



Universidad del Azuay

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

**Carrera de Educación Inicial, Estimulación e
Intervención Precoz**

**ESTUDIO DE CASO Y PLAN DE
INTERVENCIÓN A UN NIÑO DE 3 AÑOS Y
MEDIO DE EDAD CON PARÁLISIS CEREBRAL
INFANTIL ATETÓSICA DEL INSTITUTO DE
PARÁLISIS CEREBRAL DEL AZUAY (IPCA)**

Autora: Alicia Vidal Arpi

Directora: Mgst. Eulalia Tapia

Cuenca- Ecuador

2018

DEDICATORIA

Este proyecto va dedicado principalmente a Dios, por permitirme cumplir con una meta y por ser el guía principal de este proyecto.

A mis padres, Jorge Vidal y Alicia Arpi por ser mi pilar fundamental y mi apoyo incondicional durante todos estos años, por dejarme cumplir con mis sueños y sobre todo por la paciencia, apoyo, cariño y amor que siempre me han brindado.

A mis hermanos, por ofrecerme el apoyo, la confianza y saber aconsejar en este largo camino para alcanzar y cumplir con mis metas.

A Christian Arízaga, por ser mi apoyo y confidente en este camino, gracias por la paciencia, confianza y amor a pesar de las adversidades que se han presentado en este proceso.

Alicia Vidal Arpi.

AGRADECIMIENTOS

Mi más sincero agradecimiento a la Mgst. Eulalia Tapia por la confianza, paciencia, motivación y guía durante el proceso de la Tesis.

A los directivos y docentes del Instituto de Parálisis Cerebral del Azuay por la confianza y apoyo para llevar a cabo este proyecto que fue realizado con dedicación y esfuerzo. En especial al Dr. Hernán Tenorio Director del instituto de Parálisis Cerebral del Azuay “IPCA” y a las Lcda. Margoth Álvarez, Ruth Rodríguez, Ma. Caridad Cisneros y Fernanda Vélez.

De la misma manera a los docentes, Dr. Jorge Espinoza y la Mgst. Karina Huiracocha por el apoyo y consejos para culminar con éxito este proyecto.

RESUMEN

Esta investigación tiene como fin elaborar y aplicar un plan de intervención a través del estudio de caso en un niño de 3 años 6 meses de edad con Parálisis Cerebral Infantil Atetósica del nivel inicial II del Instituto de Parálisis Cerebral del Azuay “IPCA”, parte del análisis de datos referidos en la historia clínica, evaluaciones institucionales y el diagnóstico a través de las guías “Evaluación Funcional Luz Neri de Troconis” y “Desarrollo de BATELLE”, datos que han sido tomados para la elaboración del plan de intervención, el cual integra las áreas de mayor dificultad y los contextos en los que se desenvuelve el niño.

Al finalizar la intervención se realiza la evaluación final y se establece comparaciones con la inicial para determinar los avances en el desarrollo del niño. Se socializa los resultados a la madre y docentes con el fin de que esta propuesta se siga utilizando y favorezca el aprendizaje integral del niño y su inclusión educativa.

Palabras claves: estudio de caso, evaluación, diagnóstico, intervención, parálisis cerebral infantil atetósica.

ABSTRACT

The purpose of this research was to develop and apply an intervention plan through a case study in a child of 3 years and 6 months of age with atheromatous infantile cerebral palsy from the initial level II of the Institute of Cerebral Palsy of Azuay "IPCA". The research was based on the analysis of data referred to clinical history, institutional evaluations and diagnosis through the "Functional Evaluation guide" of Luz Neri de Troconis and Battelle developmental inventory screening test. These data were taken for the elaboration of the intervention plan that integrated the areas of greatest difficulty and the contexts where the child developed. A final evaluation was carried out at the end of the intervention and it was compared with the initial evaluation to determine progress in the child's development. The results were socialized to the mother and teachers in order to continue using this proposal to favor the child's integral learning and its educational inclusion.

Keywords: case study, evaluation, diagnosis, intervention, athetotic infantile cerebral palsy.



A handwritten signature in blue ink is located at the bottom right of the page. Below the signature, the text "Translated by" is printed.

Ing. Paul Arpi

INDICE

ÍNDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA.....	<i>I</i>
AGRADECIMIENTOS.....	<i>II</i>
RESUMEN.....	<i>III</i>
ABSTRACT.....	<i>IV</i>
INTRODUCCIÓN.....	<i>1</i>
CAPÍTULO 1	3
1. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA: ESTUDIO DE CASO E INTERVENCIÓN EN UN NIÑO CON PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL	3
Introducción.....	3
1.1 Parálisis Cerebral Infantil.....	3
1.1.1 Definición.....	3
1.1.2 Tipos de parálisis cerebral infantil.....	6
1.1.3 Conceptos y características de parálisis cerebral atetósica.....	10
1.1.3.1 Conceptos.....	10
1.1.3.2 Características.....	11
1.1.4 Etiología.....	14
1.1.5 Desarrollo infantil: motriz, lenguaje, cognitivo y socio-afectivo.....	17
1.1.6 Tratamiento.....	25
1.1.7 Aditamentos en el tratamiento de la Parálisis Cerebral Infantil.....	28
1.2 Estudio de Caso.....	31
1.3 Conclusiones.....	34
CAPÍTULO 2	35
2. DIAGNÓSTICO Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	35
Introducción.....	35

2.1 Metodología	35
2.1.1 Enfoque de la Investigación	35
2.1.2 Instrumentos	36
2.1.2.1 Evaluación Funcional Integral “Neri de Troconis”	36
2.1.2.2 Guía de Desarrollo Inicial de Battelle	37
2.2 Historia Clínica del niño	40
2.2.1 Situación Actual	43
2.2.2 Análisis de Datos.....	45
2.3 Evaluación Inicial.	46
2.3.1 Resultados de la Evaluación Funcional Integral “Neri de Troconis”.....	46
2.3.2 Resultados de la Guía de Desarrollo Inicial de Battelle.....	49
2.4 Conclusiones	51
CÁPITULO 3	53
3. PLAN DE INTERVENCIÓN INDIVIDUAL.....	53
Introducción	53
3.1 Plan de Intervención Individual	54
3.1.1 Objetivo del Plan de Intervención.....	54
3.1.2 Áreas de desarrollo a intervenir	54
3.2Conclusiones.....	102
CAPITULO 4	103
4. ANÁLISIS DE RESULTADOS Y SOCIALIZACIÓN	103
Introducción	103
4.1 Análisis de Resultados.	103
4.1.1 Comparación de la Evaluación inicial y final, Instrumento de Valoración Funcional Integral “Neri de Troconis”	103
4.1.2 Comparación de Resultados de la Evaluación inicial y final de la “Guía de Desarrollo Inicial de Battelle”	107
4.2 Socialización del proceso con padres de familia y docentes del instituto.	109

4.3 Conclusiones	111
Conclusiones Finales	112
Recomendaciones	114
BIBLIOGRAFÍA	115

ÍNDICE DE CUADRO

Cuadro 1 Evaluación Funcional Integral “Neri de Troconis”	46
Cuadro 2 Resultados de la “Guía de desarrollo inicial de BATTELLE”	49
Cuadro 3 Resultados de la Evaluación Inicial y Final	103
Cuadro 4 Comparación de Resultados Iniciales y Finales	107

ÍNDICE DE TABLA

Tabla 1 Planificación 1	58
Tabla 2 Planificación 2	59
Tabla 3 Planificación 3	60
Tabla 4 Planificación 4	61
Tabla 5 Planificación 5	62
Tabla 6 Planificación 6	63
Tabla 7 Planificación 7	64
Tabla 8 Planificación 8	65
Tabla 9 Planificación 9	66
Tabla 10 Planificación 10	67
Tabla 11 Planificación 11	68
Tabla 12 Planificación 12	69
Tabla 13 Planificación 13	70
Tabla 14 Planificación 14	71
Tabla 15 Planificación 15	72
Tabla 16 Planificación 16	73
Tabla 17 Planificación 17	74
Tabla 18 Planificación 18	75

Tabla 19 Planificación 19	76
Tabla 20 Planificación 20	83
Tabla 21 Planificación 21	84
Tabla 22 Planificación 22	85
Tabla 23 Planificación 23	86
Tabla 24 Planificación 24	87
Tabla 25 Planificación 25	88
Tabla 26 Planificación 26	89
Tabla 27 Planificación 27	90
Tabla 28 Planificación 28	94
Tabla 29 Planificación 29	95
Tabla 30 Planificación 30	96
Tabla 31 Planificación 31	97
Tabla 32 Planificación 32	98
Tabla 33 Planificación 33	99
Tabla 34 Planificación 34	100
Tabla 35 Planificación 35	101
Tabla 36 Cronograma Actividades	110

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Clasificación clínica de la parálisis cerebral	7
Figura 2 Parálisis Cerebral Espástica	8
Figura 3 Parálisis Cerebral Atetósica	8
Figura 4 Parálisis Cerebral Atáxica	9
Figura 5 Parálisis Cerebral Hipotónica.....	9
Figura 6 Parálisis Cerebral Mixta.....	10
Figura 7 Desarrollo normal del niño.....	20
Figura 8 Desarrollo normal del niño.....	21
Figura 9 Desarrollo normal del niño.....	22
Figura10 Signos de Parálisis Cerebral.....	24
Figura 11 Signos de Parálisis Cerebral.....	25

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1 Materiales de la Guía de Desarrollo de Battelle	118
Anexo 2 Guía De Evaluación Funcional Integral “Neri de Troconis”	119
Anexo 3 Evaluación realizada por la maestra “Guía de Desarrollo Inicial de Battelle”	128
Anexo 4 Evaluación Previa a la Intervención “Guía de Desarrollo Inicial de Battelle”	129
Anexo 5 Evaluación Final: Evaluación Funcional Integral “Neri de Troconis”	130
Anexo 6 Resultados Finales de la “Guía de Desarrollo Inicial de Battelle”	133
Anexo 7 Registro Fotográfico- Intervenciones	134

INTRODUCCIÓN

La intervención oportuna e integral en edades iniciales es fundamental, principalmente en niños que presentan alguna dificultad transitoria o permanente como es el caso del niño motivo de estudio, quién presenta Parálisis Cerebral Infantil Atetósica, la que se define como “Un trastorno no progresivo de la movilidad o de la postura debido a una lesión del desarrollo del cerebro inmaduro, que puede aparecer por lo general desde los tres primeros años de vida” (Ricard & Martínez, 2005, p. 167).

La Parálisis Cerebral Atetósica, según Levitt (2000) se caracteriza “por movimientos involuntarios de las extremidades, de la cara y la lengua, gestos, muecas y disartria, tono muscular fluctuante, persistencia de reflejos primitivos y exagerados” (p.8) y se puede dar en cualquier parte del cuerpo incluyendo la cara y la lengua.

Es imperioso realizar una intervención temprana en niños que presentan algún tipo de discapacidad con la finalidad de cubrir las necesidades de desarrollo en la primera infancia, la cual tiene como objetivo “dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de presentarlos” (Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana, 2005).

La presente investigación contiene cuatro capítulos:

En el primer capítulo se plantea los fundamentos teóricos y conceptuales sobre la parálisis cerebral infantil atetósica, sus características, tratamientos y tipos, las cuales nos permiten conocer e informarnos sobre la tipología de PCI que presenta el niño.

En el segundo capítulo se aborda la evaluación inicial con la recolección de datos emitidos por el instituto, la madre del niño, la valoración inicial con “Evaluación Funcional Luz Neri de Troconis” y “Guía de Desarrollo Inicial de BATTELLE”.

En el tercer capítulo se plantea un Plan de Intervención en base a los resultados iniciales para determinar las destrezas y actividades que deben ser trabajadas en cada sesión, dirigidas a las necesidades, intereses, potencialidades del niño y respetando el grado de afectación.

Para finalizar, en el cuarto capítulo se presentan los resultados obtenidos luego del plan de intervención y se establece la comparación entre la evaluación inicial y final, para dar a conocer el aporte de la propuesta en el desarrollo y aprendizaje del niño. Posteriormente se desarrolla la socialización a las docentes y padres de familia.

CAPÍTULO 1

1. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA: ESTUDIO DE CASO E INTERVENCIÓN EN UN NIÑO CON PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL

Introducción

El desarrollo infantil es un proceso importante en la vida del ser humano que, le ayuda al niño a obtener información sobre sí mismo y el mundo que le rodea, lo cual servirá para integrarse de forma adecuada a su entorno e interrelacionarse con él. En este contexto, cuando se presenta una parálisis cerebral, compromete el normal desarrollo del niño afectando su independencia debido a las características físicas que dificultan la motricidad de su cuerpo, dependiendo del tipo y grado de afectación.

Considerando las consecuencias de la parálisis cerebral en el desarrollo y en la independencia de las actividades cotidianas del niño, resulta necesario estudiar las características de la misma y plantear una intervención adecuada que permita lograr la mayor independencia posible.

En este capítulo se revisa el fundamento teórico, conceptual y científico en torno a la parálisis cerebral infantil, con énfasis en la parálisis de tipo atetósica y sus efectos en el desarrollo motor del niño; debido a que el caso motivo de estudio presenta esta tipología de parálisis, generando un sustento teórico que servirá para elaborar un plan de intervención adecuado que responda a las necesidades del niño.

1.1 Parálisis Cerebral Infantil

1.1.1 Definición

A través de la historia y de varias investigaciones realizadas para entender, definir y clasificar a la parálisis cerebral infantil, los primeros antecedentes se inician en Londres en el año de 1843 con el doctor William Little, fue el primer médico en tratar de agrupar las alteraciones esqueléticas que se asociaban a padecimientos cerebrales, quien observó que existía una relación entre una hemiplejía y alteraciones esqueléticas que se repetían como un patrón, generalmente presentes en niños con antecedentes de prematuridad o asfixia perinatal, debido a estas investigaciones se le

conoció a la parálisis cerebral infantil como la Enfermedad de Little. (Vázquez & Vidal, 2014).

En el año de 1900 y con las publicaciones de Little; Phelps implementó un tratamiento para estos niños, quién describió cuatro objetivos principales: Locomoción, Independencia en actividades de la vida diaria, Lenguaje y Apariencia general.

En 1957, un grupo de expertos, definió a la parálisis cerebral como un desorden permanente pero cambiante del movimiento y postura que aparece en los primeros años de vida.

A finales de los años 80 y principios de los 90, expertos de América y Europa, consideraron a la Parálisis Cerebral como una dificultad motora no progresiva, pero constantemente cambiante, secundarios a lesiones o anormalidades del cerebro, que aparecen en las primeras etapas del desarrollo. (Vázquez & Vidal, 2014).

Entre otros conceptos de la Parálisis Cerebral, Ricard & Martínez (2005) la definen como “Un trastorno no progresivo de la movilidad o de la postura que se debe a una lesión o anomalía del desarrollo del cerebro inmaduro.” (p. 167); mientras que, Pérez (2004), la define como “Un trastorno del tono, de la postura y del movimiento, de carácter persistente, no invariable, debido a un defecto o lesión del cerebro antes de que su desarrollo sea completo.” (p. 324).

