo que ésta clasificación está en función de la extensión de la lesión, sin embargo no debemos olvidar que los miembros no incluidos pueden verse levemente complicados. Levitt sugiere un ejemplo en el que indica que podría ser que el otro lado de un hemipléjico precise tratamiento y señala que los cuadripléjicos a menudo son asimétricos, con algunos de los miembros más atacados que los otros. Por lo tanto el terapeuta debería decidir si su tratamiento involucra o no a los miembros que “no están afectados”.

b) Atetósicos.

Con relación a los atetósicos Pellegri (1991, p. 3) dice: “Casi siempre generalizada, interesa mayormente a las extremidades superiores más que a las inferiores. El tono fluctúa en razón de que sobre la hipertonía de base se aprecian variaciones hipertónicas que determinan el apareamiento de hipercinesias: movimientos involuntarios, lentos, difundidos en todo el cuerpo, pero más evidentes en las extremidades distales y en la cara”.

Estos movimientos involuntarios son movimientos muy comunes, sin un propósito determinado y a veces incontrolables como sacudida, temblores, manotazos, rotaciones o fuera de cualquiera de los modelos. Algunos atetoides no logran mantener su peso sobre los pies, por lo que continuamente mueven los pies hacia arriba o hacia arriba y afuera en una danza atetoide.

Presentan también dificultad para mirar hacia arriba y a veces para cerrar los ojos de manera voluntaria. Sin embargo, es siempre posible que logre la caminata autónoma y la adquisición de habilidades funcionales satisfactorias.

Pellegrini (1991, p. 6) indica también que “generalmente el niño atetósico es inteligente, colaborador, tendencialmente hiperactivo, constante y por eso es capaz de iniciativas y autonomía. Presenta siempre disturbios en el lenguaje por su dificultad de articular y frecuentemente hipoacusia”.

De acuerdo a lo que plantea Pellegrini el atetósico no tiene problemas escolares dependiendo del tipo de lesión, su única dificultad, es el ritmo de ejecución de la escritura por ser obviamente más lento que el de los demás.

Sus desadaptaciones pueden ser debidas a sus exigencias de ser igual a los demás, promovidas generalmente por el ambiente familiar o escolar.

En el caso de los niños atetósicos debemos tener en cuenta que la atención concentrada le ayuda a controlar sus movimientos involuntarios y que debemos brindarle en todo momento seguridad y motivación por sus logros.

c) Distónicas.

Pellegrini (1991, p. 3) nos dice que “También están generalizadas, raras veces localizadas en un solo hemisoma o en las articulaciones inferiores. Se caracterizan por una alteración del tono muscular representado por bruscas variaciones tónicas que condicionan la realización de movimientos anormales con las características a ellos impuestas por la influencia de los reflejos patológicos, del tipo arcaico. Tienen muy pocas posibilidades de efectuar actividades motrices finalizadas”.

Tomando en cuenta entonces que las articulaciones más afectadas son generalmente las superiores, puede suceder que el niño camine pero que no pueda usar las articulaciones superiores.

También podemos notar que el niño distónico, no podrá nunca usar un esquema organizado de movimiento a causa de los disturbios de coordinación que le impiden inhibir completamente el esquema patológico, aún tratado precozmente.

Al tener el niño distónico problemas de articulación de la palabra y de la emisión de la voz y no poder controlar la respiración, se vuelve fundamental, el trabajo con ejercicios de respiración que le ayudarán a superar estas dificultades.

En el caso del niño distónico, es importante corregir las posturas erradas y propiciar posiciones tendientes a impedir el apareamiento de movimientos reflejos, así como también promover en él las exploraciones corporales y del espacio, para que logre una buena maduración global.

Además, es necesario tener con ellos un comportamiento equilibrado y de seguridad para ayudarles a superar su tendencia a la depresión.

d) Atáxicas

Pellegrini (1990, p. 3) plantea que éstas “son debidas a una lesión que ataca al sistema cerebeloso, cuyas características fundamentales son la hipotonía, la falta de equilibrio y la dismetría; o sea la incapacidad de coordinar la actividad de los músculos agonísticos y antagonísticos para lograr un determinado objetivo. Tiene notables dificultades en el equilibrio y la coordinación motora global. Hay mala fijación de la cabeza, tronco, hombros y cintura pélvica. Algunos atáxicos compensan en demasía la inestabilidad mediante reacciones excesivas, con los brazos para mantener el equilibrio”.

Se puede observar que el atáxico en la alfombra se presenta con las extremidades inferiores extragiradas y en posición de abducción. Las articulaciones superiores están mantenidas flexionadas en la posición de niño inmaduro. Se mueve poco y tiende a quedarse en la posición en la cual se le pone. Es generalmente abúlico y decaído, lento e inseguro en cada respuesta. El lenguaje es generalmente bradilálico.

El atáxico camina generalmente lanzando las piernas y manteniendo la base de apoyo extendida, ancha. Es un niño que cae frecuentemente y no sabe evitar los obstáculos.

La dismetría se manifiesta en la falta de coordinación de las actividades ya sea a nivel de las articulaciones superiores o de las inferiores.

Cuando quiere asir un objeto se extiende demasiado o no llega. Hay escasos movimientos manuales finos. Los cambios posturales son dificultosos a medida que se reduce la base de apoyo.

El niño atáxico procede hacia la autonomía motriz bastante rápidamente hasta lograr la movilización con un andador, después si no tiene el apoyo se arrastra por temor a caer.

Las propuestas de movimiento para el niño atáxico deben ser graduadas, acompañadas siempre por órdenes que le den seguridad y facilidades funcionales.

e) Formas Mixtas

Pellegrini (1990, p. 3) señala que “son las más frecuentes, en las cuales las características antes analizadas están variadamente combinadas con prevalencia muy frecuente de unas sobre otras”.

Así tenemos el caso del atetósico-distónico que cuando llega a la edad de la adolescencia, si no es severo, puede controlar voluntariamente las distonías logrando moverse en forma más coordinada.

Es todavía posible a esta edad obtener nuevas realizaciones funcionales, conciencia de sí, y por lo tanto, de la gravedad patológica con todas las implicaciones socio-afectivas que aquello comporta.

Es frecuentemente posible para ellos el ingreso a la escuela, también a los estudios universitarios, si son oportunamente dotados de auxiliares electrónicos o computarizados.

De acuerdo a la clasificación de la parálisis cerebral según Michaelis (1989) ésta puede clasificarse también por la intensidad; es decir dependiendo del grado de incapacidad y autonomía en:

- a) **Suave.-** Aquí la persona puede cuidar de sí misma, no tiene dificultades de expresión y camina sin ayuda.
- b) **Moderada.-** La persona necesita de cuidados, ya que no puede cuidarse sola. Presenta dificultades en ambulación y a veces en la expresión y necesita de aparatos ortopédicos.
- c) **Severa.-** La persona necesita de un tratamiento constante por la intensidad de la lesión. El pronóstico de ambulación, expresión y capacidad de autocuidado es poco favorable y por lo tanto necesitará de ayuda toda la vida.

Es importante que los padres y maestros conozcan el grado de autonomía que puede tener el niño con parálisis cerebral, esto ayudará a proporcionarle, en el caso de la parálisis cerebral moderada los aparatos ortopédicos que faciliten su autonomía.

1.4 Diagnóstico.

Según FUNDACION ONCE. Parálisis Cerebral. España 2006. [3/01/07. 15h20]
www.discapnet.es/Discapnet/Castellano/Salud/Discapacidades/Desarrollo+Motor/Paralisis+cerebral/Descripcion.htm#diagnostico para poder realizar un diagnóstico correcto es necesario realizar:

Examen físico

Gracias a él, el médico obtiene los datos sobre los antecedentes prenatales y nacimiento del bebé. Normalmente, el diagnóstico no puede realizarse hasta que el niño tiene entre 6 y 12 meses, en el que el niño debería haber alcanzado ciertas etapas de desarrollo, como iniciar el andar, controlar las manos y la cabeza.

El médico debe verificar los síntomas descritos (desarrollo lento, tono muscular anormal y postura irregular), poner a prueba los reflejos del niño y observar la tendencia inicial en cuanto a la preferencia de mano.

Exámenes diagnósticos

Examen neurológico:

Este examen debe realizarse cuando el niño complete el tercer día de vida o más, a menos que se encuentre gravemente enfermo, ya que a partir de ese día los signos neurológicos son más estables.

Dr. Holt (1982, p.7-13) dice: “El Examen Neurológico en el recién nacido se realiza en el orden siguiente: Inspección de la postura, movimientos espontáneos y vivacidad, después evaluación del tono muscular y verificación de los reflejos; finalmente se realiza un examen ocular”.

Inspección.- No debe hacerse de prisa ya que cada minuto empleado en ella puede proporcionar resultados valiosos.

Se observará la posición y movimientos espontáneos en supino. En un niño normal los brazos y las piernas están en flexión. Los miembros se mueven libremente y con frecuencia; ocasionalmente el niño vuelve la cabeza hacia uno u otro lado.

Denotará como signo anormal, que el niño presente poca tendencia a moverse, rigidez en brazos o piernas o flexión no notable.

En prono normalmente la cabeza girará hacia un lado, los brazos están flexionados y la pelvis reposa sobre el lecho. Hay menos movimientos en esta posición. En el caso de un signo de anormalidad puede que el niño coloque sus piernas en flexión y la pelvis puede estar levantada sobre el lecho.

En suspensión ventral, en el niño sano normalmente sus miembros cuelgan permaneciendo parcialmente flexionados y la cabeza se levanta algunos instantes. En el caso de signos anormales se evidencia una menor tonicidad muscular, las piernas y cabeza cuelgan plácidamente y hay movimientos menos acentuados y más torpes comprendiendo todo el cuerpo.

Vivacidad.- Se observa en el niño sano su apetito, movimiento de labios, rostro y estado general, y se debe palpar fontanela y medir la circunferencia cefálica. En el niño con signos anormales podríamos encontrar pocas respuestas.

Estudio del tono muscular.- Se puede efectuar de tres formas. Determinando la amplitud del movimiento de varias articulaciones, observando la inicial prontitud con que el miembro explorado, colocado en ciertas posiciones, vuelve a su posición inicial y sacudiendo el brazo o la pierna con rapidez.

Verificación de reflejos: Se evaluará la manifestación de los reflejos de Moro, Reflejo de Preensión Palmar y plantar, reflejo de extensión cruzada, reflejo de colocación, reflejo de marcha y reflejo de incurvación del tronco.

Desde el momento del nacimiento hasta los 3 meses debemos tener en cuenta si el niño está soñoliento o letárgico, o no mama bien, vomita, no reacciona a los estímulos, tiene dificultad para respirar, o si presenta convulsiones o calambres hay que sospechar de la existencia de alguna lesión cerebral.

A partir de los cuatro meses aparece un período de desarrollo rápido que trae consigo nuevos caracteres motores y sensoriales. Es así que existirán signos de lesión cerebral cuando exista una falta de control de la cabeza, presencia de reflejo de Moro, flexión de los dedos y estrabismo persistente.

A los ocho meses la persistencia del reflejo tónico del cuello es uno de los signos sospechosos de lesión cerebral. A los diez meses si el niño arrastra las piernas al gatear, las pone en abducción al intentar ponerse en pie, babea con exageración, no come alimentos sólidos o es incapaz de coger cosas con las manos debe asumirse que sufre una incapacidad neuromuscular.

Otras pruebas:

Resonancia magnética (RM). Esta técnica utiliza un campo magnético y ondas de radio en lugar de rayos X. La RM da mejores imágenes que el TAC, de estructuras o áreas anormales localizadas cerca de los huesos.

Tomografía computarizada (TAC): utiliza una combinación de radiografías y tecnología computarizada para obtener imágenes de cortes transversales del cuerpo, tanto horizontales como verticales. Se obtienen imágenes detalladas de cualquier parte del cuerpo, huesos, músculos, tejido adiposo y de los órganos.

Ultrasonido. Esta técnica envía ondas de sonido al cerebro y utiliza el patrón de ecos para formar una imagen, o sonograma, de sus estructuras. El ultrasonido se puede utilizar en los niños antes de que los huesos del cráneo se endurezcan y se cierren. A pesar de que es menos precisa que el TAC y la RM, esta técnica puede detectar quistes y estructuras en el cerebro, es más barata y no requiere de períodos largos de inmovilidad.

Electroencefalograma: se registra la actividad eléctrica cerebral mediante unos electrodos que se adhieren al cuero cabelludo.

Estudios metabólicos: se utilizan para evaluar la ausencia o falta de una enzima específica necesaria para mantener la función química normal del cuerpo.

Considero que la identificación temprana de los bebés con Parálisis Cerebral, les da la oportunidad de desarrollar al máximo sus capacidades.

Normalmente, las primeras señales de la Parálisis Cerebral aparecen antes de los 3 años de edad, y a menudo los padres son las primeras personas que sospechan que su niño no está desarrollando las destrezas motores normalmente.

Los padres que por alguna razón estén preocupados por el desarrollo de su hijo deben ponerse en contacto con su médico, que podrá ayudarles a distinguir las variaciones normales en el desarrollo de un trastorno del desarrollo.

1.5 ¿Cómo es la psicomotricidad (desarrollo del movimiento) del niño sano y del niño con PC a los 4-5 años de edad?

Para ser capaces de apreciar y entender los cambiantes problemas en el desarrollo físico del niño con parálisis cerebral, es indispensable que primero sepamos algo acerca del desarrollo físico del niño normal, incluyendo los patrones de movimiento más importantes que son la base de las actividades futuras.

Vamos a analizar el desarrollo de la motricidad en los niños de 4 a 5 años, porque es justamente desde esta edad que la figura humana asume más las características de verdadera semejanza con el niño y se modifica con el aparecer de extremidades y luego del tronco. El niño proyecta la percepción que tiene de sí como unidad corporal y como persona.

Bottos (1987, p. 1) dice: “La presencia persistente de un grupo de movimientos genéticamente programados fuera de su época de funcionalidad o su falta de influencia por no aparición, determinan una alteración del juego interactivo de los otros grupos, con consecuente desarrollo disarmónico que puede dar lugar al mal llamado “retardo motriz.”.”

“Este retardo motriz se refiere al concepto cronológico de las etapas motrices: el niño no logra determinadas metas en aquel determinado tiempo y por lo tanto está en retardo”. (Bottos, 1987, p.1)

Creo que el niño con parálisis cerebral, al igual que los demás niños aprende un movimiento “sintiéndolo” y ensayándolo. Mientras que el niño normal tiene una habilidad natural para adaptar sus movimientos a su gusto, el niño con parálisis cerebral se ve limitado a pocos e inadecuados movimientos, que se vuelven estereotipados y sobre los que basará cualquier habilidad que adquiera más adelante. Si, para empezar, el niño solo usa patrones de movimientos defectuosos, continuará usándolos y perpetuará sus faltas originales.

Esto impedirá un desarrollo físico más normal, y la repetición de estos movimientos defectuosos puede conducir, a la larga, a contracturas y deformidades que será muy difícil y costoso corregir y algunas veces imposible.

El control de la cabeza es fundamental para el desarrollo de las funciones motoras y es el primer paso del bebé hacia su independencia, ya que luego de haberlo logrado aprenderá a darse vuelta, sentarse, a gatear y posteriormente a caminar. Los músculos del cuello se desarrollan y nos proveen la capacidad de mantener la cabeza en línea media. La cabeza en línea media nos permite enfocar y detener la mirada, primer logro funcional para el aprendizaje.

El control de la cabeza alrededor del tercer mes es el punto de partida hacia el desarrollo del equilibrio. A los seis meses ya sostiene bien la cabeza y forma una unidad cabeza-cuello en bloque, que le permite junto con la vía visual mantener la postura y el equilibrio.

Con frecuencia, los niños con Parálisis Cerebral alcanzan con mayor lentitud las etapas del desarrollo como el aprender a rodar, sentarse, gatear, sonreír o caminar. Finnie (1976, p. 33-38) hace una comparación entre las secuencias de movimientos normales y anormales de la siguiente manera:

“Si nosotros queremos iniciar cualquier movimiento para **cambiar de la posición de acostado boca arriba a sentado**, el primer movimiento será alzar nuestra cabeza al mismo tiempo que llevamos nuestros hombros y brazos hacia delante, y encorvamos la parte alta de nuestra columna vertebral. De esta manera, iniciamos o facilitamos la secuencia de movimientos necesarios para sentarnos”.

Cuando el niño con parálisis cerebral está acostado sobre la espalda vemos con frecuencia que su cabeza está presionando hacia atrás, y algunas veces sus hombros y sus brazos también están pegados al suelo.

Es completamente incapaz de iniciar el movimiento de doblar hacia delante su cabeza y sus hombros y encorvar su espina, sus movimientos que son esenciales para cambiar de posición.

“Cuando nosotros queremos iniciar cualquier movimiento para **cambiar la postura de acostado boca abajo**, por ejemplo sentarnos, volvernos de un lado, etc, el primer movimiento es levantar nuestra cabeza hacia atrás, al mismo tiempo que llevamos nuestros hombros y nuestros brazos hacia delante extendiendo la parte alta de nuestra columna vertebral. De esta manera iniciamos o facilitamos el movimiento o secuencias de movimientos necesarios para cambiar de esta postura”. (Finnie, 1976, p.34)

Cuando el niño con parálisis cerebral está acostado boca abajo, a menudo su cabeza esta pegada contra el suelo, al igual que sus hombros y brazos. El niño no puede iniciar ningún movimiento para cambiar de postura, porque, es completamente incapaz de levantar su cabeza, enderezar su espina dorsal o llevar los brazos hacia delante, todo lo cual es indispensable para cambiar de esta posición.

En los dos casos de cambio de postura, estando boca abajo o boca arriba y cambiando a otra postura se nota que existe un elemento importante para lograr estas acciones y esto es el control de la cabeza. Difícilmente un niño con parálisis podría lograr esta acción si no tiene control sobre su cuello y cabeza.

Finnie (1976, p. 39-44) describe algunos de los movimientos normales que el niño con parálisis cerebral puede ejecutar pero de manera anormal de la siguiente manera:

“Si nosotros queremos iniciar el **movimiento de rodarnos**, que nos permitirá ponernos boca arriba en vez de boca abajo, o viceversa, el primer movimiento es levantar nuestra cabeza y hombros al mismo tiempo que rotamos nuestros hombros y caderas. Llamamos a este movimiento de “rotación”.

Cuando el niño con parálisis cerebral trata de rodarse, vemos que no puede hacerlo. La ausencia de rotación se debe a su incapacidad de controlar la posición de su cabeza como se describió previamente, y a la general espasticidad, atetosis o flacidez de sus músculos, que le impiden coordinar las secuencias de movimiento entre sus hombros y sus caderas”.

Cuando por ejemplo un niño espástico dipléjico trata de rodarse, sus caderas y piernas se entiesan y el movimiento se inicia solo en la cabeza, hombros y tronco.

En el niño atetoide el movimiento de rodarse se inicia solo con las caderas y piernas, mientras la cabeza, hombros y brazos presionan contra el suelo. Movimientos tales como levantarse del suelo o caminar son imposibles.

Podemos entonces darnos cuenta de que no debemos observar en el niño con Parálisis únicamente su cabeza, sus manos o sus pies, sino que debemos fijarnos en el resto del cuerpo también.

Cuando un niño puede hacer un movimiento pero lo hace de manera anormal, debemos analizar qué tanto de este movimiento es normal, y en qué se deteriora y cuál es la razón. La meta siempre que sea posible, no es simplemente hacer que el niño se mueva, sino que siga mejorando cada día la calidad de sus movimientos.

Finnie (1976, p. 39) menciona también: “En la acción de **empujarse hacia atrás sobre el suelo, haciendo puente**, el niño normal alrededor de los ocho meses cuando esta recostado sobre su espalda dobla sus rodillas, apoya sus pies sobre el suelo, levanta su estómago arqueando la espalda y después, se empuja hacia atrás”.

El niño espástico casi nunca alza el estómago arqueando la espalda. Incapaz de doblar sus pies lo suficiente para apoyar la planta sobre el suelo, se empuja con los dedos de los pies, acentuando su tendencia a entiesar las piernas y las caderas; que si no lo corrige lo hará incapaz de estar de pie o caminar apoyando todo el pie sobre el suelo.

El niño atetoide no puede hacer un puente porque es incapaz de extender sus caderas completamente e inmediatamente su cabeza y hombros son empujados hacia atrás; los brazos se doblan o se entiesan.