En el año 2004 en Bethesda, Estados Unidos, un grupo de expertos a nivel mundial, reunidos en el “Taller Internacional para la Definición y Clasificación de la Parálisis Cerebral” se definió como “un grupo de desórdenes permanentes del desarrollo del movimiento y postura, que causan una limitación; y se atribuyen a alteraciones no progresivas que ocurren en el desarrollo del cerebro fetal o infantil, acompañadas por alteraciones en la sensación, percepción, cognición, comunicación, conducta y problemas musculoesqueléticos.” (Vázquez & Vidal, 2014, p.7)

Póo (2008), concuerda con la definición anterior, pues considera la parálisis cerebral (PC) como: “El conjunto de trastornos del desarrollo del movimiento y la

postura, los cuales limitan la actividad y son el resultado de una agresión no progresiva producida en un cerebro en desarrollo, en la etapa fetal o en los primeros años.” (p. 271). Además, señala la autora, el trastorno motor causado por la parálisis cerebral aparece generalmente entre los tres primeros años de vida y viene acompañado por otros trastornos de tipo sensorial, cognitivo, de conducta y/o de comunicación. Al respecto:

- Trastornos **sensoriales**: aproximadamente el 50% de los niños con parálisis cerebral tiene problemas visuales y un 20% déficit auditivo. Las alteraciones visoespaciales son frecuentes en niños con diplegía espástica por Leucomalacia -Periventricular.
- El rendimiento **cognitivo**: oscila desde la normalidad, en un 50-70% de los casos con una discapacidad intelectual severa, frecuente en los niños con tetraplejía. El menor grado lo presentan los niños con diplegía y los hemipléjicos.
- Los problemas de **comunicación y lenguaje**, son más frecuentes en la parálisis cerebral atetósica.
- **Epilepsia**: aproximadamente la mitad de los niños con parálisis cerebral tienen epilepsia, muy frecuente en pacientes con tetraplejía (70%) y riesgo inferior al 20% en dipléjicos.
- **Otras complicaciones**: las más frecuentes son las ortopédicas, problemas digestivos, problemas respiratorios, alteraciones buco-dentales, alteraciones cutáneas, vasculares y diferentes problemas que pueden provocar dolor y discomfort. (Póo, 2008, p. 275)

Considerando estas definiciones, se puede sintetizar que la Parálisis Cerebral Infantil es una alteración que se origina durante el desarrollo del cerebro, que no es progresiva y se relaciona a trastornos motores, dificultando que los mensajes del cerebro sean enviados correctamente hacia las extremidades del cuerpo, provocando que sus movimientos sean nulos.

1.1.2 Tipos de parálisis cerebral infantil

La Parálisis Cerebral, se puede clasificar en diferentes grupos debido a la variabilidad de zonas que pueden ser afectadas, entre estos se encuentran:

La Parálisis Cerebral según el tono:

- Isotónico: tono normal.
- Hipertónico: aumento del tono.
- Hipotónico: tono disminuido.
- Variable: combinación de los anteriores. (Ricard & Martínez, 2005, pág. 168)

La parálisis cerebral según la parte del cuerpo afectada se clasifica en:

- Hemiplejía o hemiparesia: afectación en uno de los dos lados del cuerpo del niño.
- Diplejía o diparesia: afectación mayoritaria de la mitad inferior que la superior.
- Cuadriplejía o cuadriparesia: afectación en los cuatro miembros del cuerpo, que están paralizados.
- Paraplejía o paraparesia: afectación mayoritaria de los miembros inferiores que de los superiores.
- Monoplejía o monoparesia: afectación de un solo miembro del cuerpo.
- Triplejía o triparesia: afectación de tres miembros del cuerpo. (Ricard & Martínez, 2005, pág.168)

El término plejía, se refiere cuando existe pérdida del movimiento de un grupo muscular, y paresia es la parálisis leve de un músculo o de un miembro del cuerpo, con persistencia de un movimiento

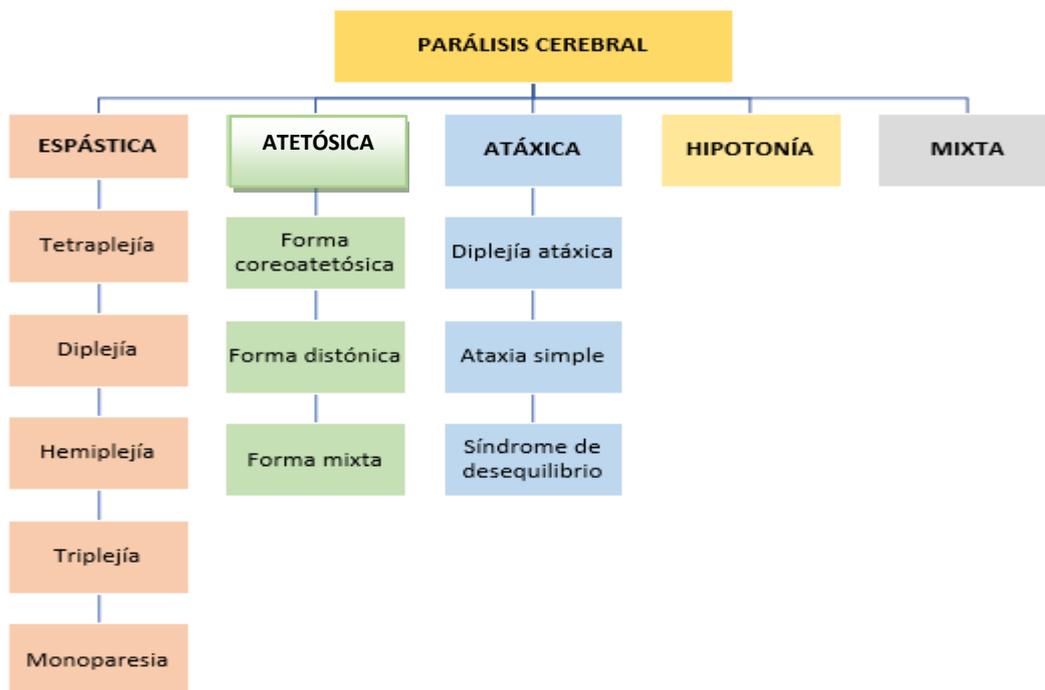
Según el grado de afectación de la Parálisis Cerebral se clasifica en:

- **Grado I o Leve:** Capacidad de deambulación autónoma. Capacidad de manipulación de objetos pequeños al menos con una de las manos.
- **Grado II o Moderada:** Afectación de dos o más miembros. Desplazamientos autónomos muy limitados. Se requiere la utilización de ayudas técnicas para la deambulación y la manipulación.

- **Grado III o Grave:** Afectación de los cuatro miembros, sin posibilidad de marcha autónoma y capacidad manipulativa.
- **Grado IV o Profunda:** No tiene control postural. (Ricard& Martínez, 2005, pág. 168).

La clasificación clínica de la Parálisis Cerebral indica que esta se divide de la siguiente manera:

Figura 1
Clasificación clínica de la parálisis cerebral



Fuente:Póo, (2008)

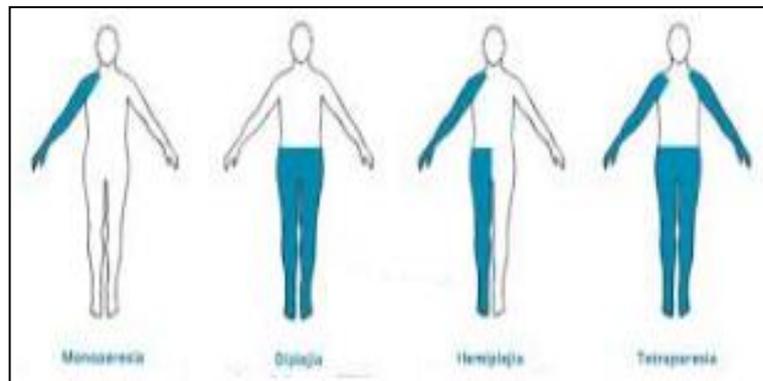
Parálisis Cerebral Espástica:Es el tipo de parálisis más frecuente, en este caso la lesión es provocada en la corteza motora cerebral, provocando que los niños con éste tipo de parálisis presenten movimientos rígidos, bruscos y lentos.

La Parálisis Cerebral Espástica se divide en:

- **Tetraplejía o cuadriplejía espástica:**Es la forma de parálisis más grave, se ven afectadas las cuatro extremidades, su presencia se evidencia desde los primeros meses de vida

- **Diplejía espástica:** Es la forma de parálisis más frecuente y se ven afectadas las extremidades inferiores, está generalmente asociada a casos de prematuridad.
- **Hemiplejía espástica:** Se presenta paresia de un hemicuerpo que generalmente compromete a la extremidad superior, también se presenta en casos de prematuridad. (Póo, 2008, pág. 36)

Figura2
Parálisis Cerebral Espástica



Fuente:www.neuropediatra.org

Parálisis cerebral Atetósica: En este tipo de parálisis, las lesiones perjudican selectivamente a los ganglios basales provocando cambio brusco del tono muscular, movimientos involuntarios y presencia frecuente de reflejos arcaicos. Dentro de este grupo están: parálisis de forma coreoatetósica, parálisis de forma distónica, y parálisis de forma mixta.

Figura3
Parálisis Cerebral Atetósica



Fuente:www.fisioterapianeurologica.es

Parálisis Atáxica: En este tipo de parálisis, la lesión ocurre en el cerebelo, presentando dificultades para medir fuerza y dirección de los movimientos, problemas para ejecutar movimientos precisos y adoptar patrones nuevos de movimiento. Clínicamente predomina la hipotonía, así como la ataxia, dismetría e incoordinación a partir del primer año de edad. Este tipo de parálisis se divide en: diplejía atáxica, ataxia simple y el síndrome de desequilibrio.

Figura4
Parálisis Cerebral Atáxica



Fuente: www.fisioterapianeurologica.es

Parálisis cerebral hipotónica: Es el tipo de parálisis menos frecuente, caracterizada por hipotonía muscular con hiperreflexia osteotendinosa persistente después de los 2 o 3 años de vida.

Figura5
Parálisis Cerebral Hipotónica



Fuente: www.fisioterapianeurologica.es

Parálisis Cerebral Mixta: La existencia de varios tipos de alteración motora es frecuente, pero en general, se denominan en función del trastorno motor predominante. La combinación más común incluye ataxia y distonía o distonía con espasticidad.

Figura 6
Parálisis Cerebral Mixta



Fuente: www.espaciologopedico.com

1.1.3 Conceptos y características de parálisis cerebral atetósica

A continuación, se enfatizará la Parálisis Cerebral Infantil Atetósica debido a que el caso motivo de estudio presenta esta tipología, con la finalidad de conocer sus características, su etiología y su tratamiento, y de esta manera poder brindar una intervención adecuada a las necesidades del niño en cada uno de sus contextos.

1.1.3.1 Conceptos

La Parálisis Cerebral Atetósica, según Levitt (2000) se denomina “Atetosis o disquinética la lesión que se ubica a nivel de los ganglios basales y sus conexiones con la corteza pre-frontal y pre-motora” (p. 6), producto de ello se produce un control postural anómalo y se presenta la danza atetósica debido al continuo movimiento de los pies. Por su parte, Bermejo (2011) señala que se denomina la parálisis cerebral atetósica a los movimientos atetósicos, es decir, movimientos sin un propósito adecuado que pueden llegar a ser incontrolables” (p. 11)

En este mismo sentido, Levitt (2000) menciona que los niños con parálisis cerebral atetósica tienen movimientos involuntarios o espasmos distónicos que pueden desequilibrar al niño. La atetosis se puede dar en cualquier parte del cuerpo incluyendo la cara y la lengua. La atetosis sólo aparece en manos, pies, articulaciones proximales o distales. También se menciona que los niños con parálisis cerebral atetósica, la inteligencia está conservada, aunque también puede estar acompañada de una discapacidad intelectual.

1.1.3.2 Características

La Parálisis Cerebral Atetósica se caracteriza “por movimientos involuntarios de las extremidades, de la cara y la lengua, gestos, muecas y disartria, tono muscular fluctuante, persistencia de reflejos primitivos y exagerados” (Levitt, 2000, p. 8). Presentan movimientos lentos, involuntarios (que se agravan con la fatiga y las emociones y se atenúan en reposo, desapareciendo con el sueño) y descoordinados, que dificultan la actividad voluntaria. Es común que las personas con este tipo de PC tengan unos músculos que cambian rápidamente de relajados a tensos. Sus brazos y sus piernas se mueven de una manera descontrolada, y puede ser difícil entenderles debido a que tienen dificultad para controlar su lengua, su respiración y las cuerdas vocales.

Por su parte, Bermejo (2011), indica que “los movimientos voluntarios son posibles, pudiendo tener hipotonía o hipertonía indistintamente y con cambios en el tiempo” (p. 11). En cuanto a la personalidad, esta se caracteriza por ser extrovertida y generalmente no afecta a la inteligencia. A nivel del lenguaje, pueden presentarse dificultades del habla y problemas con la respiración, también es posible que haya pérdida auditiva.

El patrón del paso en las extremidades inferiores es normalmente alto en flexión y luego baja en la fase de apoyo en una extensión con aducción, rotación interna y flexión plantar. Las caderas están ligeramente flexionadas, la columna lumbar hiperextendida, la columna torácica redondeada y la columna cervical hiperextendida. (Bermejo, 2011, p. 12)

Las principales características motoras, de acuerdo con Levitt (2000), son:

Movimientos involuntarios-atetosis: Son raros, movimientos sin un propósito determinado que pueden llegar a ser incontrolables. Estos movimientos involuntarios pueden ser lentos o rápidos y pueden ser patrones de tipo contorsión, sacudida, temblor, manotazos o rotaciones o simplemente no seguir ningún patrón determinado. En algunos niños aparecen en reposo. La movilidad involuntaria se ve incrementada con la excitación, con cualquier forma de inseguridad y con el esfuerzo de realizar un movimiento voluntario o incluso de abordar un problema mental. Los factores que disminuyen la atetosis son la fatiga, la somnolencia, la fiebre, la posición en decúbito prono o mantener la atención de manera que suponga una gran concentración.

El control postural: Los movimientos involuntarios o espasmos distónicos pueden desequilibrar al niño. Sin embargo, la bien conocida inestabilidad de los atetósicos se asocia directamente con los mecanismos posturales. (Foley, 1983 citado por Levitt, 2000)

Los movimientos voluntarios: Son posibles, pero puede existir un retraso inicial antes de que comience el movimiento. El movimiento involuntario puede interrumpir parcial o totalmente el voluntario de manera que lo vuelva falto de coordinación. Hay una falta de movimientos finos y debilidad.

Hipertonía o hipotonía: Puede ser que existan o que se presenten fluctuaciones en el tono. Los atetósicos reciben a veces la denominación de tipos tensión y no-tensión. En ocasiones hay distonía y sacudidas de la cabeza, del tronco o de las extremidades. También surgen espasmos repentinos en flexión o extensión. La hipertonía es una rigidez, pero ocasionalmente la espasticidad puede estar presente en las cuadriplejías atetósicas. El tono fluctuante se ve acompañado a veces por variaciones en el estado de ánimo o emociones.

La danza atetósica: Muchos atetósicos no logran mantener su peso sobre sus pies por lo que están continuamente moviendo los pies hacia arriba, o hacia arriba y hacia afuera en una danza atetóstica. Transfieren el peso sobre un pie mientras rascan o arañan el suelo con un movimiento de retirada con el otro miembro inferior. Esto se atribuye a un conflicto entre los reflejos de asir y soltar, que también puede observarse en las manos. (Twitchell, 1961 & Foley, 1965 citados por Levitt, 2000)

Parálisis de los movimientos de la mirada: Es posible que se origine, y en este caso los atetósicos tienen dificultades para mirar hacia arriba y a veces para cerrar los ojos voluntariamente.

Los atetósicos cambian con el tiempo: Puede que durante la infancia parezcan hipotónicos y que los movimientos involuntarios aparezcan cuando alcanzan los dos o tres años de edad. Los atetósicos adultos no parecen hipotónicos, pero tienen tensión muscular. También parece que la tensión muscular aumenta cuando se esfuerzan por controlar los movimientos involuntarios.

Por otra parte, Levitt (2000) señala algunas características generales en niños atetósicos, especialmente refiriéndose al área emocional y cognitiva:

- La inteligencia está conservada.
- La pérdida auditiva de un tipo específico de frecuencia alta se asocia con la atetosis por *kernicterus*. De acuerdo con Hernández, Schmidt y Huerte (2013) el *kernícterus*, es una encefalopatía neonatal o complicación neurológica provocada por la elevación en los niveles de bilirrubina en el recién nacido, lo cual afecta al sistema nervioso central afectando algunos procesos químicos que son importantes para el correcto funcionamiento del cerebro.
- Las personalidades “conductoras” y extrovertidas son frecuentes en los atetósicos. La labilidad emocional es más frecuente que en otros tipos de parálisis.
- También pueden presentarse dificultades articulares del habla y problemas respiratorios. (Levitt, 2000)

Para Latorre y Bisetto, (2009 citado en Rodríguez & Rodríguez, 2016, p.10) Las experiencias sensorio motoras son muy limitadas, ya que los niños con PCI atetósica tienen dificultades en manipular, controlar y explorar el entorno físico debido a sus movimientos, por lo que constituye un problema en el desarrollo de la inteligencia sensoriomotora.