Aquí será antes necesario, animar tanto al niño espástico como al niño atetoide a que aprenda a rodarse lo mejor posible.

Finnie (1976, p.39) indica que “la acción de **arrastrarse sobre el estómago** la realiza un niño de ocho meses de edad, y la ejecuta empujándose hacia atrás con los brazos y pivotando. Mas adelante, se empuja hacia delante sobre su estómago, usando sus brazos en un movimiento como de nadar e impulsándose con una y otra pierna alternativamente”.

El niño espástico dipléjico lleva los brazos hacia su cuerpo, dobla la cabeza y encorva la espalda, al mismo tiempo que sus caderas y piernas están rígidas y estiradas. El niño atetoide generalmente es incapaz de arrastrarse o gatear, ya que no puede alzar y mantener erguida su cabeza, y no puede soportar suficiente peso en sus brazos cuando está acostado boca abajo. Por lo tanto solo puede moverse rodándose de manera anormal o empujándose sobre su espalda.

Si consideramos la importancia fundamental de reptar y gatear para el logro de otras capacidades: sensoriales, motrices e intelectuales, podemos entender muchas dificultades que el niño con parálisis cerebral tendrá en el futuro.

En **la acción de caminar y dar un paso**, Finnie (1976, p.44) dice que “la edad para que un niño normal empiece a caminar es por lo general alrededor de los doce mese, cuando ya adquirió algún equilibrio para estar de pie, aunque sea por breves momentos.

Mantiene su equilibrio doblando ligeramente sus caderas y rodillas, y parándose sobre una base ancha, las piernas abiertas, los pies sobre el suelo y los talones bajos”.

En el niño espástico es evidente que el permanecer de pie sobre una base tan estrecha, con el peso apoyado sobre el lado interno del pie, imposibilita mantener el equilibrio y pasar el peso del cuerpo de un lado a otro, o hacia delante.

Otros niños espásticos permanecen tan rígidos sobre ambas piernas, que aún cuando los empujen hacia delante, no pueden doblar sus caderas para dar un paso.

Para el niño atetoide es difícil vencer la fuerza de gravedad, y cuando se le pone de pie, cae de rodillas o hacia atrás. Por esta razón, no tiene equilibrio para estar de pie ni puede cargar el peso del cuerpo hacia un lado o hacia delante.

El papel de la intervención precoz es fundamental en el tratamiento psicomotriz del niño, para que sea el terapeuta quien ayude a vencer poco a poco las dificultades y así poder adquirir capacidades indispensables para su autonomía.

Es interesante observar que no existen alternativas a los tipos anormales de estar de pie y caminar que hemos descrito. Sin embargo, aunque los niños con parálisis cerebral tienen problemas básicos comunes, existen variaciones individuales que son importantes, y solo el terapeuta, en el curso del tratamiento, podrá aconsejar de la mejor manera a los padres sobre la mejor manera de manejar estas dificultades.

Para Granda (2002, p.57-59) “las habilidades motrices que implican el desplazamiento del cuerpo son las de marcha y sus variaciones, carrera, salto, lanzamiento, recepción y patada.

Éste señala que la marcha en el niño de 4 años se hace más armoniosa, aparece un balanceo de brazos de forma rítmica y una mayor coordinación en los pies, que ahora es la fuente de impulso.

A partir de los 5 años se puede considerar que la mayoría de los niños realiza una marcha madura. Las características son:

- Tronco recto pero no rígido
- Brazos en balanceo libre en un plano sagital.
- Los brazos se balancean en oposición a las piernas.
- Movimiento rítmico en las zancadas.
- Transferencia fluida del peso del talón a punta.
- Los pies siguen una línea en dirección de la marcha.
- Los ojos se fijan en el horizonte, sin prestar atención al terreno.

Hablando de las habilidades motrices finas Granda (2002, p. 58) dice: “evolutivamente hablando podemos decir que la motricidad fina mejora de forma progresiva entre los 4 y los 6 años de vida en las acciones simples. Los movimientos aislados de los dedos, tanto de las manos como de los pies, mejoran entre los 5 y los 8 años y las manipulaciones entre los 4 y los 8”.

En el niño sano de los 4 a 5 años de edad podemos observar los siguientes aspectos en el desarrollo de su motricidad, según Schezet:

- Alternan los ritmos regulares de su paso.
- Realiza un salto en largo a la carrera o parado.
- Puede saltar con rebote sobre uno y otro pie.
- Le cuesta saltar en un pie, pero si mantiene el equilibrio sobre un pie.
- Le producen placer las pruebas de coordinación fina.
- Ya puede abotonar ropa.
- Realiza el círculo en sentido de las agujas del reloj.
- No puede copiar un rombo de un modelo.
- Puede treparse, balancearse, saltar a los costados.
- Tiene mas freno inhibitorio.
- Tiene mayor control y dominio sobre sus movimientos.
- Tiene un mayor equilibrio.
- Salta sin problemas y brinca.
- Se para en un pie, salta y puede mantenerse varios segundos en puntas de pie
- Puede realizar pruebas físicas o danzas.
- Maneja el cepillo de dientes y el peine
- Se higieniza y va al baño solo
- Maneja el lápiz con seguridad y precisión.
- Maneja la articulación de la muñeca.
- Lleva mejor el compás de la música.
- Puede saltar de una mesa al suelo

Szechet, Características Evolutivas, 23 de Enero 2007, 18:57.

<http://www.educacioninicial.com/ei/areas/evolutiva/Index.asp>

Al poder analizar el desarrollo de la motricidad del niño sano me he podido dar cuenta de los cambios que le van ocurriendo al niño en la edad de los 4 a los 5 años, cambios en todos los sectores de aprendizajes y que cada uno de ellos sirve para que el niño se desenvuelva de una forma más clara y articulada en cuanto al conocimiento del mundo.

Cabe destacar que cada niño es único, pero que cada uno de ellos debe pasar por determinadas etapas para desarrollarse y crecer como persona.

Refiriéndonos a la complejidad de la parálisis cerebral y sus efectos podemos ver que ésta varía de una persona a otra y el desarrollo de la motricidad en un niño, entre los 4 y 5 años de edad, dependerá del tipo de parálisis que tenga y de otros factores como la estimulación desde temprana edad.

Conclusiones

Es muy importante recordar que la Parálisis Cerebral Infantil, pese a su aparatosidad, no tiene por qué suponer una afectación a nivel cognitivo, por tanto, no debemos descartar la posibilidad de realizar intervenciones desde paradigmas o aproximaciones cognitivistas.

En este sentido podemos añadir que tradicionalmente se ha entendido que las personas con Parálisis Cerebral Infantil tenían mermadas sus facultades cognitivas, concepción que era por aquellos tiempos extendida a cualquier deficiencia tanto motora como sensorial, de forma que se les negaba cualquier oportunidad de desarrollo personal, integración y adaptación lo que supuso abordar el tema desde un punto de vista meramente biológico o médico. Sin embargo, a raíz de la consideración de que no tenían por qué tener afectado el nivel cognitivo se abrieron las puertas a intervenciones psicológicas que incluso asumiendo en ocasiones la merma real de las facultades intelectuales, dieron pie a intervenciones facilitadoras y/o potenciadoras del desarrollo cognitivo.

Pienso que la tarea de conciencia del propio cuerpo por medio de la psicomotricidad, permitirá a este niño conocer cada elemento corporal, para dominarlo y utilizarlo.

CAPITULO II

PSICOMOTRICIDAD

Introducción

A través de este capítulo tendremos una idea más clara del mundo de la psicomotricidad y entenderemos que el movimiento que es, junto las percepciones, la primera forma de conocimiento, pone al niño en contacto con el mundo que le rodea proporcionándole, en consecuencia, medios para lograr su progresiva madurez.

Conoceremos el proceso de construcción del Yo Corpóreo y como éste proceso será nuestra guía y fundamento principal para el trabajo en el desarrollo del esquema corporal en los niños con parálisis cerebral.

2.1. Conceptos, características, importancia, Psicomotricidad y relación con el desarrollo del Pensamiento.

2.1.1 Conceptos

Concepto etimológico.

“Un simple análisis lingüístico de la etimología de la palabra psicomotricidad nos lleva a separar sus dos componentes.: psico y motricidad. **Psico** hace referencia a la actividad psíquica con sus componentes cognitivos y afectivos. El término **motricidad**, considerado globalmente se refiere a la función motriz y se traduce fundamentalmente en el movimiento, para lo cual el cuerpo dispone de la base neurofisiológica adecuada” y concluye diciendo: “Puede definirse la psicomotricidad como una relación mutua entre la actividad psíquica y la función motriz” (VV.AA. *Diccionario Enciclopédico de Educación Especial. 1985, p. 1682*)

Pienso que no estamos compuestos por mente y cuerpo únicamente sino por un todo unitario. Por esta razón, a través de la utilización del movimiento, como medio para actuar sobre la psique del individuo, lograremos la mejora del comportamiento general del niño.

Concepto de Psicomotricidad:

“Basado en una visión global de la persona, el término "psicomotricidad" integra las interacciones cognitivas, emocionales, simbólicas y sensoriomotrices en la capacidad de ser y de expresarse en un contexto psicosocial.

La psicomotricidad, así definida, desempeña un papel fundamental en el desarrollo armónico de la personalidad. Partiendo de esta concepción se desarrollan distintas formas de intervención psicomotriz que encuentran su aplicación, cualquiera que sea la edad, en los ámbitos preventivo, educativo, reeducativo y terapéutico. Estas prácticas psicomotrices han de conducir a la formación, a la titulación y al perfeccionamiento profesionales y constituir cada vez más el objeto de investigaciones científicas.” Linares (1990, p.330-340)

Al ser la psicomotricidad, un elemento importante en el desarrollo integral de un individuo, se convierte en una herramienta fundamental para guiar el trabajo con los niños con Parálisis cerebral.

“Autores de otras tendencias como A. Lapierre y B. Aucouturier también parten del supuesto de que la educación psicomotora es el fundamento de toda educación y definen la psicomotricidad como un proceso basado en la actividad motriz, en el que la acción corporal, espontáneamente vivenciada, se dirige al descubrimiento de las nociones fundamentales y conduce a la organización y estructuración del yo y el mundo”.

Jiménez, Psicomotricidad, aprendizaje, inteligencia y emotividad. 20/01/07.
6:20 www.indexnet.santillana.es/rcs/_archivos/Infantil/Biblioteca/Apuntes/psicom.pdf

La educación debe ser siempre pensada en función del niño y en el caso de lo que plantean Lapierre y Aucouturier, la educación psicomotora ayuda a que el niño tome conciencia, se de cuenta y adquiera el conocimiento y así poco a poco, el dominio de los elementos que constituyen su mundo, gracias a sus desplazamientos y a la coordinación de sus movimientos.

2.1.2 Características e Importancia

La Psicomotricidad tiene como objetivo potenciar el diálogo del niño consigo mismo y conseguir aprendizajes escolares, normalizando el comportamiento a través de la actividad corporal.

Las actividades son concretas y específicas, y se dirigen a una conducta corporal, como lateralidad, equilibrio, tono, respiración, etc. Cuando se tiene que evaluar, se realiza un balance psicomotor inicial, antes de la intervención, y otro final como método de seguimiento.

De forma resumida, la educación psicomotriz, organiza sus objetivos en torno a la relación con uno mismo, a la relación con los objetos y a la relación con los demás.

La Psicomotricidad es importante tanto en el desarrollo afectivo y social como intelectual. Importancia que alcanza su cenit cuando a Educación Infantil se refiere, ya que es en estos años de la vida del niño cuando el movimiento adquiere su máxima dimensión, como vía del conocimiento de sí mismo y del mundo que le rodea. Cualquier déficit en esos momentos cruciales, sin lugar a dudas, va a redundar en problemas de aprendizaje, socialización o de personalidad.

Se recalca la importancia de la psicomotricidad; por la íntima vinculación que existe entre el cuerpo, la emoción, la vida relacional y la actividad cognitiva.

Con relación a la parálisis cerebral los niños con PC muestran un esquema sumamente afectado en su construcción debido a la ausencia o escasez de experiencias motrices, perceptivomotoras y sensoriales; por lo cual la actividad psicomotriz permitirá que el niño descubra el mundo, a los demás y a sí mismo a través del movimiento y la acción.

Por una parte, y a nivel cognitivo, la vivencia corporal de situaciones favorece el paso de la representación mental de las mismas y a la construcción del mundo de la realidad, abriendo así el camino por los aprendizajes esenciales.

Por otra parte, existe una importantísima relación entre motricidad y vida emocional, puesto que las actividades motrices son una fuente básica de placer para el niño y toda vez que las relaciones con los demás se establecen a través del diálogo tónico-emocional.

El cuerpo, a través de sus posiciones, sus movimientos, sus tensiones, sus mímicas, sus contactos, sus distancias y sus ritmos, permite expresar pulsiones, emociones y vivencias.

El cuerpo en el niño con parálisis cerebral se convierte en el principal instrumento de experiencia y aprendizaje y por lo tanto a mayor número de experiencias vividas a través del cuerpo, promoverán en él que exprese lo que vive y siente.

Finalmente, la Psicomotricidad favorece la adaptación del individuo al mundo exterior, puesto que permite la estimulación de diferentes procesos neuromotores: posturales, de coordinación, de equilibrio.

2.1.3 Psicomotricidad y relación con el desarrollo del Pensamiento.

La psicomotricidad es fundamental para el desarrollo del pensamiento, considerando que la experiencia de un movimiento nuevo que vive un niño, es el punto de partida para conocimientos objetuales diversos, con el cual se llega paso a paso, a la formulación abstracta de conceptos que enriquecen con nuevos contenidos al pensamiento.

“Wallon (1942) afirmaba que el pensamiento nace de la acción para volver a ella y Piaget (1936) sostenía que mediante la actividad corporal el niño piensa, aprende, crea y afronta los problemas.

Al mismo tiempo se da en esta etapa privilegiada de la vida un predominio general de la vida afectiva que afecta a cualquier actividad del individuo”.

Berruezo, PSICOMOTRICIDAD. pp. 15-26, Febrero 02 2007, 15h10

http://www.terra.es/personal/psicomot/cuerpo_pscm.html

En el niño con parálisis cerebral la autonomía de movimiento, aunque no sea completa, le va a permitiendo adquirir una relativa independencia de pensamiento y de acción. A partir de la acción el niño con parálisis cerebral, pasa a la representación mental, al simbolismo, a la figuración y a la operación. La actividad corporal (motriz) y las actividades sensoriales contribuirán fundamentalmente al desarrollo temprano de su inteligencia.

García Núñez (1995, p. 25) señala que “el desarrollo de las capacidades mentales (análisis, síntesis, abstracción, simbolización, etc.), se logra sólo a partir del conocimiento y control de la propia actividad corporal, es decir, de la correcta construcción y asimilación de lo que se denomina el esquema corporal. El cuerpo, el movimiento y la acción son los elementos básicos de nuestro conocimiento y comprensión del mundo. El pensamiento se construye con la experiencia del movimiento y la acción”.

El niño percibe el mundo exterior a través de su cuerpo, y es gracias a él como se pone en contacto, explicándolo y dominándolo. Son estas experiencias concretas la base de su desarrollo mental. Todas las experiencias vividas por él llevan una carga emotiva afectiva, fruto de las relaciones de placer o desplacer que establece con el mundo que le rodea.

2.2. Estructuración del Yo corpóreo.: Concepto, Evolución, Importancia, características, proceso.

2.2.1 Concepto

“La construcción del Yo corpóreo constituye la base del trabajo psicomotriz. En este momento el niño aprende a conocer su cuerpo, a interiorizar cada segmento corporal como un todo y como una parte, a dominar cada uno de ellos y todos en conjunto. De esta forma los conoce y forma una imagen mental de los mismos; así construye su Yo corpóreo que más tarde lo podrá representar”. (Proaño, 2002, p.4)

“El niño construye su Yo Corpóreo desde el nacimiento, pasa por un proceso lento, armonioso y continuo. Pero a veces puede suceder que este proceso no se cumple de dicha forma, se corta, se desordena y el resultado es un deficiente desarrollo y por ende una inadecuada construcción del Yo; por medio de la psicomotricidad se pretende armonizar, este desarrollo, llenar vacíos y lograr construir esa corporeidad incompleta o no muy bien cimentada”. (Proaño, 2002, p. 6)

En este caso el conocimiento y la organización del cuerpo en relación al mundo externo es el punto desde el cual parten todas las acciones del niño.

Según Vayer (1980, p. 52) la organización del conocimiento del esquema corporal significa:

- “La percepción y el control del propio cuerpo, esto es, la posibilidad de interiorización de las sensaciones relativas a una u otra parte del cuerpo, pero también las sensaciones de la globalidad del mismo.

Y lo que llamamos educación del esquema corporal:

- El conocimiento y el dominio progresivo de los diferentes elementos corporales: educación de la imagen y del cuerpo.
- El control psico-tónico que permite llegar al control emocional y, por lo mismo, al control relacional”.

Vista así la psicomotricidad, y conociendo las dificultades que el niño con parálisis cerebral tiene para lograr el conocimiento de su cuerpo, justamente por su falta de independencia en el movimiento, adquiere una importancia vital en hacer vivir al pequeño estas experiencias, como base para un posterior desarrollo.

2.2.2 Evolución

“La evolución de la estructuración del Yo corpóreo sigue las leyes de la maduración nerviosa; esto es, la ley céfalo caudal y la ley próximo distal; en la primera: el desarrollo se extiende desde la cabeza hacia abajo, y en la segunda se extiende desde el centro del cuerpo hacia los extremos.

Este proceso se realiza gracias a la constante relación del niño con el mundo que le rodea sea de los objetos, sea el de los demás, sigue etapas las mismas que son una base de la otra”. (Proaño, 2002, p.6-7)

“En el niño con Parálisis cerebral se encuentran disturbios en la estructuración del esquema corporal en todos los niveles de ella: identificación de las partes del propio cuerpo sobre sí mismos, sobre los otros, sobre figuras, reproducción gráfica del cuerpo humano, percepción y representación de secuencias de movimientos y por lo tanto capacidad de imitación, discriminación derecha-izquierda y dominancia manual. La primera etapa del reconocimiento del propio cuerpo, es superada generalmente con retardo, por los niños más graves y por aquellos que tienen sobre todo dificultad del lenguaje y lentitud de desarrollo en los procesos metabólicos” (Proaño, 1980, p.21-22).

Esta evolución en el caso del niño con parálisis cerebral no se desarrolla con normalidad, debido a la falta de movilidad, que se origina en etapas tempranas con la falta de control de la cabeza y ausencia o permanencia de algunos reflejos primarios, que impiden la experiencia a través del movimiento.

2.2.3 Importancia y Características

La estructuración del yo corpóreo es importante, porque el conocimiento y la organización del cuerpo en relación al mundo externo es el punto desde el cual parten todas las acciones del niño.

El tono y la motilidad son dos aspectos fundamentales y complementarios del esquema corporal y los encontramos como extensión y como movilización general y segmentaria.

Desde el nacimiento hasta los dos años el niño pasa de los primeros reflejos a la caminata y a las primeras coordinaciones motrices, por medio de un diálogo tónico madre-niño, al inicio estrechamente cerrado, luego más separado, pero siempre presente.

De los dos a los cinco años por medio de la acción de la presa, se hace siempre más precisa, ella se asocia a los gestos y a una locomoción siempre más coordinada.

Motricidad y sinestesia permiten al niño la toma de conciencia y, por ello, el uso siempre más diferenciado, siempre más preciso de todo el cuerpo. La relación con el adulto es siempre un factor esencial de esta evolución que le permite al niño separarse del mundo externo y reconocerse como individuo.

2.2.4 Proceso

Proaño (2002, p.8) señala: “El proceso de tratamiento Psicomotriz basado en el método de Pierre Vayer está formado de cuatro niveles:

- a. El Diálogo Tónico
- b. El Juego Corporal
- c. El Equilibrio del Cuerpo, y
- d. El Control de Sí Mismo (Control Respiratorio)”

2.2.4.1 Diálogo Tónico.

“El diálogo tónico es el inicio del trabajo psicomotriz, este diálogo es muy importante. De este momento depende el éxito o el fracaso de todo el programa, el acercamiento al niño debe ser realizado con mucho cuidado, con mucho tino y con total respeto. Es menester tener especial cuidado con niños que han tenido fracasos escolares, que por sus problemas tienen ya experiencias con rehabilitadores y terapeutas. Muchas veces, son portadores de vivencias negativas de agresiones y de malos tratos, acercarse a ellos requiere de mucho tacto, paciencia, de cómo el niño acepte éste inicio dependerá el futuro y el resultado de este tipo de intervenciones”. (Proaño, 2002, p.9)

En general podríamos decir que el Diálogo Tónico constituye la introducción, el primer encuentro del adulto y el niño, es una forma de acercarse y de iniciar el trabajo, debe ser ejecutada con mucho tino y con un total respeto por el cuerpo del niño.