La cognición y el lenguaje están relacionados con la construcción del conocimiento, de modo que cualquier limitación o afectación en el área lingüística puede afectar el desarrollo de la inteligencia. (Latorre & Bisetto, 2009 citado en Rodríguez & Rodríguez, 2016, p.10)

En el desarrollo lingüístico en algunos casos, estos niños no hablarán o lo harán con dificultad, pero entenderán el lenguaje oral y la información del exterior. Algunas estadísticas confirman que en torno el 60% de estos niños presentan problemas de lenguaje, en especial el lenguaje expresivo, manifestando desde alteraciones lingüísticas leves hasta la imposibilidad de emitir un sonido comprensible. (Puyuelo & Salavera, 2013).

Estos niños requieren de un sistema aumentativo o alternativo de comunicación, estos sistemas permiten la expresión a través de símbolos diferentes a la palabra articulada. En este caso sería un sistema alternativo con ayuda, es decir, algún mecanismo físico o ayuda técnica que permita la comunicación en función a las necesidades del alumno sin dejar a un lado las técnicas logopédicas de rehabilitación. (Ricard& Martínez, 2005)

Ricard& Martínez (2005) mencionan que estos niños en el desarrollo socio-afectivo, pueden frustrarse fácilmente al no poder realizar algún tipo de actividad, ya que conlleva a ser dependientes en algunas actividades de la vida diaria.

En la interacción con sus pares pueden verse afectadas por sus limitaciones y sentirse alejados de su vínculo social, además se dice que las experiencias sociales son la base de las actitudes con respecto a los demás, en este sentido, el ambiente primario (la familia) en el que se desenvuelve el niño, es vital para la formación de actitudes ya que permite afrontar el entorno. (Ricard & Martínez, 2005)

1.1.4 Etiología

De acuerdo con Póo (2008) la prevalencia global de parálisis cerebral es de 2 a 3 casos en cada 1000 niños nacidos vivos, dentro de este grupo la parálisis cerebral atetósica es la que más se relaciona con factores perinatales con un índice de hasta el 70% de los casos.

De igual manera, de acuerdo con Aranda (2008), el nivel de incidencia de la Parálisis Cerebral Infantil, es de uno en cada mil nacidos vivos, de los cuales, solo el 60% presenta causas identificables. En la actualidad, agrega Aranda (2008), “la incidencia puede ser mayor debido, paradójicamente, al avance de la medicina en el cuidado de muchos recién nacidos con factores de riesgo, como los niños prematuros o con un peso muy bajo, que pueden sobrevivir, pero con deficiencias motoras” (p. 357).

Aunque no siempre se conoce la causa precisa de la lesión cerebral, sin embargo, se sabe que la parálisis cerebral se puede dar en tres momentos claves: durante el embarazo, en el momento del parto, o momentos después del parto. Bermejo (2011)

señala que es importante conocer esto porque permite prevenirla, facilita una detección precoz y ayuda a dar un seguimiento en casos de niños con riesgo de parálisis.

En este sentido las causas de una parálisis cerebral infantil, de acuerdo con Póo (2008) y Federico (2007), son:

1. Factores prenatales

Factores maternos

- Alteraciones la coagulación, enfermedades autoinmunes, HTA.
- Infección intrauterina.
- Traumatismo, sustancias tóxicas, disfunción tiroidea. (Póo, 2008, p. 272)

Alteraciones de la placenta

- Trombosis en el lado materno, trombosis en el lado fetal,
- Cambios vasculares crónicos, Infección. (Póo, 2008, p. 272)

Factores fetales

- Gestación múltiple, Retraso crecimiento intrauterino.
- Polihidramnios, hidropsfetalis, malformaciones. (Póo, 2008, p. 272)
- Intoxicación materna.
- Traumatismo en la madre (paro cardíaco).
- Agentes físicos: exposición descuidada a rayos X u otras radiaciones.
- Enfermedades virósicas como toxoplasmosis, rubéola, SIDA, etc.
- Problemas de hipertensión arterial. (Federico, 2007, p. 46)

2. Factores perinatales

- Prematuridad, bajo peso.
- Fiebre materna durante el parto, Infección SNC o sistémica.
- Hipoglucemia mantenida, hiperbilirrubinemia.
- Hemorragia intracraneal.
- Encefalopatía hipóxico-isquémica (Póo, 2008, p. 272)

- Problemas con el cordón umbilical.
- Pelvis muy estrecha de la madre (el bebé se encaja mal).
- Mala utilización de fórceps.
- Nacimiento con muy bajo peso o prematuramente.
- Nacimiento muy brusco o “parto en avalancha.” (Federico, 2007, p. 46)

3. Factores postnatales

- Infecciones. (meningitis, encefalitis)
- Traumatismo craneal.
- Estatus convulsivo.
- Parada cardio-respiratoria.
- Intoxicación.
- Deshidratación grave. (Póo, 2008, p. 272)
- Traumatismos de cráneo. (golpe y rotura del cráneo).
- Virus.
- Anestiasias.
- Intoxicación. (Federico G., 2007, p. 46)

Es probable, que la prematurez siga siendo el principal antecedente de la parálisis cerebral.

Vázquez & Vidal (2014) afirman:

“Los avances de la ciencia y la tecnología, indican que la mayoría de los casos de parálisis cerebral no se originan durante el parto, ya que, en la actualidad la mayoría de los casos de parálisis cerebral tienen su origen en la hipoxia neonatal consecuencias de anomalías del desarrollo, anomalías metabólicas, efectos autoinmunes y de la coagulación, infecciones, traumatismos o combinaciones de estos”. (p.7)

Con respecto al cuadro clínico, existen tres aspectos que se consideran fundamentales:

1. El retraso en el desarrollo en relación a la adquisición de nuevas habilidades que deberían lograrse a la edad cronológica del niño.
2. Persistencia de un comportamiento infantil en todas las funciones, incluyendo reacciones reflejas infantiles.
3. Ejecución de múltiples funciones mediante patrones jamás vistos en bebés y niños normales. (Bermejo, 2011, p. 273)

1.1.5 Desarrollo infantil: motriz, lenguaje, cognitivo y socio-afectivo.

El Desarrollo Infantil, según lo señala Figueiras (2006) “Es el aumento de la capacidad del individuo para la ejecución de funciones cada vez más complejas” (p. 12). Mientras que, Rice (1997), se enfoca en el desarrollo infantil definiendolo como: “Una disciplina especializada dedicada a la comprensión de todos los aspectos del desarrollo humano desde el nacimiento hasta la adolescencia.” (p. 126).

Por su parte, la Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (2005) indica:

El desarrollo infantil en los primeros años se caracteriza por la progresiva adquisición de funciones tan importantes como el control postural, la autonomía de desplazamiento, la comunicación, el lenguaje verbal, y la interacción social. Esta evolución está estrechamente ligada al proceso de maduración del sistema nervioso, ya iniciado en la vida intrauterina y a la organización emocional y mental. Requiere una estructura genética adecuada y la satisfacción de los requerimientos básicos para el ser humano a nivel biológico y a nivel psicoafectivo. (p. 12)

Teniendo en cuenta las citas anteriores, se puede generalizar que el desarrollo infantil constituye una sucesión sistemática de etapas que van marcando los cambios físicos, cognitivos, comunicativos y psicológicos del ser humano desde su nacimiento hasta entrada la pre adolescencia; y que, van dando forma a su cuerpo y su personalidad, lo que marcará su posterior desenvolvimiento en el entorno.

Al respecto, el Ministerio de Salud de Perú (2009) señala que el desarrollo infantil está marcado o incluye cuatro áreas principales:

Área Motora o Movimiento

El inicio del desarrollo dominado por la motricidad, su avance ocurre en sentido céfalo-caudal y próximo-distal. Las actividades motoras tienen el propósito de contribuir al establecimiento del tono muscular adecuado y reacciones equilibratorias que le permitirá conseguir el control sobre su cuerpo, ubicarse en el espacio y el tiempo, y relacionarse con el medio que lo rodea. En esta área el niño debería:

Desarrollar movimientos grandes como: gatear, ponerse de pie, caminar y correr.
Motricidad gruesa.

Desarrollar movimientos pequeños como: agarrar los objetos con los dedos, pintar, dibujar, tocar instrumentos musicales y otros. Motricidad Fina (Ministerio de Salud de Perú, 2009, p. 19).

Área Lenguaje

Su desarrollo abarca tres aspectos: la capacidad comprensiva, la expresiva y la gestual. La capacidad comprensiva se desarrolla desde que la niña o niño nace, ya que podrá entender ciertas palabras mucho antes de que pueda pronunciarlas. Las primeras manifestaciones es el pre-lenguaje (chupeteos, balbuceos, sonidos guturales, emisiones vocálicas, risas, gritos). En esta área el niño:

- Desarrolla las primeras formas de lenguaje (agu-agu, gritos, risas).
- Desarrollará en forma correcta el habla y la escritura. (Ministerio de Salud de Perú, 2009, p. 20)

Área de Coordinación

El desarrollo de la agudeza de los sentidos y la coordinación (viso manual, viso auditivo), permitirán al niño acceder a una gran gama de experiencias ricas para el desarrollo cerebral que le ayudan a conocer el entorno que lo rodea y formar su pensamiento a partir de su interacción con las cosas que los rodean. En esta área el niño:

- Ve, oye y percibe las cosas y el medio que lo rodea.
- Desarrolla los sentidos y el pensamiento.

- Desarrolla la capacidad de razonar, poner atención y seguir instrucciones.
(Ministerio de Salud de Perú, 2009, p. 20)

Área Social o Socialización

Son las experiencias afectivas y la socialización que le permitirá sentirse querido y seguro, capaz de relacionarse con otros de acuerdo a normas. Los valores de la familia, el afecto y las reglas de la sociedad le permitirán a la niña o niño, poco a poco, dominar su propia conducta, expresar sus sentimientos y ser una persona independiente y autónoma (alimentación, vestido, aseo, etc.). En esta área el niño debería:

- Desarrollar las emociones.
- Establecer relaciones con sus padres y las demás personas que lo rodean.
- Desarrollar la confianza y seguridad en sí mismo y forma la personalidad.
(Ministerio de Salud de Perú, 2009, p. 20)

Conocer el desarrollo del niño es importante, pues permitirá identificar señales de un retraso en el desarrollo, principalmente en los primeros años de vida.

Figura 7
Desarrollo normal del niño

CUADRO DE DESARROLLO : MOVIMIENTO				
	ETAPA 1: HASTA LOS 6 MESES	ETAPA 2: 6 A 12 MESES	ETAPA 3: 12 A 24 MESES	ETAPA 4: 2 A 3 AÑOS
Control de la cabeza y del cuerpo	 <p>Tumbarse boca abajo y mantener la cabeza alta. Apoyarse en las manos.</p> <p>Rodar desde la posición de boca abajo a boca arriba</p>	 <p>Rodar de boca arriba a boca abajo. Ponerse de lado e intentar sentarse.</p>		
Sentarse	 <p>- Sentado con ayuda.</p>  <p>- Sentado inclinado en sus manos</p>	 <p>- Sentarse solo girarse y alcanzar algo</p>  <p>- Mantenerse si le empujan</p>	 <p>- Salir de la posición de sentado y ser capaz de volver.</p>  <p>- Mantener el equilibrio si se balancea</p>	
Moverse de un sitio a otro	 <p>Mantenerse de pie con ayuda.</p>	 <p>Puede gatear muy bajo.</p>  <p>Agarrarse para ponerse de pie.</p> 	 <p>Andar solo o cogido de una mano.</p>  <p>Ponerse de cuclillas para jugar.</p>	 <p>- Dar puntapiés a la pelota.</p>  <p>- Mantenerse a la pata coja. - Saltar.</p>

Fuente: www.crecerfeliz.es

Autor: Jesús Cabrera M.

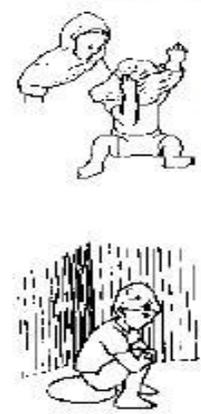
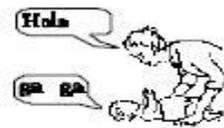
Figura 8
Desarrollo normal del niño

CUADRO DE DESARROLLO : COMUNICACIÓN Y COMPORTAMIENTO				
	ETAPA 1: HASTA 6 MESES	ETAPA 2: 6 A 12 MESES	ETAPA 3: 12 A 24 MESES	ETAPA 4: 2 A 3 AÑOS
Utilización de las manos	 <ul style="list-style-type: none"> - Sujetar pequeños objetos ligeramente.  <ul style="list-style-type: none"> - Sujetar con toda la mano. 	 <ul style="list-style-type: none"> - Poder sujetar un objeto con cada mano. 	 <ul style="list-style-type: none"> - Sujetar con el pulgar y el dedo. 	
Juego y Desarrollo social	 <ul style="list-style-type: none"> - Mirar a un objeto. - Llevar ambas manos juntas.  <ul style="list-style-type: none"> - Jugar con su cuerpo.  <ul style="list-style-type: none"> - Golpear un objeto con todo el brazo. 	 <ul style="list-style-type: none"> - Pasar un objeto de una mano a otra. - Golpear un objeto contra otro.  <ul style="list-style-type: none"> - Jugar a juegos como al escondite. 	 <ul style="list-style-type: none"> - Poner objetos dentro de un contenedor e intentar sacarlos.  <ul style="list-style-type: none"> - Divertirse construyendo. 	 <ul style="list-style-type: none"> - Tirar o lanzar una pelota  <ul style="list-style-type: none"> - Ser capaz de separar objetos diferentes.

Fuente:www.crecerfeliz.es

Autor:Jesús Cabrera M.

Figura 9
Desarrollo normal del niño

CUADRO DE DESARROLLO : COMUNICACIÓN Y COMPORTAMIENTO				
	ETAPA 1: HASTA 6 MESES	ETAPA 2: 6 A 12 MESES	ETAPA 3: 12 A 24 MESES	ETAPA 4: 2 A 3 AÑOS
Auto-cuidado	 <ul style="list-style-type: none"> - Mamar - Llevar un objeto a la boca. 	 <ul style="list-style-type: none"> - Masticar comida sólida. - Tomarse el solo una galleta. 	 <ul style="list-style-type: none"> - Beber de una taza y comer la mayoría de los alimentos sin ayuda. - Ayuda a la hora de desvestirse - Saber pedir ir al retrete. 	 <ul style="list-style-type: none"> - Vestirse con ayuda. - Usar el retrete adecuadamente.
Comunicación	<p>Responder a los ruidos.</p>  <ul style="list-style-type: none"> - Hacer ruidos cuando se le habla. - Sonreír. <p>- Cambiar de palabra</p> 	<ul style="list-style-type: none"> - Empezar a hablar. - Repetir gestos. - Repetir sonidos que hacen otros.   <ul style="list-style-type: none"> - Responder a ordenes básicas. - Decir unas pocas palabras: 'MA, MA', 'PA, PA' 	<ul style="list-style-type: none"> - Llamar a las cosas por su nombre. - Nombrar cosas familiares: perro, pájaro. - Utilizar palabras sin sentido. <p>- Preguntar por cosas con palabras y gestos.</p>  <p>- Empezar a juntar palabras.</p>  <ul style="list-style-type: none"> - Señalar la parte de su cuerpo cuando se le pregunta. 	<p>Hablar y comentar lo que hace.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Empezar a dibujar. - Hacer preguntas. - Ayudar a la familia con las faenas de la casa. 