Muchos niños odian ser tocados, no aceptan que otro les ponga las manos en su cuerpo. Es importante respetar y averiguar el por qué de este comportamiento, es posible que en este caso se deba recurrir a intermediarios terapéuticos (agua, arena, telas, etc.) hasta lograr la confianza del niño y la aceptación del contacto directo.

El objetivo de este diálogo es el de lograr la confianza del niño, es el conseguir que el niño se deje guiar, que se deje movilizar, para lo cual requiere paciencia y mucho tacto.

Hasta que el niño no se entrega con total confianza el objetivo no se logra, y esto se da cuando el cuerpo del niño es totalmente maleable, cuando está ligero y libre, cuando se deja hacer los ejercicios, cuando él no interviene en la acción; mientras tanto, solo ante una pequeña señal de rechazo y de inseguridad se debe continuar con el mismo objetivo, el diálogo adulto-niño, hasta lograr lo antes indicado.

Muchas veces este objetivo durará algún tiempo, dependiendo del tipo de niño, si no tiene ningún problema se puede lograr en dos, tres sesiones; si presenta dificultades de aprendizaje es posible que dure hasta cinco sesiones; si tiene retardo mental u otra discapacidad, a lo mejor trabajaremos hasta un mes o más, dependiendo también del tipo de retardo o discapacidad.

“La intervención del otro, del adulto, de la madre, es fundamental en el desarrollo. Precisamente el niño empieza a tomar conciencia de sus límites, a distinguirse de lo otro a través de ese diálogo tónico (AUJURIA GUERRA 1983) en el que la madre y el bebé se comunican con la acomodación recíproca de sus posturas y el intercambio de tensiones – distensiones, la madre sostiene, mantiene y contiene al bebé que elabora a partir de esa contención un sentimiento de confianza y seguridad que los psicólogos han denominado función de apego y vinculación afectiva y que le aporta, además de bienestar y tranquilidad, una primera definición o referencia sensible de sí mismo.” Berruezo, El desarrollo y la psicomotricidad, Enero 25 2007, 17h20
[http:// www.terra.es/personal/psicomot/cuerpo_pscm.html](http://www.terra.es/personal/psicomot/cuerpo_pscm.html).

Más tarde, el niño se da cuenta de que hay cosas que son Yo y otras que no son Yo, agrupa esas impresiones parciales de sí y va construyendo su globalidad: su Yo corporal.

La información exteroceptiva, recogida por la vista y los datos propioceptivos, recogidos por el tacto y el movimiento de sus propios elementos corporales, aunque sean limitados, le permiten al niño con parálisis cerebral unificar su propio conocimiento, identificarse con su cuerpo y construir así su *esquema corporal* el que recogerá; experiencias, conocimientos del todo y de las partes, el dominio motriz, simbólico, verbal y representativo del cuerpo de cada persona; en definitiva, el esquema corporal no es otra cosa que el resumen de cada historia corporal.

Según el método de Vayer, el proceso de educación y reeducación del diálogo tónico tiene tres momentos:

- ETAPA I: Diálogo adulto – niño; es el más largo, el más delicado, pero el más importante
- ETAPA II: Diálogo niño – niño, el niño es ayudado por otro niño y también él ayuda a su similar.
- ETAPA III: El niño dialoga con sí mismo, porque es capaz de actuar solo o bajo la dirección del adulto”.

Primera Etapa: Exploración Y Conocimiento

Según (Proaño, 2002, p. 11-12) indica que “durante todo el curso de la primera etapa es el adulto que actúa sobre el niño, el mismo que se deja mover, el diálogo es por medio del contacto, es manual, primero extenso y poco a poco más restringido como superficie y como presión, esta acción hace que el niño adquiera confianza por el adulto y al mismo tiempo se produzca una distensión, un relajamiento.

Cuando se trabaja en grupo, éste no debe ser mayor de seis niños, si son sanos, pero si tienen problemas es mejor trabajar con dos.

La disposición de los niños es mejor si es en círculo, ya que el niño no se encuentra solo, tiene un niño a su derecha, otro a su izquierda y al mismo tiempo ve a todo el mundo. En esta primera etapa el niño no cierra los ojos y la duración de la inmovilidad debe ser muy corta. (Algunos segundos).

A la salida de estas situaciones de ejercicios el niño se encuentra sentado, con o sin ayuda, y siempre en círculo, en reposo, disponible y deseoso de actuar”.

Segunda Etapa: Conciencia del Propio Cuerpo.

En esta etapa el niño interioriza, vive cada segmento, siente profundamente y lo hace parte de su conciencia para más tarde poder usarlos y dominarlos en su totalidad.

En este momento el niño se encuentra solo con su cuerpo, el adulto sólo le ayuda si es necesario, para lo cual hay que dar y crear seguridad a partir de la posición, para lo que se recomienda colocar a los niños en semicírculo con los pies al centro y la cabeza hacia fuera, de tal manera de facilitar la ayuda del profesor que gira en torno a los pequeños.

Tercera Etapa: Conciencia de las Sensaciones Elementales. Independencia Segmentaria.

En esta etapa el niño concientiza en su totalidad sus elementos corporales, ya sea en forma global como en forma segmentaria, aquí el niño, termina el proceso de conocimiento y toma de conciencia del cuerpo, el adulto ya no interviene sobre su cuerpo, es él solo que experimenta la acción y vive la experiencia, el adulto guía y dirige desde afuera, sólo en casos extremos, interviene para ayudar en forma mínima.

El niño con parálisis cerebral, debe ser ayudado a realizar, a vivir y a interiorizar cada paso propuesto, y estos son los más importantes, la base de todo el trabajo, y especialmente del manual que se propondrá.

2.2.4.2 El juego corporal.

Es el segundo nivel de la estructuración del Yo corpóreo.

Se dice como definición del juego que “es una actividad gratuita en la que existe una pérdida de vinculación entre los medios y los fines, aparentemente sin finalidad y sin fin, y que existe en todas las culturas y civilizaciones, es decir tiene carácter universal” PSICOMOTRICIDAD. Revista de Estudios y Experiencias. No. 51, 1995. http://www.terra.es/personal/psicomot/juego_pscm.html. Enero 27 2007, 14h15

El juego corporal es importante, porque en él se encuentran las tres nociones fundamentales que condicionan el desarrollo del niño: la noción del esquema corporal, del objeto y de los demás.

El juego es entonces un hecho central del aprendizaje y generador de la adaptación social y además en él se reflejan todas las características del pensamiento y emociones del niño, es realmente una fuente de conocimientos y de descubrimientos del ser infantil.

“Este nivel se caracteriza por ser completamente diferente del anterior, en el cual la calma es el punto fundamental, aquí la acción es el aspecto más importante, el niño debe en este momento encontrar el placer de moverse y de actuar.

Se da como consecuencia de la confianza lograda en la anterior etapa, es un momento de acción, es el cuerpo en movimiento total, es el placer de usar los elementos corporales para gozar con el juego.

El niño se introducirá lentamente en las reglas del juego, de esta manera aprenderá que la vida está llena de regla y que para mantener la armonía es necesario usarlas y respetarlas, jugando el pequeño aprende a obedecer y a respetar lo establecido, en fin, aprende la disciplina” (Proaño, 2002, p. 20-21).

Según el método de Vayer, existen tres etapas del Juego Corporal que son:

- Exploración y conocimiento: Del juego funcional al juego con reglas
- Conciencia del cuerpo: Juego con reglas
- Coordinación y control de los movimientos: Expresión corporal.

El niño pasa progresivamente por las tres etapas y cada vez adquiere mayor dominio de su cuerpo y de la acción del mismo. El niño con parálisis cerebral las realizará con la ayuda del adulto.

2.2.4.3 El equilibrio del cuerpo.

Es el tercer nivel de la construcción del Yo Corpóreo. Aquí educamos y afinamos el uso de los elementos corporales, el control de ellos, en este momento alcanza el punto culminante, el niño aprende a vencer las leyes de la gravedad y a dominar el mundo con su cuerpo.

Vayer nos habla sobre lo que significa el equilibrio del cuerpo: “es el conjunto de reacciones del sujeto a la fuerza de gravedad, es decir, su adaptación a la necesidad de la posición del pie y de los movimientos en posición erecta.” Vayer, *Educazione Psicomotoria Nell Etá Prescolastica*. Armando. 1980.

Mientras tanto, para Schrager 1988 y Lázaro 1992, “el equilibrio-postural humano, es el resultado, antes que nada de distintas integraciones sensorio-perceptivo-motrices que al menos en una buena medida – conducen al aprendizaje en general y al aprendizaje propio de la especie humana en particular, y que, a su vez, puede convertirse, si existen fallos, en obstáculo más o menos importante, más o menos significativo, para esos logros”

Lázaro. *El Equilibrio Humano: Un fenómeno Complejo*. 26/01/07 18h34. www.terra.es/personal/psicomot/equilibrio_pscm.html.

La importancia del desarrollo del equilibrio y por lo tanto de su estudio, se inicia a partir del hecho de la influencia de lo filogenético en la capacidad de equilibrar y del hecho de que en la postura-equilibrio se podrá descubrir la historia del sujeto.

Es sumamente importante dejar claro que la base de esta educación se encuentra en el dominio logrado durante el diálogo tónico y el juego corporal de las etapas anteriores.

También Vayer propone tres etapas en el equilibrio del cuerpo que son:

- Exploración y familiarización
- Conciencia, confianza y acción individual
- Coordinación de sensaciones y control del equilibrio del cuerpo

Con estas etapas el niño aumenta el conocimiento y dominio de su Yo Corporal. En el caso del niño con parálisis cerebral, necesariamente vivirá la experiencia con la colaboración de sus padres o maestros, solo, será muy difícil o imposible.