Fuente:www.crecerfeliz.es

Autor: Jesús Cabrera M.

Primeros Signos de Parálisis Cerebral

Cuando se presenta un indicio de una posible parálisis cerebral se pueden presentar los primeros signos principalmente en el primer año de vida. Entre uno de ellos es la flacidez o demasiado rígido, tienen que notarse lo antes posible después del nacimiento.

Según Cabrera,(2000) los siguientes signos permiten identificar una parálisis cerebral, aunque no todos los niños pueden presentarlos.

Rigidez repentina: En la mayoría de posiciones como boca arriba o abajo, resulta difícil de incorporar el tronco del niño para vestirlo o abrazarlo debido a que sus extremidades tanto superiores como inferiores están tensas y son difíciles de relajar.



Fuente: www.crecerfeliz.es

Autor: Jesús Cabrera M.

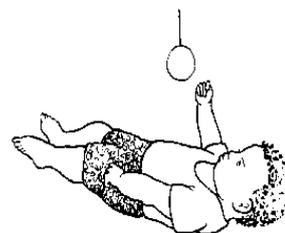


Flacidez: La cabeza del niño cae y no puede levantarla. Cuando se sostiene al niño de la parte anterior y en el aire, sus brazos y piernas cuelgan. El niño se mueve muy poco.

Fuente: www.crecerfeliz.es

Autor: Jesús Cabrera M.

Desarrollo lento: Le cuesta sostener la cabeza, y muy poco utiliza sus manos. El niño normalmente utiliza las dos manos para manipular un objeto, en este caso solo lo realiza con una ya que le resulta fácil.



Fuente: www.crecerfeliz.es

Autor: Jesús Cabrera M.



Alimentación pobre: La succión y la deglución es mala. Tiene dificultades para cerrar la boca. Con la lengua saca los alimentos de la boca.

Fuente: www.crecerfeliz.es

Autor: Jesús Cabrera M.

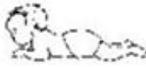
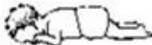
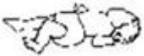
Desarrollo inusual: Llora y grita mucho. Se vuelve irritable durante el sueño, o por el contrario puede ser un niño tranquilo durante esta acción. Tienen problemas al realizar gestos con la cara debido a que los músculos faciales pueden estar tensos o relajados.



Fuente: www.crecerfeliz.es

Autor: Jesús Cabrera M.

Figura10
Signos de Parálisis Cerebral

Edad	Desarrollo normal	Parálisis Cerebral		
3 meses	 Tumbado sobre el estómago, mantiene la cabeza arriba y se eleva sobre los brazos. Tumbado sobre la espalda pone las dos manos juntas	 Piernas duras No puede levantar la cabeza No puede levantarse sobre sus manos	 Cabeza hacia atrás y a un lado Un brazo y pierna doblados, el otro brazo y pierna estirados No puede juntar ambas manos	
6 meses	 Sentado se sujeta en las manos Se apoya en los pies cuando se eleva	 No mantiene la cabeza Cae de espaldas, con brazos rígidos y manos en puño	 Cabeza cae atrás Empuja hacia atrás cuando le intentan sentar	 Apoyo en los dedos del pie Los brazos tiran atrás. Piernas rígidas y cruzadas en tijera

Fuente: www.crecerfeliz.es

Autor: Jesús Cabrera M.

Figura 11
Signos de Parálisis Cerebral.

<p>9 meses</p>  <p>Se sabe sentar solo y se mantiene solo al ponerle de pie</p>	 <p>Espalda redonda. Poco uso de las manos para jugar. Piernas rígidas y pies de puntillas</p>	 <p>No carga pesos en sus piernas. Apenas sujeta la cabeza</p>
<p>12 meses</p>  <p>Se ayuda a ponerse de pie, a veces. Gatea bien</p>	 <p>Dificultad para ponerse de pie. Piernas rígidas y pies de puntillas</p>	 <p>No puede gatear. Usa un solo lado de su cuerpo o se arrastra usando, solo, sus dos brazos</p>
<p>18 meses</p> <p>Se mantiene solo de pie y anda, también, solo. Es capaz de sentarse y levantarse. Se sienta derecho. Usa las dos manos</p> 	<p>Una mano rígida y la otra doblada con apoyo en un lado. Casi no mantiene el equilibrio de pie</p> 	<p>Usa una sola mano para jugar. Una pierna puede estar rígida. Se sienta sobre un lado del cuerpo</p> 

Fuente: www.crecerfeliz.es
Autor: Jesús Cabrera M.

1.1.6 Tratamiento

La parálisis cerebral infantil atetósica al igual que los otros tipos de PCI, no tiene un tratamiento que la elimine completamente, pero con una atención temprana y continua puede mejorar en cada uno de los ámbitos: motora, cognitiva, lenguaje y social, permitiendo al niño llevar una vida satisfactoria, y por supuesto, de manera más autónoma.

Por este motivo el niño debe ser controlado por un especialista y valorado de forma periódica:

- Inicialmente cada mes hasta los 6 meses de edad.
- De los 6 a los 12 meses: cada 2 meses.
- Semestralmente hasta los dos años de edad o en caso de presentar alteraciones neurológicas. (Ricard & Martínez, 2005, p.179).

La atención terapéutica interviene todas las actividades dirigidas hacia el niño y su entorno con el objetivo de mejorar las condiciones de su desarrollo, la cual debe ser planificada y programada de forma global e individual, planteando pautas específicas y

adaptadas a las necesidades de cada niño y cada familia en cada una de las áreas del desarrollo.

La atención terapéutica del niño con parálisis cerebral atetósica debe incluir:

1. Intervención temprana: Conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuestas lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos.

2. Técnicas de terapia funcional (Fisioterapia y terapia ocupacional):

➤ **Fisioterapia:** Debe comenzar en los primeros años de vida. El niño realiza una serie de ejercicios físicos con la ayuda de un fisioterapeuta, encaminados a lograr tres grandes objetivos:

- **Prevenir el deterioro o debilidad muscular.**
- **Prevenir las contracturas:** Los músculos se contraen debido a las alteraciones del tono muscular y limitan el movimiento de las articulaciones, afectando el equilibrio y habilidades motoras previas.
- **Mejorar el desarrollo motor del niño.**

Existen varios programas de terapia física indicados para niños y personas con PCI, como, por ejemplo:

- Método Bobath.
 - Terapia de Patrones.
 - Método Vojta. (Madrigal, 2015, p. 21)
- **Terapia Ocupacional:** Está orientada a “Desarrollar las habilidades necesarias para desenvolverse con autonomía en la vida diaria (vestirse, comer, usar el baño, etc.)” (Madrigal, 2015, p. 23). El terapeuta ocupacional se centra en el desarrollo de la motricidad fina y en la función superior del cuerpo y mejorar la

postura. El refuerzo de este tipo de independencia aumenta la confianza y la autoestima.

3. Tratamiento de Lenguaje: Está orientada a corregir trastornos relacionados con el habla y el uso del lenguaje, mejorando las habilidades comunicativas del niño. Además, los niños pueden utilizar un dispositivo especial de comunicación, los cuales pueden variar desde los más simples hasta los más sofisticados. Estos pueden ser:

- a) Tablero de comunicación (Paneles, cuadernos personalizados, trípticos).
- b) Comunicadores Electrónicos.
- c) Comunicadores de pantalla Dinámica (pantallas táctiles).
- d) Productos de Acceso (Pulsadores, teclados adaptados, lectores de pantalla, etc.).

Los SAAC pueden ser: Sin ayuda (necesitan apoyo externo) o con ayuda (necesitan de productos de apoyo y otras tecnologías).

Entre los SAAC con ayuda son: Sistemas de imágenes, Sistema pictográficos, BLISS, PECS, REBUS, BRAILLE y MORSE.

Entre los SAAC sin ayuda son: Gestos comunes, Alfabeto dactilológico, lengua de signos, sistema bimodal, palabra complementada. (Albuerme & Pino, 2013)

4. Apoyo familiar: Proporcionando en todo momento una atención e información comprensiva, respetando los puntos de vista, haciendo copartícipes de todas las decisiones que afectan a su hijo y facilitando al máximo la información sobre posibles ayudas. (Lorente, 2007, p. 695)

5. Atención Psicológica: Es de gran importancia para el niño, la familia y el equipo en general a lidiar con el estrés y las exigencias de la PC. En algunos casos, psicólogos también pueden supervisar la terapia para tratar conductas negativas.

Dentro del tratamiento se presenta otras terapias que complementan, estas son:

6. **Tratamiento farmacológico:** Este tratamiento debe ser administrado de acuerdo a la prescripción del médico especialista, está indicada para aliviar y reducir algunos de los síntomas asociados con la parálisis cerebral. (Ricard & Martínez, 2005, p. 189).
7. **Tratamiento quirúrgico:** Está indicada para corregir contracturas graves que reducen las posibilidades de movilidad personal como contracturas fijas y deformidades articulares y óseas. (Ricard & Martínez, 2005, p.180).
8. **El plan de intervención en el tratamiento de PCI:** La intervención agrupa todas las actividades dirigidas al niño y a su entorno. El tratamiento debe plantear objetivos concretos que pueden ser evaluados, y estos a la vez tenderán a mejorar, prevenir y tratar las retracciones o deformaciones secundarias en la persona. (Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana, 2001, p.43)

El tratamiento del niño con parálisis cerebral debe ser tarea de un equipo multidisciplinario como el médico, el estimulador, el fisioterapeuta, la escuela, pero sobre todo de los padres. El tratamiento debe continuar en el hogar para garantizar un mejor avance, además, a los padres se los debe informar y asesorar con respecto a las actividades y ejercicios que su hijo requiere según sus necesidades.

1.1.7 Aditamentos en el tratamiento de la Parálisis Cerebral Infantil

De acuerdo con Bermejo (2011) se distinguen: ayudas o aditamentos técnicos para sedestación, bipedestación y ayudas para la marcha.

A continuación, se resumen brevemente cada una de ellas.

Ayudas técnicas: Está compuesto por instrumentos y equipos técnicos fabricados para prevenir, compensar, mitigar o neutralizar la discapacidad motora, puesto que están diseñados para compensar parcial o totalmente las situaciones de discapacidad, permitiendo cierta independencia funcional. Estas ayudas son:” para el cuidado personal (esponja con mango alargado, sillas de bañera, jarra de plástico con asas, velcros para

calzado y ropa), para la comunicación (adaptaciones en teléfono, comunicadores), para la discapacidad sensorial (visual o auditiva)” (García, 1999 citado por Bermejo, 2011).

Ayudas a la sedestación: Favorece al tratamiento fisioterápico con ayudas ortopédicas como: asiento triangular que ayuda al control del tronco e impide la extensión de la cadera y la abducción; los cochecitos reforzados en el respaldo para sujeciones del tronco para evitar alteraciones en la alineación del niño; también está el uso de cuñas, rodillos, posicionadores, almohadas y otros. (Bermejo, 2011).

Ayudas para la bipedestación: Estar en posición bípeda es parte fundamental para el desenvolvimiento del niño, además que es característica propia del ser humano, previene la aparición de contracturas en los miembros inferiores y el dolor que eso provoca; reduce la espasticidad y ayuda al sistema respiratorio y digestivo; favorece al normal crecimiento del esqueleto evitando la osteoporosis. Para ello, se puede utilizar aditamentos como:

- **Plano vertical:** Para colocar al niño en posición prona, sosteniendo el tronco y la pelvis.
- **Bipedestador supino:** Para colocar al niño en posición supina para que tenga una mejor interacción con el entorno.
- **Standing:** Que se emplea para ayudar a mantener posición de bipedestación estática en niños capaces de controlar la cabeza y el tronco pero que no controlan las piernas y la pelvis.
- **Ministanding:** Diseñado para mantener la verticalidad en niños que no pueden usar sinergias musculares y necesitan mantener el equilibrio y/o que no pueden desarrollar respuestas posturales anticipadoras con sus propios movimientos voluntarios. (Bermejo, 2011).

Ayudas para la marcha: Este tipo de aditamentos están diseñados para ayudar al niño a desplazarse y tener mayor interacción con su entorno para poder explorarlo, lo que también ayuda a su independencia. Entre los aditamentos para la marcha, están:

- Marcha en barras paralelas con espejo, ayudan al niño a lograr equilibrio de pie, enseñándole a levantarse en posición de bipedestación y desarrollando su equilibrio dinámico.

- Andadores, son semejantes a las barras paralelas con la diferencia de que los andadores permiten mayor desplazamiento e independencia.
- Bastones, su uso está indicado en parálisis que afectan la musculatura de la raíz de los miembros y en desequilibrios producidos durante la marcha. Los bastones son recomendados cuando el niño ha alcanzado ya un control de la bipedestación pero todavía no la marcha independiente y funcional.
- Triciclo adaptado, se trata de un triciclo convencional adaptado para que el niño genere fuerza disociada en los miembros inferiores a medida que va avanzando. (Bermejo, 2011).

Si bien este conjunto de aditamentos es de gran ayuda para trabajar en la estimulación del niño con parálisis; sin embargo, no se puede dejar de lado que la parálisis cerebral requiere de atención integral y de un equipo de profesionales multidisciplinario, como: neuropediatra, fisioterapeuta, ortopeda, psicólogo, logopeda, estimuladora temprana, pediatra de atención primaria y la colaboración de otros especialistas. Todo ello, para garantizar una valoración adecuada, pero sobre todo para brindar una atención especializada, temprana e intensiva durante los primeros años y un tratamiento de mantenimiento posterior.

Por otra parte, además de los profesionales mencionados anteriormente, no se debe dejar de lado el papel importante que juega el cuidado materno, especialmente en los primeros tres años de vida para la detección de la parálisis cerebral, puesto que la madre es quien mejor observa y conoce al niño, de manera que puede detectar rasgos fuera de lo común en la mirada, los primeros trazos, los movimientos, etc.; en consecuencia, los cuidados maternos, junto con la alimentación adecuada y otros estímulos afectivos en la relación madre e hijo, son valiosos en un proceso de estimulación precoz, “Son aditamentos de perfección en su maduración neurofisiológica y psicoafectiva” (Guardado, 2013, p. 16).

De tal manera que el apoyo de la familia en la casa le suma un valor a la intervención precoz, siempre que exista un trabajo dedicado en las tareas de estimulación, porque así se pueden incrementar las capacidades del niño para ser lo más independiente posible a pesar de su condición.

1.2 Estudio de Caso

El estudio de caso es una nueva tendencia que se está implementando en los trabajos de investigación, pues es una herramienta valiosa de indagación, que a través del mismo se puede medir y registrar la conducta de las personas involucradas en el fenómeno estudiado, mientras que los métodos cuantitativos sólo se centran en información verbal. (Martínez, 2006, p. 167).

En el método estudio de caso, los datos pueden ser obtenidos desde una variedad de fuentes, pueden ser cualitativas y cuantitativas, desde documentos, registros de archivos, entrevistas directas, observación directa, observación de los participantes e instalaciones, entre otros.

El estudio de caso es un método utilizado para comprender en profundidad la realidad social y educativa. Así, estos dos contextos son de mayor interés dentro de un estudio o investigación, permitiendo al profesional orientarse y analizar sobre las decisiones que debe tomar sobre el desarrollo y necesidades del niño, mediante la utilización de o un plan de intervención adecuado, con la utilización de guías de evaluación del desarrollo si fuera necesario. (Martínez, 2006).

En efecto, con las definiciones anteriores, podemos afirmar que el estudio de caso desempeña un papel importante en el área de la investigación ya que se puede obtener un conocimiento más amplio sobre un tema en particular y generar nuevas teorías, así como para descartar teorías inadecuadas. También este método de investigación sirve especialmente para diagnosticar y ofrecer soluciones en el ámbito de las relaciones humanas, principalmente en áreas de la educación.

Yin 1989(como se citó en Martínez, 2006) considera que “El estudio de caso consiste en una descripción y análisis detallados de unidades sociales o entidades educativas únicas”.

Para que un estudio de caso sea apropiado en una investigación debe tener:

1. **Carácter crítico**, es decir que el caso permita confirmar, cambiar, modificar o ampliar el conocimiento sobre el objeto de estudio.

2. **Carácter extremo o unicidad**, un caso con un interés muy amplio y especial.
3. **Carácter revelador**, que permite observar y analizar un fenómeno o hecho particular relativamente desconocido en la investigación educativa y sobre el cual puede hacerse aportaciones de enorme relevancia. (Álvarez & Maroto, 2012).

El estudio de caso dentro del sistema educativo tiene una gran relevancia por lo que se detallan las siguientes ventajas.

- Profundizar en un proceso de investigación a partir de unos primeros datos analizados.
- Para investigaciones a pequeña escala, en un marco limitado de tiempo, espacio y recursos.
- Método abierto para retomar otras condiciones personales o instituciones diferentes.
- Es de gran utilidad para el profesorado que participa en la investigación, favoreciendo el trabajo cooperativo y la incorporación de distintas ópticas profesionales.
- Lleva a la toma de decisiones, a implementarse, a desenmascarar prejuicios, entre otros. (Barrio, González, Padín, Peral, Sánchez & Tarín, 2005).

Yin distingue tres tipos de objetivos diferentes:

- **Exploratorio:** cuyos resultados son usados como base para formular preguntas.
- **Descriptivo:** Describe lo que sucede en un caso en particular.
- **Explicativo:** Facilita la interpretación.

Barrio et al. (2005) menciona que el estudio de caso en la educación se agrupa en tres tipos diferentes según la naturaleza del informe final.

- **Estudio de caso descriptivo:** Presenta un informe detallado del caso eminentemente descriptivo. Aporta información básica generalmente sobre programas y prácticas innovadoras.
- **Estudio de caso interpretativo:** Aporta descripciones ricas con el fin de interpretar y teorizar sobre el caso.

- **Estudio de caso evaluativo:** Describe y explica, además orienta a la formación de juicios de valor que constituyan la base para tomar decisiones.

Montero & León, (2002 citado por Barrio et al., 2005, p.5)menciona que el proceso de investigación de un estudio de caso se clasifica en cinco fases:

1. Selección y definición del caso.
2. Elaboración de una lista de preguntas.
3. Localización de las fuentes de datos.
4. Análisis e interpretación.
5. Elaboración del informe.

Considerando todo lo anterior, realizar un estudio de caso en un niño con Parálisis Cerebral Infantil tiene gran importancia, pues al elaborar y aplicar un plan de intervención se puede accionar individualmente, aprovechando las potencialidades y habilidades del niño, mejorando en aspectos físicos, cognitivos, personales y sociales.

Realizando una evaluación correcta, se podrá trabajar en las áreas de mayor dificultad, logrando mejorar la calidad de vida del niño mediante actividades, acciones y aprendizajes conjuntamente con el apoyo de las docentes y la familia.

Finalmente, podemos decir que esta herramienta es útil tanto para investigadores, docentes y administrativos, que buscan ampliar el conocimiento en un entorno real, desde múltiples posibilidades, variables y fuentes. Mediante este método podemos analizar un problema dentro o fuera del aula, que nos permite determinar una metodología de análisis, así como la búsqueda de diferentes alternativas de solución, estudiando cada uno de los ángulos del problema planteado y por último, tomar las decisiones objetivas y viables para mejorar en cada uno de los contextos a investigar.

1.3 Conclusiones

Los conceptos y aportes teóricos revisados en este primer capítulo, permiten formular una perspectiva clara sobre la Parálisis Cerebral Infantil y más aún el tipo de PCI atetósica, caracterizada por una lesión a nivel de los ganglios basales, provocando movimientos lentos, involuntarios y descoordinados, quedificultan la actividad voluntaria.

Este tipo de PCI interviene en el desarrollo normal de las habilidades del niño, afectando gradualmente en las áreas de motricidad gruesa, motricidad fina, cognición lenguaje, autonomía y habilidades sociales; mediante un tratamiento adecuado y un plan de intervención con objetivos claros y concretos, se puede alcanzar una mejoría en cada una de las áreas afectadas, así mismo, con la ayuda de aditamentos y un sistema de comunicación acorde a las necesidades, permitirá al niño mejorar la postura, el lenguaje expresivo y receptivo.

El apoyo de la familia, entorno social y escolar es fundamental para lograr un resultado óptimo en el desarrollo del niño y por ende mejorar su interacción con las personas.

CAPÍTULO 2

2. DIAGNÓSTICO Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Introducción

En el presente capítulo se analizó el diagnóstico del niño con Parálisis Cerebral Infantil Atetósica, motivo de estudio de esta investigación. Partiendo de la recolección y análisis de datos del historial del niño, emitido por la institución y la madre del niño, a través de, entrevistas, evaluaciones y observación directa con la finalidad de conocer el estado actual del niño.

Por otro lado, se realizó la evaluación funcional integral “Neri de Troconis”, y el análisis de la Guía de Desarrollo Inicial de Battelleque permitieron determinar el desarrollo del niño, las habilidades, necesidades y potencialidades en cada una de las áreas y de esta manera se planteó y elaboró el Plan de Intervención Individual adecuado para el niño.

2.1 Metodología

2.1.1 Enfoque de la Investigación

La presente investigación es de campo, de tipo exploratorio, descriptivo, prospectivo con enfoque cualitativo, puesto que se enfoca en la exploración y descripción del caso específico de estudio para conocer la realidad en la que se desenvuelve mediante el análisis de la historia clínica, anamnesis y evaluaciones institucionales.

Es cuantitativo, debido a que se utilizó instrumentos de evaluación para determinar la edad y el desarrollo del niño en cada una de las áreas obtenidas mediante la evaluación funcional integral “Neri de Troconis” y la Guía de Desarrollo Inicial de Battelle, que a la vez permitieron establecer los objetivos que se trabajaron mediante la aplicación de un Plan de Intervención Individual.

La metodología de estudio de caso según Zabala (2013), es una herramienta basada en técnicas de exploración, secuencial y ordenada que proporciona resultados y

orienta al profesional hacia la elaboración y aplicación de un plan que combina adecuadamente técnicas apropiadas para el niño.

2.1.2 Instrumentos

2.1.2.1 Evaluación Funcional Integral “Neri de Troconis”

La valoración funcional “Neri de Troconis” fue elaborada en octubre de 2002 en Venezuela por María Luz Neri de Troconis, teniendo como base el formato de Evaluación Funcional de SOCIEVEN (1999), a la vez, está fundamentado en el texto Diagnostic Teaching de Carol Crook y el material facilitado por el Programa Internacional Hilton Perkins.

Esta valoración funcional permite tener conocimiento del desempeño de los niños, niñas y adolescentes con sordoceguera o multiretos, en sus diferentes ambientes (social, familiar, escolar o laboral), y en actividades para su independencia y realización personal. (Vásquez, 2011)

Según Vásquez (2011, p.136) el objetivo principal es identificar la situación actual del estudiante frente a las demandas de su médico, la utilización de los sentidos, la manera en que se comunica, el estado de la motricidad y aquello que conoce.

La valoración funcional se usa con mayor frecuencia en la población de niños y adolescentes que presenta sordoceguera o multiretos, sin embargo, es un instrumento que puede ser aplicado a otros grupos de personas con NEE asociadas a la discapacidad, pues este proceso se basa en la observación directa de los menores. (Vásquez, 2011)

Según Sense, Perkins Internacional, Big Lottery Founded (2011, pág. 47-52) cuenta con aspectos relacionados en las siguientes áreas:

1. Evaluación Funcional de la Audición.
2. Evaluación Funcional de la Visión.
3. Evaluación Funcional de la Visión para personas con ceguera total.
4. Evaluación Funcional de la Comunicación y del Lenguaje.
 - 4.1 Comunicación Expresiva.
 - 4.2 Comunicación Receptiva.

4.3 Otros Aspectos Comunicacionales.

5. Evaluación Funcional del nivel cognitivo.
6. Evaluación Funcional de interacción social y familiar.
7. Evaluación Funcional de reto de la conducta.
8. Evaluación funcional Sensorial.
9. Evaluación Funcional de competencias de desenvolvimiento independiente y los hábitos.
10. Evaluación Funcional de la orientación/movilidad y habilidades motoras.

El evaluador debe interactuar en los diferentes ambientes en los que se desenvuelve la persona, debe ser observador, recabar información de la familia, escuela y comunidad, también se debe llevar un registro de anotaciones con todas las respuestas que se presenten. (Vásquez, 2011)

Las respuestas a estas preguntas nos darán una base más para poder establecer un informe real, en el cual se establezca, ¿Qué puede hacer el alumno?, ¿Cómo lo hace?, ¿Cuándo lo hace? y ¿Con quién lo hace?, para a su vez iniciar con un plan educativo que cubra las necesidades especiales de los alumnos con discapacidad múltiple y sordoceguera. (Vásquez, 2011)

2.1.2.2 Guía de Desarrollo Inicial de Battelle

La guía de desarrollo de Battelle fue creada por J. Newborg. J. R. Stock y L. Wnek en 1998 y las adaptaciones españolas fueran creadas por Ma. Victoria de la Cruz López y Marina González Criado en Madrid, España. (Estíbaliz, 2010).

Esta guía permite evaluar las habilidades fundamentales del desarrollo del niño en edades comprendidas entre los 0 a 8 años de vida. Se aplica de forma individual entre 60 y 90 minutos. Lo pueden utilizar profesionales que realizan su labor en las etapas de educación infantil y primaria, y en niños con Necesidades Educativas Especiales (Estíbaliz, 2010). Está integrado por 341 ítems agrupados en las siguientes áreas:

1. Área Personal

- 1.1 Interacción con el adulto.
- 1.2 Expresión de sentimientos/afecto.
- 1.3 Autoconcepto.
- 1.4 Interacción con los compañeros.
- 1.5 Colaboración.
- 1.6 Rol social.

2. Área Adaptativa

- 2.1 Atención.
- 2.2 Comida.
- 2.3 Vestido.
- 2.4 Responsabilidad personal.
- 2.5 Aseo.

3. Área Motora

- 3.1 Control muscular.
- 3.2 Coordinación corporal.
- 3.3 Locomoción.
- 3.4 Motricidad Fina.
- 3.5 Motricidad Perceptiva.

4. Área Comunicación

- 4.1 Comunicación receptiva.
- 4.2 Comunicación expresiva.

5. Área Cognitiva

- 5.1 Discriminación Perceptiva.
- 5.2 Memoria.
- 5.3 Razonamiento y Habilidades escolares.
- 5.4 Desarrollo conceptual.

Battelle también incluye una “Prueba de Screening”, formada por 96 ítems que constituye un instrumento eficaz para determinar las áreas en las que el niño precisa una evaluación completa.

- 20 del área personal/ social.
- 20 del área adaptativa.
- 20 del área motora.
- 18 del área de comunicación.
- 18 del área cognitiva.

La guía de desarrollo inicial de Battelle se aplica para:

- Identificar puntos fuertes y débiles del desarrollo del niño.
- Evaluación general de niños de educación infantil y primaria.
- Evaluación de equipos y de programas de desarrollo individual (PDI).
- Control de los progresos del niño a corto y largo plazo (Estíbaliz, 2010).

El procedimiento para la aplicación de la guía es el siguiente.

1. Calcular el nivel básico en cada área, tomando como partida la edad de desarrollo del niño.
2. Administrar ítems hasta el nivel máximo.
3. Se pueden aplicar ítems por encima del nivel máximo o por debajo del mínimo, cuando se sospeche que el niño presenta habilidades dispersas.

La puntuación por ítem va de 0 a 2 puntos:

- 0: No puede o no quiere responder a un ítem.
- 1: Intenta responder a un ítem, pero no alcanza el criterio establecido.
- 2: La respuesta alcanza el criterio establecido.

La puntuación de la prueba:

1. Obtener la puntuación total de cada área y subárea.
2. Obtener el percentil por área y subárea utilizando las tablas adecuadas.
3. Obtener a partir de los percentiles, una de las puntuaciones estándar que ofrece la prueba para cada área y subárea.

4. Trasladar las puntuaciones al protocolo de puntuación y dibujar el perfil. (Jaramillo, 2017)

El contenido, las secuencias de los ítems y la variedad de áreas evaluadas, hacen que Battelle se adapte a los programas de desarrollo individualizado, ya que permite al profesional evaluar y establecer los objetivos a trabajar. (Jaramillo, 2017).

La Guía de desarrollo inicial Battelle contiene:

- Manual
- Cuadernillos de aplicación
- Prueba de Screening
- Cuadernillo de anotación y perfil
- Hoja de anotación de la prueba de Screening.

2.2 Historia Clínica del niño

La historia clínica del niño de 3 años y 6 meses con PCI atetósica fue elaborada con datos referidos por parte de los profesionales del Instituto de Parálisis Cerebral del Azuay “IPCA”, y complementada con información emitida de la mamá para obtener datos certeros y actualizados con respecto al desarrollo del niño.

Historial del Niño

Datos Personales

- **Nombres y Apellidos:** NN
- **Sexo:** Masculino
- **Fecha de Nacimiento:** 13 de Julio del 2013
- **Centro de Desarrollo Infantil:** IPCA
- **Año Lectivo:** 2016- 2017
- **Nivel:** Inicial 1-2

Diagnóstico

El Dr. Francisco Ochoa Arévalo del CRIE No 5, diagnosticó al niño con Parálisis Cerebral Infantil grado IV, con un grado de Cuadriplejía Espástica cuando el niño tenía 1 año y medio.

Motivo de Consulta

La madre acude al instituto para inscribir al niño en el nivel de educación inicial 2, con el diagnóstico de Parálisis Cerebral Infantil, presenta dificultad para caminar, tiene movimientos involuntarios, dificultades en el lenguaje expresivo, se comunica con señas, gestos y sonidos. Dificultad para colorear, no coordina movimientos. Además, es tímido y no ha compartido con niños de su edad por lo que no socializa con sus pares.

Observaciones generales

NN es un niño de 2 años y 11 meses, de contextura delgada y tez trigueña. En la entrevista se mostró inquieto, tímido y callado, llora cuando la madre lo deja solo.

Durante la evaluación el niño presenta movimientos coreoatetóticos, control cefálico, dientes en mal estado, responde a órdenes del entrevistador y a estímulos visuales sin dificultad. Se aprecia reflejo de marcha, se para y se desplaza con apoyo. Voltea, reptar y se sienta sin apoyo. Lenguaje expresivo limitado y lenguaje comprensivo bueno.

Al no existir un informe completo por parte del instituto se conversó con el Director quién indicó, que se realizó una nueva evaluación con el equipo multidisciplinario y con el médico especialista para identificar el tipo de PCI, llegando a concluir que el niño presenta una Parálisis Cerebral Infantil Atetósica grado IV por ictericia neonatal.

Desarrollo del niño

Período Prenatal

Embarazo no planificado, edad de gestación a los 19 años, problemas familiares y emocionales.

Período Postnatal

Parto natural, el niño nació boca abajo y lloró inmediatamente, los médicos reportaron un parto sin complicaciones. A los 8 días la madre observó una coloración amarilla en el niño por lo que fue llevado al hospital para realizar los exámenes respectivos, dando como diagnóstico una ictericia neonatal, recibió fototerapia por 15 días; se presentó niveles altos de bilirrubina requiriendo una transfusión de sangre.

Lactancia

Seno hasta: 1 año de edad. No presentó problemas de deglución y succión.

Alimentación

La primera papilla fue a los 6 meses, comió solo a los 2 años. Dificultad a la hora de comer pues riega todos los alimentos y le resulta difícil llevar la comida a la boca.

Desarrollo Psicomotor

Durante el desarrollo el niño presentó un retraso motriz, control cefálico a los 5 meses, los 9 meses, la reptación fue al año, no gateo y no se sostiene en dos pies.