2.2.4.4 Control de sí mismo (Control Respiratorio).

Es el cuarto nivel de la construcción del Yo Corpóreo. Existe una estrecha relación entre psiquismo y respiración debido a las relaciones funcionales entre los centros nerviosos que controlan la respiración y determinadas zonas corticales y subcorticales del cerebro.

La educación de la respiración, que es parte de la educación del control de sí, es muy importante y está orientada especialmente hacia el aprendizaje del control de la respiración, ya que permite conseguir una ventilación normal y así la eliminación de escorias cuyo cuantitativo en la sangre, estimula los centros nerviosos respiratorios.

Considero que el control de sí mismo cuya base se encuentra en el control respiratorio, promueve que el niño domine sus emociones, las controle y las saque o reprima con total dominio, él es el amo y señor de su cuerpo, de lo que él es capaz de hacer y expresar.

Contempla igual que en los otros niveles, tres etapas que son:

- Familiarización
- Conciencia de la respiración
- Control de la respiración

Con el logro de todo este proceso el niño ha adquirido el total control de sí y está listo para salir al mundo de los otros y de los objetos.

Conclusiones

En conclusión, creo que la psicomotricidad, su conocimiento y su práctica, puede ayudar a los niños con parálisis cerebral a comprender y mejorar sus relaciones consigo mismo, con los objetos y con las personas que les rodean.

La psicomotricidad se fundamenta en una globalidad del ser humano, principalmente en la infancia, que tiene su núcleo de desarrollo en el cuerpo y en el conocimiento que se produce a partir de él.

Por medio del desarrollo de la psicomotricidad se pretende conseguir en el niño con parálisis cerebral la conciencia de su propio cuerpo en todos los momentos y situaciones, así como también una mejor organización de su esquema corporal y la orientación en el espacio, una correcta estructuración espacio-temporal y las mejores posibilidades de adaptación a los demás y al mundo exterior.

Al hacer vivir al niño con parálisis cerebral todas las experiencias nivel por nivel y etapa por etapa, aunque no las logre por sí solo y aunque todo lo haga con la ayuda del terapeuta, padres o maestros, si logrará hacer imagen de lo experimentado y esto constituirá la base de los futuros aprendizajes.

CAPITULO III

MANUAL DE EJERCICIOS PSICOMOTRICES PARA EL DESARROLLO DEL ESQUEMA CORPORAL EN NIÑOS CON PARÁLISIS CEREBRAL

Introducción

El objetivo básico de este tercer capítulo, es el de presentar una propuesta de ejercicios para el desarrollo del esquema corporal, en el que se proporcione al niño con parálisis cerebral, las vivencias corporales y el descubrimiento del mundo de su propio cuerpo, a base de estimular el movimiento.

Aquí encontraremos ejercicios que ayudarán al niño con parálisis cerebral a lograr las posturas deseadas y que a través de la experiencia del movimiento el niño construya y asimile adecuadamente lo que se denomina su esquema corporal.

Además presentamos la propuesta de una sala de psicomotricidad que será parte fundamental para el trabajo con el niño con PC.

Se incluyen también consejos prácticos que ayuden al maestro, padres o terapeuta a trabajar de mejor manera con el niño con PC. Un elemento fundamental para la consecución de estos objetivos es el trabajo en libertad, permitiendo que el alumno tome conciencia de sus posibilidades.

3.1 Organización general del manual

En este manual se va a trabajar con el niño con parálisis cerebral, en la Primera Etapa de la Construcción del Yo Corpóreo, del Diálogo Tónico, del Método de Vayer.

Se ha analizado el proceso de evolución de la posición supino y prono porque son la base para todos los ejercicios de movilización global, segmentaria y para la extensión en el Diálogo Tónico. Se presenta inicialmente un esquema resumido del desarrollo motor en la posición de decúbito prono y supino en los niños sanos de los 0 a los 6 meses.

Luego hay un segundo esquema de tres columnas, donde primero encontramos las dificultades más comunes que presenta el niño con parálisis cerebral, dentro de las cuales, están también las reacciones reflejas.

En la segunda columna de este esquema se proponen ejercicios para las tres fases del Dialogo Tónico del Método de Vayer. Hay diferentes tipos de viñetas que relacionan la dificultad que presenta el niño con PC y los ejercicios que se deben hacer para esa dificultad. En la última columna se dan las sugerencias que son importantes para la realización de estos ejercicios. El adulto será quien acompañe, motive y amorosamente realice la movilización del niño.

La evaluación se realizará al final de la sesión y se considerará logrado un objetivo de movilización primeramente cuando el niño sea capaz de dejarse movilizar libremente, y luego, cuando se vayan superando las dificultades que el niño presente. Si el niño es más grande, se logrará el objetivo, cuando éste sea capaz de representar su cuerpo a través del dibujo.

3.2 Sala de Psicomotricidad o de Ejercicios Psicomotrices

La sala de psicomotricidad, es para el niño un lugar de encuentro, donde se favorece su expresividad espontánea y donde se le pone en disposición de aprender. Su objetivo es estimular el juego simbólico e instrumental para potenciar la funciones cognitivas necesarias para el aprendizaje.

Los expertos sostienen que en una hora de juego espontáneo los niños podrán ir descubriendo sus capacidades, a través de la imaginación, creatividad y expresión.

La función principal del psicomotricista es dar sentido a lo que el niño hace en la sala. Para ello debe poseer ciertas actitudes como capacidad de escucha, acompañar, observar al niño en su juego, etc. En el caso de los niños con parálisis cerebral proporcionar el mayor número de experiencias posibles a través de la vivencia del movimiento corporal, que lo logra gracias a la ayuda del adulto; de lo contrario, solo, sería imposible, en la mayoría de los casos.

El psicomotricista para observar a los niños en la sala, debe poseer unos parámetros de observación que le digan en qué se deben fijar para interpretar la expresividad del niño.

Los parámetros de observación harán referencia al niño consigo mismo, con su evolución, con los otros y con los objetos que le rodean: materiales, espacios y tiempos.

La sala y sus diferentes espacios

Los espacios de la sala de Psicomotricidad, el tiempo destinado a la sesión y el material para el juego, proponen un itinerario madurativo, que va de la acción a la representación, “del acto al pensamiento”.

Según Lázaro, existen dos espacios claramente definidos en el aula de psicomotricidad que son:

“1. Espacio de la expresividad motriz y placer sensorio-motor

Debe estar equipado para realizar saltos, caídas, deslizamientos, balanceos, giros, etc.

Las experiencias vividas en este espacio, promueve la exploración de las posibilidades de cada niño con relación a su propio equilibrio, favoreciendo la construcción de la identidad, en un juego compartido con el adulto que lo acompaña, abriendo así la posibilidad de conectarse con las emociones más profundas.

Los materiales blandos promueven el desarrollo afectivo, los contactos, la posibilidad de conectarse con los sentimientos más primitivos, permitiendo la aparición del juego simbólico.

2. Espacio del juego simbólico.

Es el espacio en el que tienen lugar las actividades que estimulan la imaginación del niño a través del objeto y de la relación con el otro. El eje principal de este espacio lo conforman el espejo, en el que los niños/as se pueden ver de cuerpo entero mientras comunican y juegan, y la pizarra en la que pueden simbolizar sus producciones”.

Lázaro, La Psicomotricidad en un centro de educación especial,
www.terra.es/personal/psicomot/sala_pscm.html

Función y uso de los materiales

Constituye una evidencia el hecho de que tanto el diseño del marco espacial como el uso y función de los materiales mediatizan tanto los procesos de observación como los de intervención en cualquier abordaje psicomotor.

Los materiales que podemos conseguir son muy variados. Estos se disponen organizando dos grandes espacios dentro de la sala. Muchos de ellos están dispuestos en forma de circuitos circulares. El adulto acompaña y promueve en función del objetivo que se quiere lograr.

Para nosotros los materiales deben estar al servicio de la secuencia de los objetivos y contenidos que queremos lograr y que además contengan algunas características esenciales:

- ☉ La seguridad: Deben poder utilizarse sin que de ello se derive ninguna situación de riesgo.
- ☉ La diversidad y la multiplicidad de funciones. Consideramos muy conveniente que se puedan usar de múltiples maneras y formas, además de para las que fueron diseñados.
- ☉ La adaptación a las necesidades de los niños y niñas con necesidades más graves y permanentes.
- ☉ Que los materiales que no correspondan al objetivo de trabajo sean guardado, para que no se pierda el interés y actualidad.

Materiales

De acuerdo a mi experiencia me atrevo a sugerir que dentro del espacio de la expresividad motriz y placer sensorio-motor tendríamos rompecabezas de suelo, colchonetas, rodillos, bancos, material de fomy de diferentes formas geométricas, cuerdas, instrumentos musicales, arenero, rulos gigantes, toboganes en espiral, columpios, piscinas de bolas, castillos hinchables, hamacas, lianas, laberintos, escaleras especiales, barras deslizantes, etc.

En el espacio del juego simbólico utilizaríamos bancos, peluches, bloques de goma espuma, cuerdas, telas, instrumentos musicales, disfraces, diferentes recipientes, pelotas de diferentes tamaños, lapiceros, pinturas, rotuladores, plastilina, tijeras, juegos de construcción, etc.

Música

La música cimienta bases a través de las experiencias kinestésicas, sensoperceptivas y emotivas promovidas por estímulos rítmicos, melódicos, armónicos y formales.

El ritmo y la música ayudan muy directamente al desarrollo de logros psicomotrices: La atención del niño se dirige al tema inducido por el ritmo o la canción y, por tanto, la realización de movimientos o percusiones corporales se facilitan en gran medida. La coordinación se activa y se desarrolla no sólo, por medio de la repetición, sino haciendo variar el tipo de ejercitación que se realizan. Está relacionada con el aprendizaje, la capacidad de transferir experiencias motrices anteriores a situaciones nuevas.

La música se empleará durante la sesión psicomotriz, la misma que será rítmica o suave, según sea el momento que estemos trabajando con el niño, de actividad o de relajamiento.

**EJERCICIOS PSICOMOTRICES PARA EL DESARROLLO DEL ESQUEMA CORPORAL EN NIÑOS CON PARALISIS CEREBRAL
BASADOS EN EL DIALOGO TONICO DEL METODO DE VAYER
POSICION PRONO Y SUPINO**

NIÑO SANO DE 0-3 MESES

- Permanece en posición decúbito ventral
- Control de la cabeza.
- En decúbito prono comienza el apoyo en los antebrazos para sostener el cuerpo.
- En suspensión ventral, la cabeza se sostiene por encima de la línea del cuerpo con caderas y hombros extendidos
- Las manos están flojamente cerradas
- Las piernas están dobladas y separadas
- La mayor parte de sus movimientos son bruscos y no responden a un patrón
- Reacciona a los sonidos fuertes o a la luz con el reflejo de Moro o parpadeando.