Desarrollo de Lenguaje

El niño balbuceó a los 5 meses y realizaba sonidos onomatopéyicos, pero no emitió ninguna palabra.

Control de Esfínteres y hábitos higiénicos

Control de esfínteres: 1 año y 5 meses.

Sueño

Durante los primeros días de vida el niño no tuvo problemas durante el sueño.

Antecedentes personales patológicos

A los pocos días de nacido, presentó Ictericia neonatal por lo que recibió fototerapia por 15 días y recibió transfusión de sangre, no toma medicamentos, presenta todas las vacunas hasta el momento. Exámenes auditivos y visuales normales.

Escolaridad

El niño al 1 año de edad asistió al CRIE No.5 donde recibió terapia física y estimulación temprana por 1 año y medio.

2.2.1 Situación Actual

Desarrollo Psicomotor

El niño camina con ayuda de un andador posterior, realiza pequeños pasos sin ayuda y se para en dos pies por un tiempo de 1 minuto.

Pasa objetos de una mano a la otra sin dificultad, utiliza la mano derecha para coger un objeto y al momento de la manipulación lo realiza con las dos manos, y presenta dificultad con la pinza digital.

Desarrollo de Lenguaje

Actualmente en el lenguaje comprensivo el niño entiende y está atento en una conversación, sabe el significado de sí y no, tiene un lenguaje mínimo de 15 palabras (agua, mamá, papá, casa, perro, gato), tiene dificultad para vocalizar o emitir una palabra debido a los movimientos involuntarios de la lengua.

En el lenguaje expresivo tiene dificultad para producir diferentes tipos de combinación consonante- vocal, realiza preguntas con dificultad, se comunica mediante, sonidos, señas y gestos.

Control de Esfínteres y hábitos higiénicos

Necesita ayuda para lavarse las manos, lavarse los dientes, bañarse y cambiarse de ropa.

Alimentación

Presenta dificultad a la hora de comer, riega los alimentos y le resulta difícil llevar la comida a la boca.

Sueño

Duerme con la mamá y el horario de sueño es de 7 horas.

Situación Familiar

La relación madre e hijo es muy buena, proviene de una familia monoparental, pues el papá tiene otra familia y no se relaciona en la educación del niño.

En las mañanas el niño asiste al instituto y por las tardes pasa con la tía, debido a que la mamá trabaja.

Antecedentes Familiares Sobresalientes

Los padres del niño y familiares no presentan ningún tipo de enfermedad o problemas en la salud. Tampoco existe el consumo de alcohol y drogas.

Juegos y actividades

El niño durante el juego lo realiza con sus compañeros, pero prefiere jugar solo, debido a que no le gusta compartir los juguetes. Los juegos preferidos son con carros, pelota y fichas legos.

Le gusta realizar actividades como pintar, dibujar, armar rompecabezas, clasificar colores, escuchar música infantil, ver videos infantiles, pero se frustra fácilmente pues la mayoría de las actividades no logra realizarlas completamente por su condición.

Escolaridad

A los 2 años de edad el niño ingresa al IPCA para ser incluido en educación inicial 2 donde recibe actualmente terapia física y terapia de Lenguaje.

Conducta

Es un niño tranquilo, alegre y cariñoso, pero a veces es obstinado y no obedece lo que le dicen. Cuando no obtiene lo que desea llora y grita para conseguirlo, la relación con sus compañeros es regular, no le gusta compartir y pelea durante el juego llegando a golpear a sus pares.

2.2.2 Análisis de Datos

Al analizar los datos de la historia clínica emitida por el instituto y la madre del niño, se evidencia que NN, presenta dificultades en las siguientes áreas de desarrollo:

En el área motriz, no camina solo y presenta incoordinación y precisión en sus movimientos tanto gruesos como finos. En lo que respecta al área de lenguaje presenta problemas para expresarse y emitir palabras, solo realiza gestos y sonidos para obtener atención de sus pares y adultos.

En el área social es pasivo para relacionarse con sus pares y personas adultas, le gusta jugar con sus compañeros, la mayoría de veces prefiere estar solo.

En el área de autonomía depende de una persona para poder ejecutar ciertas actividades como en la alimentación, aseo, vestimenta; motivo por el cual, se debe trabajar en cada una de las áreas afectadas mediante la aplicación de un plan de intervención con objetivos y actividades que abarquen a cada una de las necesidades del niño, conjuntamente con la mamá y las docentes.

2.3 Evaluación Inicial.

2.3.1 Resultados de la Evaluación Funcional Integral “Neri de Troconis”

La aplicación de la Evaluación Funcional Integral “Neri de Troconis” se realizó por la investigadora mediante la observación directa tanto en el ámbito escolar como social en el Instituto de Parálisis Cerebral del Azuay “IPCA”.

Cuadro 1

Evaluación Funcional Integral “Neri de Troconis”

Evaluación Funcional Integral “Neri de Troconis”

Evaluación Funcional de la Audición	<p>Responde a sonidos naturales y corporales de forma pasiva.</p> <p>Ubica con su mirada al origen del sonido.</p> <p>Reconoce voces de familiares, conocidos e incluso identifica su voz.</p> <p>Imita ritmos musicales con guía del profesor.</p> <p>Reacciona a su nombre.</p>
Evaluación Funcional de la Visión	<p>Ante la luz en un ambiente oscuro manifiesta molestia, reaccionando con movimientos de su cabeza en sentido contrario.</p> <p>Reconoce con facilidad rostros familiares incluso a personas que no ha visto por algunos días.</p> <p>Presenta una buena atención.</p> <p>Reconoce objetos en diferentes distancias.</p>
Evaluación Funcional de la Comunicación y del Lenguaje.	<p>Comunicación Expresiva</p> <p>El niño para comunicar intereses, necesidades e ideas lo realiza mediante gestos y sonidos, ya que debido a la PCI Atetósica los movimientos involuntarios de la lengua impiden que pueda emitir correctamente una palabra.</p> <p>Presenta un lenguaje de 15 palabras aproximadamente como: mamá, agua, casa, perro, gato entre otras.</p> <p>Comunicación Receptiva</p> <p>Entiende la comunicación oral y como respuesta trata de emitir gestos, sonidos y palabras.</p> <p>Según los niveles de comunicación de Van Dijk, el niño se encuentra en el nivel coactivo, es decir, el alumno y el adulto</p>

	<p>empiezan a desarrollar un diálogo no verbal, en donde el niño comienza a tener iniciativa, a utilizar sus propios signos e incluso otros que se los enseña.</p> <p style="text-align: center;">Otros Aspectos Comunicacionales</p> <p>Según el modelo de desarrollo de comunicación de Rowland y Streamer Campbell, se encuentra en el siguiente nivel.</p> <p>Nivel 5 Comunicación simbólica concreta: Entiende el significado de cada cosa, para qué es y para qué sirve.</p>
Evaluación Funcional del Nivel Cognitivo	<p>Explora los objetos con las dos manos, pero su dominante es la derecha.</p> <p>Se interesa por objetos con texturas (rugosas, lisas, duras, etc.), actividades donde puede armar, desarmar o encajar, y por objetos con luces y sonidos. Sus movimientos no son repetitivos.</p> <p>Atiende de una manera organizada, respeta los turnos, mantiene su atención por un tiempo de 40 min.</p> <p>Clasifica y diferencia objetos o figuras según su forma, textura, color y tamaño</p> <p>Reconoce e identifica nociones: noche y día, arriba- abajo, dentro- fuera, abrir- cerrar.</p> <p>Diferencia lo blanco y negro, gordo y flaco.</p> <p>Identifica las partes de cuerpo humano.</p> <p>Según el nivel cognitivo de Piaget, el niño se encuentra en la etapa sensorio motriz, tiene interacción física con el entorno, es decir con objetos, personas y animales cercanos; se caracteriza por ser egocéntrico y demandar mucha atención, principalmente de su madre.</p>
Evaluación Funcional de Interacción Social y Familiar	<p>Se presenta tranquilo, feliz y a gusto con adultos, principalmente si son cercanos a él. Tiene una buena relación con sus pares, pero prefiere jugar solo ya que no le gusta compartir las cosas.</p> <p>La relación madre e hijo es muy buena, ya que su madre intenta involucrarse en el aprendizaje y en la salud de su hijo.</p> <p>Cuando realiza visitas a un parque, centro comercial o alguna otra actividad, tiene iniciativa e interés por explorar el lugar en el que se encuentra.</p>
Evaluación Funcional de Reto de la Conducta.	<p>El niño se mantiene tranquilo, pero se molesta y llora cuando no obtiene lo que desea.</p>
Evaluación	<p>El niño permite que lo acaricien, abracen, lo toquen, ya que tiene</p>

Funcional Sensorial.	tolerancia al contacto físico, le agrada que le den masajes y le gusta utilizar cremas, lociones en cualquier parte de su cuerpo y muchas de las veces se coloca él mismo. Tiene una buena integración sensorial.
Evaluación Funcional de Competencia de Desempeño Independiente y los Hábitos.	<p>El niño come solo, pero riega toda la comida debido a los movimientos involuntarios de su cuerpo y los utensilios no están adaptados a su condición.</p> <p>El niño controla los esfínteres, pero necesita ayuda para ir al baño, se lava las manos y la cara con ayuda pues últimamente depende mucho de un adulto, se viste y se desviste con ayuda. En la mayoría de actividades depende de un adulto.</p> <p>Sabe para qué sirve el dinero pero no lo utiliza, conoce el tiempo y las rutinas de las actividades.</p>
Evaluación Funcional de la Orientación/ Movilidad y habilidades motoras.	<p>Se moviliza mediante un andador posterior, pero la postura que tiene no es la correcta, el niño logra ponerse de pie por unos segundos y dar pequeños pasos sin apoyo.</p> <p>Presenta dificultad para andar en espacios abiertos y nuevos.</p> <p>Cuando está sin el andador se arrastra.</p>

Fuente: Neri de Troconis

Evaluador: Alicia Vidal

Análisis e Interpretación:

Después de haber evaluado al niño con la Evaluación funcional Integral “Neri de Troconis” se obtuvieron los siguientes resultados:

Evaluación funcional de la Comunicación y del lenguaje, en el área de comunicación expresiva presenta problemas, se expresa solo con gestos, sonidos, tiene un vocabulario de 15 palabras, sin embargo, en el lenguaje receptivo el niño entiende lo que las demás personas le preguntan o dicen, y está atento cuando se conversa con él.

Para trabajar en esta área se implementa un sistema aumentativo y alternativo de comunicación (SAAC) que se completa con actividades que van a tener como objetivo incrementar su vocabulario, mejorar su interacción con el medio y por ende su calidad de vida.

Evaluación funcional de competencia de desempeño independiente y los hábitos: El niño tiene problemas para realizar actividades por sí solo como ir al baño,

vestirse, lavarse los dientes, a la hora de la comida derrama todos los alimentos debido a que los utensilios no están adaptados a sus necesidades físicas, por lo que se implementará aditamentos diseñados para el niño.

Evaluación funcional de la Orientación, movilidad y habilidades motoras: Presenta dificultades a la hora de coger un objeto con las manos y con la pinza digital debido a los movimientos involuntarios e incoordinados, tiene una postura incorrecta a la hora de caminar con el andador, dificultades para insertar objetos, por lo que se debe intervenir con actividades que abarquen las necesidades del niño y a la vez reforzar el área cognitiva del niño ya que es su fortaleza.

2.3.2 Resultados de la Guía de Desarrollo Inicial de Battelle.

La aplicación de la Guía de Desarrollo de Battelle, fue realizada:

Por la maestra del nivel de inicial II el 06 de enero del 2017 cuando el niño tenía una edad cronológica de 3 años y 6 meses.

Por la investigadora previo a la intervención el 02 de octubre del 2017 cuando el niño tenía una edad cronológica de 4 años y 2 meses.

Obteniendo lo siguientes resultados:

Cuadro 2

Resultados de la “Guía de desarrollo inicial de BATTELLE”

<p>Evaluación Realizada por la Maestra del nivel de inicial II del Instituto “IPCA”. (Ver anexo 3 pág. 128)</p> <p>Edad Cronológica: 3 años y 6 meses</p>	<p>Evaluación Realizada por la investigadora previo a la Intervención. (Ver anexo 4 pág. 129)</p> <p>Edad cronológica: 4 años y 2 meses</p>
---	---

<p style="text-align: center;">Personal/ social</p> <p>Puntos fuertes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Interacción con el adulto y compañeros. - Colaboración. - Rol social. - Autoconcepto. 	<p style="text-align: center;">Personal/ social</p> <p>Puntos fuertes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Interacción con el adulto y compañeros. - Colaboración. - Rol social. - Autoconcepto.
---	---

<p>Puntos débiles:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Expresión de sentimientos. <p>Edad de desarrollo: 37 meses</p>	<p>Puntos débiles:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Expresión de sentimientos. <p>Edad de desarrollo: 45 meses</p>
<p style="text-align: center;">Adaptativa</p> <p>Puntos fuertes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Responsabilidad personal. <p>Puntos débiles:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atención - Comida - Vestido. - Aseo. <p>Edad de desarrollo: 25 meses</p>	<p style="text-align: center;">Adaptativa</p> <p>Puntos fuertes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Responsabilidad personal. <p>Puntos débiles:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atención. - Comida. - Vestido. - Aseo. <p>Edad de desarrollo: 34 meses</p>
<p style="text-align: center;">Motora</p> <p>Motora gruesa- Puntos débiles:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Control Muscular. - Coordinación corporal. - Locomoción. <p>Edad de desarrollo: 11 meses</p> <p>Motora Fina- Puntos débiles:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Motricidad perceptiva. - Motricidad fina. <p>Edad de desarrollo: 19 meses</p> <p>Edad global: 13 meses</p>	<p style="text-align: center;">Motora</p> <p>Motora gruesa- Puntos débiles:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Control Muscular. - Coordinación corporal. - Locomoción. <p>Edad de desarrollo: 15 meses</p> <p>Motora Fina- Puntos débiles:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Motricidad perceptiva. - Motricidad fina. - <p>Edad de desarrollo: 27 meses</p> <p>Edad global: 20 meses</p>
<p style="text-align: center;">Comunicación</p> <p>Receptiva</p> <p>Edad de desarrollo: 12 meses</p> <p>Expresiva</p> <p>Edad de desarrollo: 12 meses</p> <p>Edad global: 12 meses</p>	<p style="text-align: center;">Comunicación</p> <p>Receptiva</p> <p>Edad de desarrollo: 32 meses</p> <p>Expresiva</p> <p>Edad de desarrollo: 18 meses</p> <p>Edad global: 23 meses</p>
<p style="text-align: center;">Cognitiva</p> <p>Puntos fuertes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memoria. 	<p style="text-align: center;">Cognitiva</p> <p>Puntos fuertes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Discriminación perceptiva.

<ul style="list-style-type: none"> - Razonamiento y habilidades escolares. - Desarrollo Conceptual. <p>Puntos débiles</p> <ul style="list-style-type: none"> - Discriminación Perceptiva <p>Edad de desarrollo: 43 meses</p> <p>Puntuación Total: 26 meses</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Memoria. - Desarrollo Conceptual. <p>Puntos débiles</p> <ul style="list-style-type: none"> - Razonamiento y Habilidades escolares. <p>Edad de desarrollo: 46 meses</p> <p>Puntuación Total: 35 meses</p>
--	---

Fuente: Alicia Vidal

Al comparar la evaluación realizada por la maestra y por la investigadora previo al proceso de intervención, se puede observar que el niño tiene un avance en las áreas de desarrollo, considerando que se incrementa también la edad cronológica, sin embargo el niño sigue presentando retraso en las áreas: personal/ social, adaptativa, motora, comunicación y cognitiva en relación con su edad.

2.4 Conclusiones

En este capítulo se obtuvo datos relevantes del niño a través de la Historia Clínica, observación directa, y la aplicación del instrumento de Evaluación Funcional Integral “Neri de Troconis”, y el análisis de la “Guía de Desarrollo Inicial de Battelle” que permitieron conocer las áreas que presentan mayor dificultad y que deben ser intervenidas.

En el área de comunicación se requiere implementar un Sistema aumentativo y alternativo de comunicación (SAAC), para ayudar al niño a comunicar sus sentimientos, intereses, necesidades e incrementar su vocabulario dado que, puede expresarse mediante gestos, sonidos y movimientos. En motricidad presenta dificultad en la movilidad, coordinación corporal y motricidad fina, por lo que es necesario realizar aditamentos y actividades adecuadas a las necesidades del niño.

En el área personal/ social posee dificultad en la expresión de sentimientos, interacción con sus pares, problemas en la alimentación, aseo, comida y vestido y en el área cognitiva trabajar con actividades para que favorezcan al razonamiento y a las habilidades escolares.

Los datos emitidos en cada una de las áreas permitirán determinar los objetivos, destrezas y actividades que se elaborará en el Plan de Intervención Individual, las cuales ayudarán al niño cubrir sus necesidades, fortalezas, intereses y potencialidades, así como las aptitudes que tiene conservadas y por ende mejorar su calidad de vida.

CÁPITULO 3

3. PLAN DE INTERVENCIÓN INDIVIDUAL

Introducción

El plan de intervención individual en la Parálisis Cerebral Infantil es de gran importancia, ya que permite brindar apoyo a las necesidades transitorias o permanentes que presenta el niño.

Es por ello que, Madrigal (2015) menciona que “Los niños con parálisis cerebral infantil pueden mejorar sus capacidades si reciben el tratamiento idóneo en cada una de las áreas de desarrollo, mediante la elaboración de un plan de intervención individual basado en el diagnóstico obtenido a través de las evaluaciones y observaciones ejecutadas que manifiestan las necesidades de dicho caso en estudio, así como las actitudes que tiene conservadas.” (pág.20). Estas actividades tienen como fin mejorar la calidad de vida del niño tanto en el contexto escolar, familiar y social.

Para el diseño del plan de intervención individual se tomó en cuenta el diagnóstico, necesidades y características del niño, las áreas a trabajar son: lenguaje, motricidad gruesa, motricidad fina, social y autonomía, en el área cognitiva se trabajará con actividades que fortalezcan y potencien dicha área.

El objetivo del plan de intervención es elaborar una serie de actividades que permitan que el niño con PCI aprenda de forma habitual y progresiva, los contenidos, objetivos y aprendizajes comunes para su edad y de esta manera mejorar su calidad de vida y con la utilización de material didáctico concreto, creativo, dinámico y que sea manipulable para el niño.

Se realizaron 35 sesiones individuales y grupales según requería el caso y con la compañía de la mamá y docentes con una duración de 45 minutos por dos meses.

3.1 Plan de Intervención Individual

Como se mencionó anteriormente el plan de intervención agrupa todas las actividades dirigidas hacia el niño y su entorno con el objetivo de mejorar las condiciones de su desarrollo. Los ámbitos de actuación y la modalidad de intervención se establecerán en función de la edad, características y necesidades del niño y grado de afectación.

Para la elaboración de las planificaciones, se tomaron objetivos del Currículo Inicial 2014 que se fundamenta en el derecho de la educación, atendiendo a la diversidad personal, social y cultural. Los objetivos han sido adaptados a las necesidades y grado de afectación del niño.

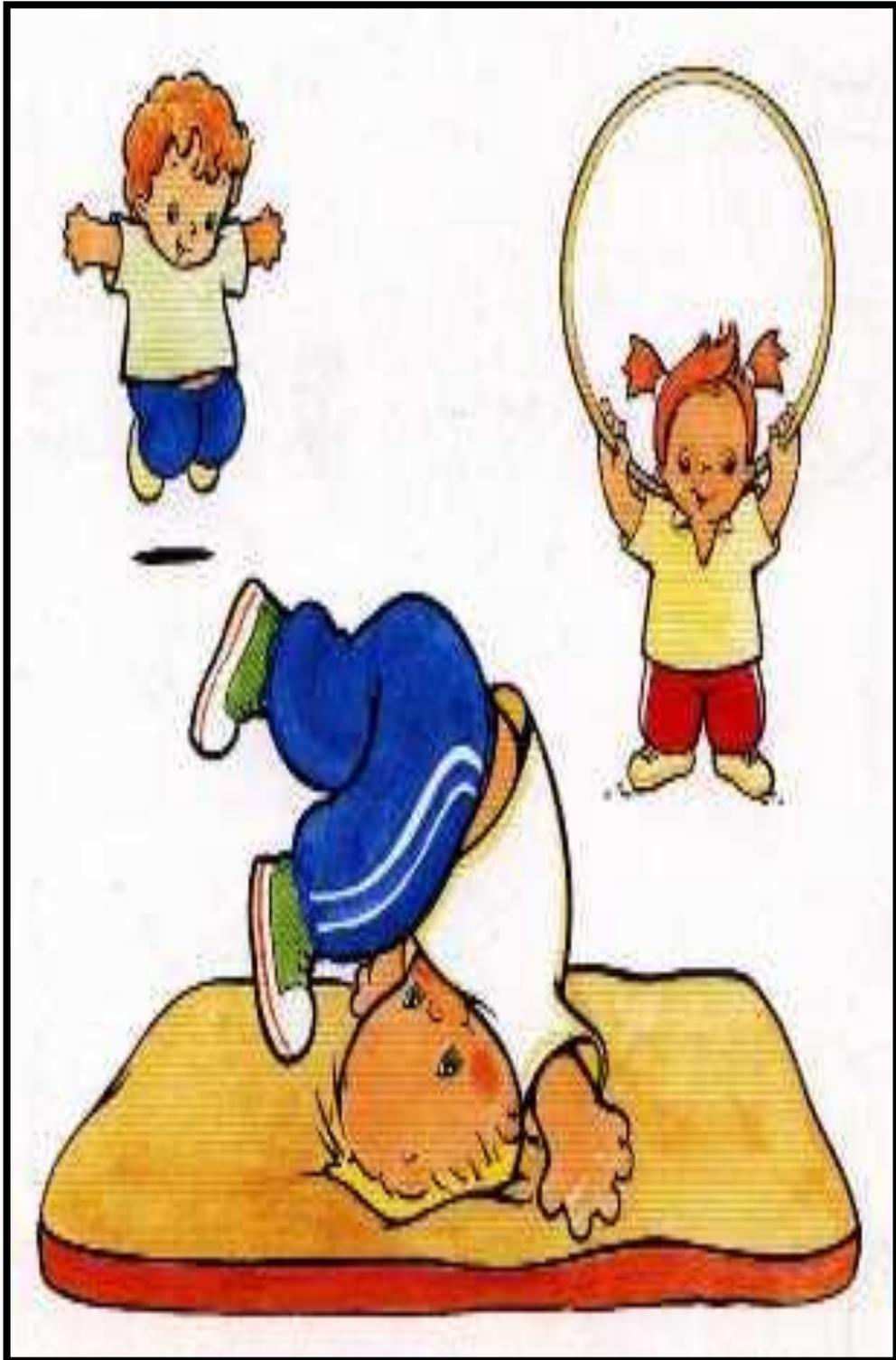
3.1.1 Objetivo del Plan de Intervención

Brindar al niño la capacidad de adquirir las diferentes habilidades y destrezas para su edad, adaptado y orientado a mejorar las áreas de desarrollo que presenta dificultad, las mismas que pretenden mejorar la calidad de vida en cada uno de sus contextos social, escolar y familiar.

3.1.2 Áreas de desarrollo a intervenir

Las áreas de desarrollo que se trabajaran en el Plan de Intervención son las siguientes:

ÁREA DE MOTRICIDAD GRUESA Y FINA



Área de Motricidad

La motricidad en el desarrollo del niño es muy importante debido a que abarca todos los movimientos del ser humano, ya sean estos movimientos espontáneos, controlados y coordinados y estos a su vez hacen posible un mayor dominio del cuerpo y entorno.

El desarrollo motriz tiene una gran influencia en las relaciones sociales, debido a que, las expresiones de afecto y juego se incrementan cuando los niños se mueven independientemente.

Motricidad Gruesa

Dentro del desarrollo motor se encuentra la motricidad gruesa (locomoción y desarrollo postural), se refiere principalmente al control de acciones musculares más globales como desarrollo del equilibrio, conocimiento del espacio, desplazamiento, y diferentes acciones y formas de movimiento.

Objetivo General:

Desarrollar habilidades y destrezas motrices para ejecutar desplazamientos y acciones permitiendouna mayor organización del esquema corporal.

Entre las destrezas gruesas que se van a trabajar con el niño son las siguientes.

Motricidad Gruesa

- Se mantiene sobre un pie.
- Camina sin ayuda.
- Sube escaleras sin ayuda.
- Se levanta sin ayuda.
- Camina llevando un objeto.
- Imita posturas con los brazos.
- Avanza 2 o 3 pasos siguiendo una línea.
- Lanza la pelota con ambas manos.

- Desplazamiento por lugares nuevos.

Motricidad Fina

En cuanto a la motricidad fina (prensión), se refiere a los movimientos de los dedos, manos, coordinación ojo- mano- boca, permitiendo acciones como asir, manipular, abrir, garabatear entre otras.

Objetivo General

Desarrollar habilidades de coordinación ojo- mano- boca que permitan optimizar el proceso de estructuración del esquema corporal.

Entre las destrezas motrices finas que se van a trabajar son las siguientes:

Motricidad Fina

- Ensarta 4- 6 cuentas grandes.
- Pasa páginas de un libro.
- Sujeta el papel mientras dibuja.
- Corta con tijeras.
- Hace una pelota arrugando papel.
- Copia un círculo.
- Copia una línea vertical.
- Agrupa objetos por color y forma.
- Rasga y pega papel.
- Pinta con dedos, pinceles y crayones gruesos.

A continuación, se presentan las actividades que se trabajaron con el niño.

Tabla 1
Planificación 1

MOTRICIDAD GRUESA

Objetivo General: Desarrollar habilidades y destrezas motrices para ejecutar desplazamientos y acciones permitiendouna mayor organización del esquema corporal.

PLANIFICACIÓN N°1

Fecha: 16 de octubre.	Nivel: Inicial 2.	Área: Motricidad Gruesa.
Criterio de Aprendizaje: Camina llevando un objeto.	Objetivo de aprendizaje: Explora diferentes formas de desplazamiento, desarrollando su capacidad motora gruesa y coordinación corporal.	Destreza: Camina con seguridad trasladando un objeto de un lugar a otro.
Duración: 45 min	<p>ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE:</p> <p>Saludo inicial, cantó la canción “la pelota”.</p> <p>Realizar movimientos al niño de: Extensión- Flexión y Rotación de muñecas.</p> <p>A un lado del aula ubicar una caja con varias pelotas de colores (amarillo, azul, rojo, verde.), y al extremo ubicar 4 cajas de los colores de las pelotas.</p> <p>El niño cogerá la pelota (una por una) y caminará con el objeto en la mano hasta ubicarlo en la caja del color que corresponde.</p> <p>Realizar la actividad dos veces la primera con ayuda del andador posterior y la segunda se realizará sin el andador y con ayuda de la maestra.</p> <p>Al finalizar la actividad pedir al niño que ayude a recoger los objetos y guardarlos en el lugar que corresponde.</p>	<p>Recursos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pelotas de colores (amarillo, azul, verde, rojo). - Cajas (amarillo, azul, verde, rojo). - Canción “la pelota”.

Tabla 2
Planificación 2

PLANIFICACIÓN N°2

Fecha: 17 de octubre.	Nivel: Inicial 2.	Área: Motricidad Gruesa.
Criterio de Aprendizaje: Avanza 2 o 3 pasos siguiendo una línea	Objetivo de aprendizaje: Mantener el equilibrio del cuerpo adoptando un adecuado control postural, permitiendo disfrutar nuevas formas de movimiento.	Destreza: Camina con equilibrio y seguridad por diferentes lugares.
Duración: 45 min	<p>ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE:</p> <p>Saludo inicial. Recostar al niño en la colchoneta o en una manta, retirar los zapatos y las medias, para realizar masajes suaves en los pies. Mientras escuchamos música relajante.</p> <p>Caminar descalzó en un tablero con diferentes formas en los tableros con diferentes formas.</p> <p>En el patio del instituto el niño con la ayuda de la maestra caminará sobre las cintas de colores que forman las diferentes líneas (línea recta, zigzag, curvas, y un cuadrado).Después intentará realizarlo sin ayuda.</p> <p>Caminar por las líneas de colores en distintos ritmos, es decir, primero como tortuga (lento), cangrejo, (de lado), caballo (rápido), mientras se realiza la actividad cantamos “la forma de caminar”.</p>	<p>Recursos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - . Patio instituto. - . Cintas de colores. - . Tableros de formas. - . Canciones “pie, pie, pie” y “la forma de caminar”

Tabla 3
Planificación 3

PLANIFICACIÓN N°3

Fecha: 18 de octubre	Nivel: Inicial 2	Área: Motricidad Gruesa
Criterio de Aprendizaje: Se mantiene sobre un pie.	Objetivo de aprendizaje: Mantener el equilibrio en los movimientos gruesos del cuerpo adoptando un adecuado control postural.	Destreza: Realiza ejercicios de equilibrio controlando los movimientos de las partes gruesas del cuerpo.
Duración: 30 min	<p>ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE:</p> <p>Saludo inicial.</p> <p>Colocar dos sillas en un lugar amplio sin objetos que puedan lastimar.</p> <p>Colocar al niño frente al espaldar de la silla para que se pueda sujetar y pedir al niño que nos observe y realice lo mismo.</p> <p>Pedir al niño que alce el pie del suelo, pero asegurarse que está sujetado de la silla.</p> <p>Se repite el procedimiento varias veces hasta que el niño pueda permanecer sobre un pie unos 5 segundos apoyado de la silla.</p> <p>Retira la silla y pedir al niño que permanezca sobre un pie mientras está sujeto a nuestras manos.</p> <p>Cuando lo haya logrado pedir que se sujete al extremo de una varita, mientras la maestra sujeta del otro extremo.</p> <p>Al observar que el niño consigue mantenerse en esa posición 5 segundos vamos retirando las ayudas poco a poco para que se sujete sin ningún tipo de ayuda.</p>	<p>Recursos:</p> <p>- Dos sillas.</p> <p>- Una Varita.</p>

Tabla 4
Planificación 4

PLANIFICACIÓN N°4

Fecha: 19 de octubre	Nivel: Inicial 2	Área: Motricidad Gruesa
Criterio de Aprendizaje: Sube escaleras con ayuda.	Objetivo de aprendizaje: Explora diferentes formas de desplazamiento, desarrollando su capacidad motora gruesa y coordinación corporal.	Destreza: Sube escaleras con apoyo a un lado, en posición de pie, escalón por escalón ubicando los dos pies en cada peldaño.
Duración: 40 min	ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE: Saludo inicial. Jugar y cantar “El juego del calentamiento”, realizamos los movimientos que indica la canción con ayuda de la maestra. Sujetamos al niño de las dos manos para que vaya subiendo las escaleras del instituto una por una. Dejar que el niño suba las escaleras solo y motivar al niño con palabras como: “Sigue, tu puedes, muy bien, lo lograste”. Al tener dificultad nos colocamos en la parte posterior del niño para dar seguridad. El niño apoyado del pasamano, explicar que al subir cada una de las gradas se ganará un aplauso y si llega hasta la última grada se ganará el premio mayor (un abrazo y un sticker). Lavar y secar mis manos con ayuda.	Recursos: -.Escaleras de fisioterapia. -. Stickers -.Canción “El juego del calentamiento”.