(Levitt, 1990. p.88-96)

NIÑO CON PARALISIS CEREBRAL DE 0-3 MESES DE DESARROLLO

DIFICULTADES MAS COMUNES	EJERCICIOS PSICOMOTRICES	SUGERENCIAS AL HACER LOS EJERCICIOS
Presencia Refleja: • Rechazo a la posición prona por reacción flexora del brazo Retraso en aparición de enderezamiento de la cabeza (ver control de la cabeza)	MOVIMIENTO GLOBAL • Balancear y mecer al niño en suspensión prona sobre el rodillo. • Movilizar al niño en nuestros brazos en posición prona con sus brazos extendidos hacia delante. • Acostar al niño boca abajo sobre el cuerpo del adulto sosteniéndolo de las axilas, haciendo medio rolido con el cuerpo del profesor. MOVILIZACIÓN PARA LA EXTENSIÓN • Extender los brazos hacia delante, hacia atrás y hacia los lados. • En forma suave quite los brazos doblados del pecho y ubíquelos en una superficie curva (rodillo) o sobre el borde, haciendo la rotación de los brazos a partir de los hombros. • Colocar un rollo de toallas entre el cuerpo y los brazos para evitar que los codos tiren hacia el cuerpo. • Extender la cabeza, tronco, cuello, tomando bien la cabeza desde la barbilla, hasta la nuca. • Extensión de las axilas, brazos, cuidando que las piernas estén abiertas. • Extender jalando las piernas desde los tobillos. • Extender los pies jalando cada dedo, teniendo siempre cuidado que el niño esté en la posición correcta, en consideración a su discapacidad. MOVILIZACIÓN SEGMENTARIA • Realizar masajes en los brazos del niño para que los relaje. • Suavemente movilizar cada brazo hacia arriba, al frente y a los lados. • Movilizar cuidadosamente los hombros, los brazos, hasta el codo, hasta las muñecas, hasta las manos y los dedos uno por uno, extendiéndolos.	• Para controlar la reacción flexora, se debe tomar los brazos a la altura de los hombros haciendo un giro que coloque los brazos hacia delante con las palmas de la manos quedando hacia arriba. • Sujetar las caderas para que se mantengan derechas y también las piernas, que deben estar volteadas hacia fuera. • Ayudar a colocar la cabeza de costado si es que no lo puede hacer • Colocar la cabeza sobre el borde de la superficie, con la nariz libre. • En los niños excesivamente flexionados se recomienda, antes de hacer la movilización, primero hacer los ejercicios para extender sus brazos, piernas, pies y manos.

DIFICULTADES MAS COMUNES	EJERCICIOS PSICOMOTRICES	SUGERENCIAS AL HACER LOS EJERCICIOS
☉ Falta de control de la cabeza ☆ Aversión a la posición decúbito ventral Esta puede deberse generalmente a la incapacidad de girar la cabeza y dejar libre la nariz para respirar, la incapacidad de levantar la cabeza o a una flexibilidad excesiva.	MOVIMIENTO GLOBAL ☉ ☆ Colocar al niño boca abajo sobre una pelota, una pila de almohadones o sobre la falda. Elevar los brazos y estirarlos de manera suave y simétricamente sobre la superficie o sobre el borde de la misma. ☉ ☆ Balancear al niño hacia delante y hacia atrás por el borde del cilindro. ☉ ☆ Colocar al niño decúbito ventral sobre un colchón inflable, una pelota grande o un trampolín y hacerlo rebotar suavemente con el fin de que levante la cabeza y se relaje, no así en los hipotónicos. ☉ ☆ Balancear al niño en decúbito ventral sobre los brazos del adulto ☆ Colgar al niño en una frazada o una hamaca y hacerlo girar suavemente de la posición de lado a la de prono y dar vueltas hasta que el niño acepte quedarse en decúbito ventral. No hacer este ejercicio por demasiado tiempo en hipotónicos. MOVILIZACIÓN PARA LA EXTENSIÓN ☉ ☆ Traer los hombros hacia atrás y hacia adentro con dirección a la columna vertebral, lo que hará que levante la cabeza para ese lado. ☉ ☆ Con la cabeza situada fuera del borde, presénteles interesantes estímulos visuales y auditivos, frente a él y un poco más arriba. ☉ ☆ Provocar la elevación y el mantenimiento de la cabeza en diversas posiciones, para que extienda la cabeza. ☉ ☆ Incitar a mirar hacia arriba con objetos interesantes ☉ ☆ Ubicar la cuña sobre una mesa o plataforma de tal forma que el niño pueda ver el rostro del adulto cuando mira hacia arriba, para que extienda el cuello. ☆ Acostumbrar a la posición boca abajo poniendo poco a poco sobre el estómago en superficies blandas y sobre la falda para que extienda la cabeza. MOVILIZACIÓN SEGMENTARIA ☉ Dar palmadas rítmicamente en la barandilla del niño para impulsarlo a que levante la cabeza. ☉ Dar palmadas en la frente si al niño no le gusta que le toquen la cara. ☉ Suavemente movilizar la cabeza hacia ambos lados y hacia arriba y hacia abajo. ☉ Dar masajes circulares para movilizar la frente, cejas, mejillas y barbilla ☉ Tocar y movilizar cada elemento corporal del niño, de la cabeza, tronco y extremidades, hablándole, diciéndole el nombre, cantando, etc.	• Mantener los hombros en ambos lados de manera simétrica • Si el niño persiste con el giro anormal de la cabeza hacia un lado, extienda la cintura pélvica del lado opuesto para provocar el giro y elevación de la cabeza para ese lado. • Al inicio utilice estímulos en el centro y luego vaya llevándolos hacia cada lado del niño, moviéndolos despacio, a la altura de los ojos. • El adulto logra contacto ocular cuando se sienta en el centro, frente al niño y le canta o le habla. • El hecho de soportar el peso sobre los antebrazos también es una ayuda para lograr el control de la cabeza. • Controlar que los antebrazos del niño estén bien separados del cuerpo, con los codos en ángulo recto respecto del cuerpo y si es posible las manos abiertas. • Trate siempre de quitar las ayudas que dan sus manos o el equipo para comprobar si el niño puede levantar la cabeza o si puede poner el peso sobre los antebrazos por sí mismo de manera momentánea y si puede seguir practicándolo solo. • Colocar la cabeza sobre el borde de la superficie, con la nariz libre. • La nariz debe quedar fuera del borde de la frazada cuando da vueltas.

EJERCICIOS PSICOMOTRICES PARA EL DESARROLLO DEL ESQUEMA CORPORAL EN NIÑOS CON PARALISIS CEREBRAL
 BASADOS EN EL DIALOGO TONICO DEL METODO DE VAYER
 POSICION PRONO Y SUPINO

NIÑO SANO DE 3-6 MESES

- **Fijación de la cabeza:** en posición decúbito ventral sobre antebrazos (3 meses) y sobre las manos y rodillas (6 meses)
- **Cintura escapular:** pone el peso sobre los antebrazos (3 meses)
- **Fijación postural de la pelvis:** sobre rodillas con caderas en ángulo recto (4 meses). Sobre hombros y rodillas y sobre manos y rodillas (4-6 meses)
- **Movimiento de contraposición de una pierna:** se presenta en las rodillas con tronco superior y los brazos apoyados(5-6 meses)
- **Levantarse de la posición de prono:** Sobre los antebrazos (3 meses). Sobre las rodillas (4 meses) y sobre antebrazos y rodillas (5-6 meses)

NIÑO CON PARALISIS CEREBRAL DE 3-6 MESES DE DESARROLLO

DIFICULTADES MAS COMUNES	EJERCICIOS PSICOMOTRICES	SUGERENCIAS AL HACER LOS EJERCICIOS
Presencia Refleja: ☆Las reacciones reflejas pueden persistir desde el nivel anterior. ☆Retraso en aparición de enderezamiento de la cabeza	☆ Hacer los ejercicios psicomotrices del nivel de 0-3 meses cuidando de inhibir las reacciones reflejas, por ejemplo poner una manta en los hombros del niño, de tal forma que sus brazos estén hacia delante. Con este ejercicio podemos controlar el reflejo de Moro. ☆Ver ejercicios del nivel de 0-3 meses para el control de la cabeza, sin dejar de tomar en cuenta las sugerencias para hacer estos ejercicios. - Hacer ejercicios de rolido con los brazos hacia arriba. - Para las piernas, ponemos almohadas entre las piernas para extenderlas. - En el rolido, flexionar la rodilla cada vez que se gira. Ante la presencia de otros reflejos, trataremos de inhibirlos.	- Siempre tener presente que antes de realizar la movilización global, segmentaria o de extensión, hay que hacer ejercicios de relajación y flexión en el niño excesivamente extendido y extender el cuerpo en el niño excesivamente flexionado. - Esto garantizará una disminución de la presencia refleja durante la realización de los ejercicios psicomotrices.

EJERCICIOS PSICOMOTRICES PARA EL DESARROLLO DEL ESQUEMA CORPORAL EN NIÑOS CON PARALISIS CEREBRAL

DIFICULTADES MAS COMUNES	EJERCICIOS PSICOMOTRICES	SUGERENCIAS AL HACER LOS EJERCICIOS
o Retraso en la adquisición de elevación sobre las rodillas ● Falta de soporte del peso sobre las rodillas, antebrazos y rodillas, manos y rodillas y sobre manos. * Soporte del peso inestable por medio de los brazos	MOVIMIENTO GLOBAL - o Ubicar una pierna en posición de arrastre y mantenga de manera firme y fija la pierna contra una caja pesada. - o De golpes sobre la cadera opuesta del niño y la pelvis alternando hacia arriba y hacia atrás con un toque ligero, y espere la elevación automática activa sobre las rodillas. Ayúdele levantándole por el estómago. ● Ubicar al niño sobre la pelota o cilindro con los brazos extendidos. Mover la pelota hacia delante e incentivar al niño a que llegue al suelo soportando su peso con los brazos. * Ubicar los brazos sobre una superficie colocada detrás del niño de manera que el peso del cuerpo se sume a la comprensión de la articulación. Esto, en casos menos graves. MOVILIZACION PARA LA EXTENSIÓN ● Dar juguetes en cada paso para que los agarre y juegue con ellos, estimulando la extensión de los brazos y tronco en cualquier posición. ● Tendido en prono, manos situadas a ambos lados de la cara, eleva el torso empujando con los brazos. y/o jalándolo con un paño colocado en el pecho. Se le conduce sosteniendo la cabeza. MOVILIZACIÓN SEGMENTARIA ● Realizar ejercicios de movilización de las rodillas, antebrazos y manos en forma suave. ● Abrir suavemente las manos, movilizar y soltar cada dedo ● Movilizar las piernas, los pies, los dedos de los pies juntos, rotarle los pies, mover cada dedo, y así cada segmento del cuerpo.	● Utilice estímulos visuales y auditivos llamativos para el niño en posición prono. ● Mantenga las caderas en ángulo recto cuando pone el peso sobre las rodillas. ● Hacer presión hacia abajo sobre la parte más baja de la espalda y nalgas para aumentar el soporte. ● Abrir las manos del niño presionando el peso por medio de la parte posterior de las manos de éste, llevando los pulgares hacia fuera para el soporte del peso sobre las manos. ● Controlar si los brazos y piernas están en la posición correcta para hacer estos ejercicios. ● El brazo debe estar en perfecta alineación con respecto a la línea de presión de los hombros o el codo.

EJERCICIOS PSICOMOTRICES PARA EL DESARROLLO DEL ESQUEMA CORPORAL EN NIÑOS CON PARALISIS CEREBRAL

DIFICULTADES MAS COMUNES	EJERCICIOS PSICOMOTRICES	SUGERENCIAS AL HACER LOS EJERCICIOS
♣ Incapacidad para permanecer boca abajo con ambos o uno de los brazos estirados y por encima del nivel de la cabeza ⊗ Imposibilidad de rodar de la posición prono a supino	MOVIMIENTO GLOBAL ⊗ En posición acostado en supino girarle de un costado al otro con las piernas extendidas. ⊗ Rotar la cintura escapular del niño hacia adelante mientras se hace lo mismo con la pelvis hacia atrás. ⊗ Doblar la rodilla del niño a través del lado opuesto mientras él rota y sostener el hombro superior hacia atrás. ⊗ Cambiar hacia la rotación del hombro hacia atrás y la pelvis hacia delante y viceversa para hacer un rolido. MOVILIZACION PARA LA EXTENSIÓN ♣ Extender los brazos hacia delante, arriba, a los lados con ayuda del adulto. ♣ Ejercitar el estiramiento del niño hacia delante y hacia arriba para alcanzar los juguetes que le presentamos. ♣ Utilizar una cuña para ayudar a estirar los brazos y tomar los objetos por encima del niño. ⊗ Desde la posición de rodillas, poner la cabeza sobre ella y colocar las manos a ambos lados de las rodillas. Deslizarse hacia delante hasta llegar a decúbito prono con los brazos estirados por encima de la cabeza. MOVILIZACIÓN SEGMENTARIA ⊗ Mover la cabeza y cada elemento de la misma, sin olvidar el orden próximo distal y céfalo caudal. ⊗ Ejercitar movimientos secuenciados de piernas, brazos y cabeza para acostumbra al niño al rolido automático. ♣ Hacer caminar las manos por una pared o por barrotes, con ayuda del maestro.	• Para efectuar el rolido se puede elevar y mantener ambos brazos del niño por encima de su cabeza en posición de prono o supino. • El girar al niño de lado a lado puede hacerse utilizando una manta y moviendo al niño con sumo cuidado. Al emplear la manta ayudamos al niño a controlar la presencia refleja de los brazos como la extensión o el reflejo de Moro. • En los niños excesivamente extendidos, deben ser flexionados a la altura de la cabeza y de los hombros y la cadera en posición de acostado sobre un lado o en supino.

Conclusiones

En conclusión pienso que estos ejercicios psicomotrices, de la etapa del Diálogo Tónico, que han sido propuestos para el desarrollo del esquema corporal en los niños con parálisis cerebral, serán de gran ayuda para estos pequeños. No olvidemos proporcionarle el mayor número de experiencias a través del movimiento de su cuerpo y que como maestros, padres o terapeutas debemos tener siempre presente sus posibilidades y limitaciones.

CONCLUSIONES

- ⚙ Es importante como padre de familia, maestro o terapeuta tener claro el tipo de discapacidad que tiene el niño con PC, para poder trabajar y realizar adecuadamente las movilizaciones en el cuerpo del niño.
- ⚙ Hay que considerar que la tarea de hacer conciencia del propio cuerpo por medio de la psicomotricidad, permitirá a este niño conocer cada elemento corporal, para dominarlo y utilizarlo.
- ⚙ Con este trabajo lograremos que a través de los ejercicios psicomotrices propuestos, se consiga en el niño con parálisis cerebral la conciencia de su propio cuerpo en todos los momentos y situaciones, logrando una mejor organización de su esquema corporal y así, las mejores posibilidades de adaptación a los demás y al mundo exterior
- ⚙ Este trabajo se basó en el Método de Pierre Vayer quien nos propone que es nuestro cuerpo el medio de la acción, del conocimiento y la relación.

RECOMENDACIONES

- ⚙ Este trabajo pretende tener una utilidad práctica. Para ello hemos realizado ejercicios que con base en el movimiento corporal y respetando las etapas de desarrollo del niño con PC y sus posibilidades de movilización, sean un aporte a mejorar su esquema corporal, por lo que sería conveniente aplicarlo.
- ⚙ Recomendamos tomar en cuenta la importancia que implica el que al hacer vivir al niño con parálisis cerebral todas las experiencias nivel por nivel y etapa por etapa, aunque no las logre por sí solo y aunque todo lo haga con la ayuda del terapeuta, padres o maestros, va a lograr hacer imagen de lo experimentado y esto constituirá la base de los futuros aprendizajes.

BIBLIOGRAFIA

1. **COMELLAS ICARBO**, Ma. Jesús, La Psicomotricidad en preescolar, Ediciones CEAC, España 1990
2. **CRATTY**, Bryant, Desarrollo Perceptual y Motor en los niños, Ediciones Paidós, España, 1990
3. **DEFONTAINE** Joel, Manual de Reeducción Psicomotriz, Editorial Médica y Técnica. Barcelona España 1981
4. **DICCIONARIO ENCICLOPÉDICO DE EDUCACIÓN ESPECIAL**. Editorial Diagonal/Santillana. Volumen 4 P-Z.
5. **FINNIE** Nancie, Atención en el hogar del niño con Parálisis Cerebral, Editorial Fournier, Mexico D.F, 1976
6. **GARCIA-NUÑEZ** Juan, Psicomotricidad y Educación Infantil, Editorial CEPE, España, 2004
7. **GRANDA** Juan, Manual de Aprendizaje y desarrollo motor, Ediciones Paidós, España, 2002
8. **HARGREAVES** J. Infancia y Educación Artística. España: Edit. Morata 1991.
9. **KATZ** Regina, El Cuerpo Habla, Editorial El Conejo, Quito. Ecuador, 1982
10. **LE BOULCH** Jean, El Desarrollo psicomotor desde el nacimiento hasta los 6 años, Ediciones Paidós, España, 2002
11. **LEVITT** Sophie, Tratamiento de la Parálisis Cerebral y del Retraso Motor, Editorial Médica Panamericana, Argentina, 1990
12. **MINOJA ZANI** Liliana, La Minorazione Fisica. Ed. U. católica Milano. Traducción de Margarita Proaño. 1980
13. **PELLEGRI** Alda, El aprendizaje del niño con dificultades motrices. Traducido por Margarita Proaño. 1991
14. **PROAÑO** Margarita, Apuntes de Psicomotricidad. Cuenca, Ecuador 2002.
15. **SALYS** French, **SIM** Julios, Fisioterapia, Un Enfoque Psicosocial, Editorial McGrawHill Interamericana, España, 2006
16. **VAYER**, Pierre, El Diálogo Corporal, Edit. Científico-Médica, España, 1984
17. **VILAR**, Eduar, Fisioterapia del Aparato Motor, Editorial McGrawHill Interamericana, Barcelona España, 2005
18. **ZUHRT** Renate, Educación del movimiento y del cuerpo en niños discapacitados, Editorial Médica Panamericana, Argentina, 1986

BIBLIOGRAFÍA DE INTERNET:

1. www.educared.edu.pe DABAS Elina N., 1998
2. www.nichcy.org Centro Nacional de Diseminación de Información para Niños con Discapacidades. Washington, DC
3. www.terra.es/personal/psicomot.html Asociaciones Españolas de Psicomotricidad o Psicomotricistas
4. www.uazay.edu.ec/coloquio/coloquio13.htm
5. www.discapnet.es/Discapnet/Castellano/Salud/Discapacidades/Desarrollo+Motor/Paralisis+cerebral/Descripcion.htm#diagnostico
FUNDACION ONCE. Parálisis Cerebral. España 2006.
6. www.educacioninicial.com/ei/areas/evolutiva/Index.asp
Szechet, Características Evolutivas, 23 de Enero 2007, 18:57.
7. www.indexnet.santillana.es/rcs/archivos/Infantil/Biblioteca/Apuntes/psicom.pdf
Jiménez, Psicomotricidad, aprendizaje, inteligencia y emotividad. 20 de Enero 2007, 18h20.
10. www.terra.es/personal/psicomot/cuerpo_pscm.html
Berruezo, *PSICOMOTRICIDAD*. pp. 15-26, Febrero 02 2007, 15h10
11. www.terra.es/personal/psicomot/equilibrio_pscm.html
Lázaro. El Equilibrio Humano: Un fenómeno Complejo. 26 de enero 2007. 18h34
12. www.terra.es/personal/psicomot/sala_pscm.html
Lázaro, La Psicomotricidad en un Centro de Educación Especial, 15 de Febrero 2007, 15h45
13. www.ansares.com.ar/psicomotricidad.htm#Top
García, Dispositivo Espacial de la Sala de Psicomotricidad
14. www.cprlogrono.org/cursomotri/sesion10.htm
Moreno, Práctica Psicomotriz.