Tabla 5
Planificación 5

PLANIFICACIÓN N°5

Fecha: 20 de octubre.	Nivel: Inicial 2.	Área: Motricidad Gruesa
Criterio de Aprendizaje: Se levanta sin ayuda.	Objetivo de aprendizaje: Mantener el equilibrio en los movimientos gruesos del cuerpo adoptando un adecuado control postural.	Destreza: Mantiene el equilibrio en los diferentes cambios de posición del cuerpo.
Duración: 30 min.	<p>ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE</p> <p>Saludo inicial.</p> <p>Sentarse con el niño y cantar la canción “A mis manos yo las muevo” frente al espejo.</p> <p>Pedir al niño que enseñe su juguete preferido y colocar sobre una mesa alta y pedir que coja el juguete para que juegue con sus compañeros, si tiene dificultad indicar como lo debe realizar.</p> <p>La actividad consiste en que el niño se apoye o se sujete de algún objeto cercano para poderse levantar y de esta manera alcanzar el objeto. Repetir esta actividad hasta observar que el niño pueda realizarlo sin dificultad.</p> <p>Colocar sobre la mesa un juguete y explicar al niño que para conseguirlo tiene que hacerlo por el solo, esto incentivará a que el niño lo realice.</p> <p>Lavar y secar mis manos con ayuda.</p>	<p>Recursos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Juguete preferido del niño. - Canción “A mis manos yo las muevo”. - Mesa

Tabla 6
Planificación 6

PLANIFICACIÓN N°6

Fecha: 23 de octubre	Nivel: Inicial 2.	Área: Motricidad Gruesa
Criterio de Aprendizaje: Imita posturas con los brazos.	Objetivo de aprendizaje: Explorar el cuerpo a través de los sentidos, movimientos y posiciones para una adecuada estructuración del esquema corporal.	Destreza: Imitar movimientos para la percepción global del cuerpo como proceso de estructuración de la imagen corporal.
Duración: 45 min	<p>ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE</p> <p>Saludo inicial. (Esta sesión se realizará con toda la clase y con ayuda de las maestras del aula).</p> <p>Realizar ejercicios de estiramiento para las extremidades superiores frente al espejo, tratando que los niños imitan lo que hace la maestra: girar las muñecas de adentro hacia a fuera, abrir y cerrar las manos, (repetimos 5 veces), levantamos los brazos y las bajamos por 5 segundos.</p> <p>Colocar a los niños cintas de colores en los brazos y cantaremos la canción “El popurrí de las manos” imitando los movimientos de la maestra.</p> <p>Bailaremos una canción infantil “Chu-chu-wa” imitando las posiciones que realiza la maestra.</p> <p>Lavar y secar mis manos con ayuda.</p>	<p>Recursos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Canción “El popurrí de las manos” y “chu-chu-hua”. - Cintas de colores. - Canción “Chu-chu-wa”. - Espejo.

Tabla 7
Planificación 7

PLANIFICACIÓN N°7

Fecha: 24 de octubre	Nivel: Inicial 2.	Área: Motricidad Gruesa
Criterio de Aprendizaje: Lanza la pelota con ambas manos.	Objetivo de aprendizaje: Controlar la fuerza y tono muscular en actividades con movimientos coordinados.	Destreza: Realizar actividades como lanzar, atrapar entre otros.
Duración: 45 min.	<p>ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE</p> <p>Saludo inicial.</p> <p>Jugar libremente con las pelotas de colores, mientras escuchamos música infantil.</p> <p>Lanzar las pelotas en diferentes direcciones siguiendo las indicaciones de la maestra.</p> <p>Intentar meter las pelotas dentro de un ula- ula.</p> <p>Pintar pelotas de espuma Flex y lanzar a una cartulina pegada en la pared para colorearla. (Ayuda de la maestra si es necesario).</p> <p>La maestra lanza la pelota al niño e intenta atraparla y viceversa.</p> <p>Lavar y secar mis manos con ayuda.</p>	<p>Recursos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pelotas de colores. - Ula- ula. - Cartulina. - Pelotas de espuma Flex. - Pintura dactilar.

Tabla 8
Planificación 8

PLANIFICACIÓN N°8

Fecha: 25 de octubre.	Nivel: Inicial 2	Área: Motricidad Gruesa.
Criterio de Aprendizaje: Camina sin ayuda.	Objetivo de aprendizaje: Controlar la fuerza y tono muscular en actividades con movimientos coordinados.	Destreza: Caminar con confianza por diferentes lugares
Duración: 45 min.	<p>ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE</p> <p>Saludo inicial.</p> <p>Colocar al niño en posición de pie.</p> <p>En el aula la maestra se colocará de rodillas en la parte posterior y colocar las manos alrededor del tórax para que el niño pueda tener equilibrio. Incentivar al niño a que de sus primeros pasos con un juguete o algún objeto de su interés.</p> <p>Apoyar al niño sobre una pared a un mueble para que el niño pueda desplazarse sin la ayuda de un adulto.</p> <p>Colocar al niño en posición de pie con las manos del maestro alrededor del tórax, retirar las manos el momento en que el niño este equilibrado dejar que, de pequeños pasos sin ayuda, cuidando que no tenga ningún accidente e incentivándole que camine.</p> <p>Lavar las manos con ayuda.</p>	<p>Recursos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - . Pared. - . Mueble. - . Juguete.

Tabla 9
Planificación 9

PLANIFICACIÓN N° 9

Fecha: 26 de octubre	Nivel: Inicial 2	Área: Motricidad Gruesa
Criterio de Aprendizaje: Desplazamientos por lugares nuevos.	Objetivo de aprendizaje: Explora diferentes formas de desplazamiento, desarrollando su capacidad motora gruesa y coordinación corporal.	Destreza: Caminar con estabilidad y seguridad por diferentes lugares.
Duración: 45 min.	<p>ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE</p> <p>Saludo inicial. Recostar al niño, retirar zapatos y medias y masajear suavemente las piernas y pies.</p> <p>Caminar sobre una fuente llena de pintura de varios colores y después caminar sobre un papelógrafo con los pies pintados con ayuda de la maestra.</p> <p>En el patio del instituto mostrar al niño las diferentes texturas y que el toque con las manos para que pueda diferenciar, luego realizar un camino con las alfombras de diferentes texturas como: Conchas, algodón, piedras, césped, entre otros. La maestra sostendrá al niño a nivel del tórax e incentivar a que el niño camine sobre ellas.</p> <p>Repetir la acción, pero sin ayuda.</p> <p>Lavar y secar mis manos con ayuda.</p>	<p>Recursos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aceite. - Pintura táctil - Papelógrafo - Alfombras de texturas

Tabla 10
Planificación 10

MOTRICIDAD FINA

Objetivo General: Desarrollar habilidades de coordinación ojo- mano- boca que permitan optimizar el proceso de estructuración del esquema corporal.

PLANIFICACIÓN N°10

Fecha: 27 de octubre	Nivel: Inicial 2.	Área: Motricidad Fina.
Criterio de Aprendizaje: Ensartas 4-6 cuentas grandes	Objetivo de aprendizaje: Desarrollar la coordinación visomotriz ojo- mano a través de la manipulación de objetos.	Destreza: Realizar acciones de coordinación de movimientos de manos y dedos como ensartar; enroscar, desenroscar, entre otros.
Duración: 30 min.	ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE: Saludo inicial. Colocar títeres en los dedos y cantar la canción “5 ratoncitos”. Cantar la canción del “pio, pio”, e identificó el dedo índice y pulgar e imito el pico del pollo. Sacar aros de confleks de un recipiente a otro con la pinza digital Sacar cuentas grandes de un recipiente e insertar en un cordón para hacer una manilla. Lavo y seco mis manos con ayuda.	Recursos: -. Títeres de ratones. -. Confleks. -. Cuentas grandes. -. Cordón. -. Canción “5 ratoncitos” y “pio, pio”

Tabla 11
Planificación 11

PLANIFICACIÓN N°11

Fecha: 30 de octubre.	Nivel: Inicial 2.	Área: Motricidad Fina.
Criterio de Aprendizaje: Pasa páginas de un libro.	Objetivo de aprendizaje: Desarrollar la coordinación visomotriz ojo- mano a través de la manipulación de objetos.	Destreza: Realizar acciones de coordinación de movimientos de manos y dedos.
Duración: 30 min.	<p>ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE</p> <p>Saludo inicial.</p> <p>Entregar al niño una revista de animales y pedir que busque un oso o el animal que indique la maestra y escuchar el sonido del animal y pedir que el niño realice el sonido de dicho animal.</p> <p>Presentar al niño un libro adaptado a las necesidades motrices del niño y pedir que pase las hojas y contar las historias.</p> <p>Realizar preguntas sobre la historia y pedir que busque a un personaje del cuento o lo que más le gustó. Esto hará que el niño vaya cambiando de página.</p> <p>Pintar al personaje de un cuento.</p>	<p>Recursos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - . Revista de animales. - . Libro de cuentos. - . Sonidos de animales

Tabla 12
Planificación 12

PLANIFICACIÓN N°12

Fecha: 31 de octubre.	Nivel: Inicial 2.	Área: Motricidad Fina.
Criterio de Aprendizaje: Sujeta el papel mientras dibuja.	Objetivo de aprendizaje: Desarrollar la coordinación visomotriz ojo- mano a través de la manipulación de objetos.	Destreza: Realizar trazos a través del garabateo controlado.
Duración: 45 min.	<p><u>ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE</u></p> <p>Saludo inicial. Cantamos la canción “whipzi araña”</p> <p>Realizar líneas o dibujos sobre el polvo de gelatina con el dedo índice.</p> <p>Sobre el espejo con espuma trazar líneas dentro del cuadrado dibujado sin salirme.</p> <p>En una hoja de trabajo dibujar o trazar diferentes tipos de líneas con crayones de diferente color.</p> <p>En una hoja de trabajo pintar con pincel cada una de las líneas de diferente color. Al observar al niño en esta actividad se evaluará si sujeta o no el papel.</p> <p>Lavar y secar las manos guiándose de los pictogramas y con ayuda de la maestra.</p>	<p>Recursos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gelatina - Espejo - Espuma - Hojas blancas A4 - Crayones - Pintura táctil - Pincel

Tabla 13
Planificación 13

PLANIFICACIÓN N°13

Fecha: 1 de noviembre.	Nivel: Inicial 2.	Área: Motricidad Fina.
Criterio de Aprendizaje: Corta con tijeras	Objetivo de aprendizaje: Desarrollar la coordinación visomotriz ojo-mano a través de la manipulación de objetos.	Destreza: Realizar diferentes movimientos de muñeca, manos y dedos que permitan utilizar la pinza trípode.
Duración: 45 min.	<p>ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE</p> <p>Saludo inicial. Canto la canción “A mis manos yo las muevo”.</p> <p>Imitar los movimientos de la tijera con mis dedos, colocando la posición correcta.</p> <p>Presentar al niño las tijeras e indicar los cuidados para al utilizarlas.</p> <p>Iniciar cortando una tira de papel hasta que haya adquirido está destreza, con ayuda de la maestra.</p> <p>Entregar las tijeras al niño y pedir que corte el papel mientras la maestra lo sostiene.</p> <p>Mientras el niño corta el papel dejar que sostenga el mismo y los papeles recortados pegar en una cartulina.</p> <p>Lavar y secar las manos guiándose en los pictogramas y con ayuda de la maestra.</p>	<p>Recursos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - . Tijeras - . Cocodrilo de fomix - . Tijeras - . Papel periódico y cartulina - . Goma

Tabla 14
Planificación 14

PLANIFICACIÓN N°14

Fecha: 6 de noviembre.	Nivel: Inicial 2.	Área: Motricidad Fina.
Criterio de Aprendizaje: Hacer una pelota arrugando papel.	Objetivo de aprendizaje: Desarrollar la coordinación visomotriz ojo- mano a través de la manipulación de objetos.	Destreza: Realizar acciones de coordinación de movimientos de manos y dedos.
Duración: 45 min.	<p>ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE</p> <p>Saludo inicial. Cantar “los pollitos dicen” e imitar el pico del pollito.</p> <p>Coger maíz con el pico de pollo (realizando la pinza digital) y colocar en una botella.</p> <p>Arrugar pedazos de papel hasta que quede una bolita y pegar sobre un gráfico.</p> <p>Con pedazos de papel grandes arrugar y hacer varias pelotas para lanzar en una cesta.</p> <p>Lavar y secar las manos guiándose de los pictogramas y ayuda de la maestra.</p>	<p>Recursos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Canción “Los pollitos dicen” - Pico de pollo de fómix - Maíz y botella. - Papel periódico - Cesta.

Tabla 15
Planificación 15

PLANIFICACIÓN N°15

Fecha: 7 de noviembre.	Nivel: Inicial 2.	Área: Motricidad Fina.
Criterio de Aprendizaje: Copia un círculo.	Objetivo de aprendizaje: Desarrollar la coordinación visomotriz ojo- mano a través de la manipulación de objetos.	Destreza: Realizar trazos a través del garabateo controlado.
Duración: 45 min.	<p><u>ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE</u></p> <p>Observó un video sobre “El círculo”.</p> <p>Mostrar al niño la figura del círculo.</p> <p>Guiar la mano del niño para que haga los movimientos circulares sobre una hoja.</p> <p>Indicar al niño como se dibuja un círculo para que lo pueda realizar con el dedo índice y pintura dactilar.</p> <p>Presentar al niño un gráfico de un círculo y pedir que lo copie y al finalizar colorear como desee.</p> <p>Lavar y secar las manos guiándose de los pictogramas y con ayuda de la maestra.</p>	<p>Recursos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Video “El círculo”. - Hoja de trabajo - Crayones - Pintura dactilar.

Tabla 16
Planificación 16

PLANIFICACIÓN N°16

Fecha: 8 de noviembre.	Nivel: Inicial 2.	Área: Motricidad Fina.
Criterio de Aprendizaje: Agrupar objetos por color y forma.	Objetivo de aprendizaje: Desarrollar la coordinación visomotriz de ojo-mano y pie para tener respuesta motora adecuada en sus movimientos y en su motricidad fina.	Destreza: Realizar movimientos de manos, dedos y muñecas que le permitan coger objetos utilizando la pinza trípode y digital.
Duración: 45 min.	<p><u>ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE</u></p> <p>Saludo inicial.</p> <p>Escucho la historia “El país de las figuras”.</p> <p>En el aula observo lo que hay alrededor y recolecto objetos de diferente color y forma.</p> <p>Los objetos recolectados los agrupo por su color y forma.</p> <p>Las figuras de velcro que da la maestra agrupar por su forma y color y pegar en una hoja de trabajo dentro de los círculos que corresponden.</p> <p>En el tablero de velcro de las figuras colocar en la figura que corresponde según su color y forma.</p>	<p>Recursos:</p> <p>-. Cuento “El parque de las figuras”.</p> <p>-. Objetos del aula</p> <p>Figuras de velcro.</p> <p>Goma.</p> <p>Hoja de trabajo.</p> <p>Tablero de velcro.</p>

Tabla 17
Planificación 17

PLANIFICACIÓN N° 17

Fecha: 9 de noviembre.	Nivel: Inicial 2.	Área: Motricidad Fina.
Criterio de Aprendizaje: Rasga y pega papel.	Objetivo de aprendizaje: Desarrollar la coordinación visomotriz de ojo- mano a través de la manipulación de objetos.	Destreza: Realizar movimientos de muñeca, manos y dedos.
Duración: 45 min	<p><u>ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE</u></p> <p>Canto la canción “Los deditos”, identifico el índice y el pulgar.</p> <p>Con la Tablet en la sesión de ropa de vestir mostrar al niño lo que utiliza un niño y una niña, realizar preguntas para que señale lo correcto y pronuncie cada una de las prendas de vestir.</p> <p>Pedir al niño que rasgue papel de diferentes colores para pegar sobre la prenda de vestir que utiliza una niña y encerrar con crayón las prendas que utiliza el niño. (Sin ayuda).</p> <p>Lavar y secar las manos guiándose de los pictogramas y con ayuda de la maestra.</p>	<p>Recursos:</p> <p>Canción “Los deditos”.</p> <p>Papel de diferentes colores.</p> <p>Hoja de trabajo con prendas de vestir</p> <p>Tablet.</p> <p>Pega.</p>

Tabla 18
Planificación 18

PLANIFICACIÓN N° 18

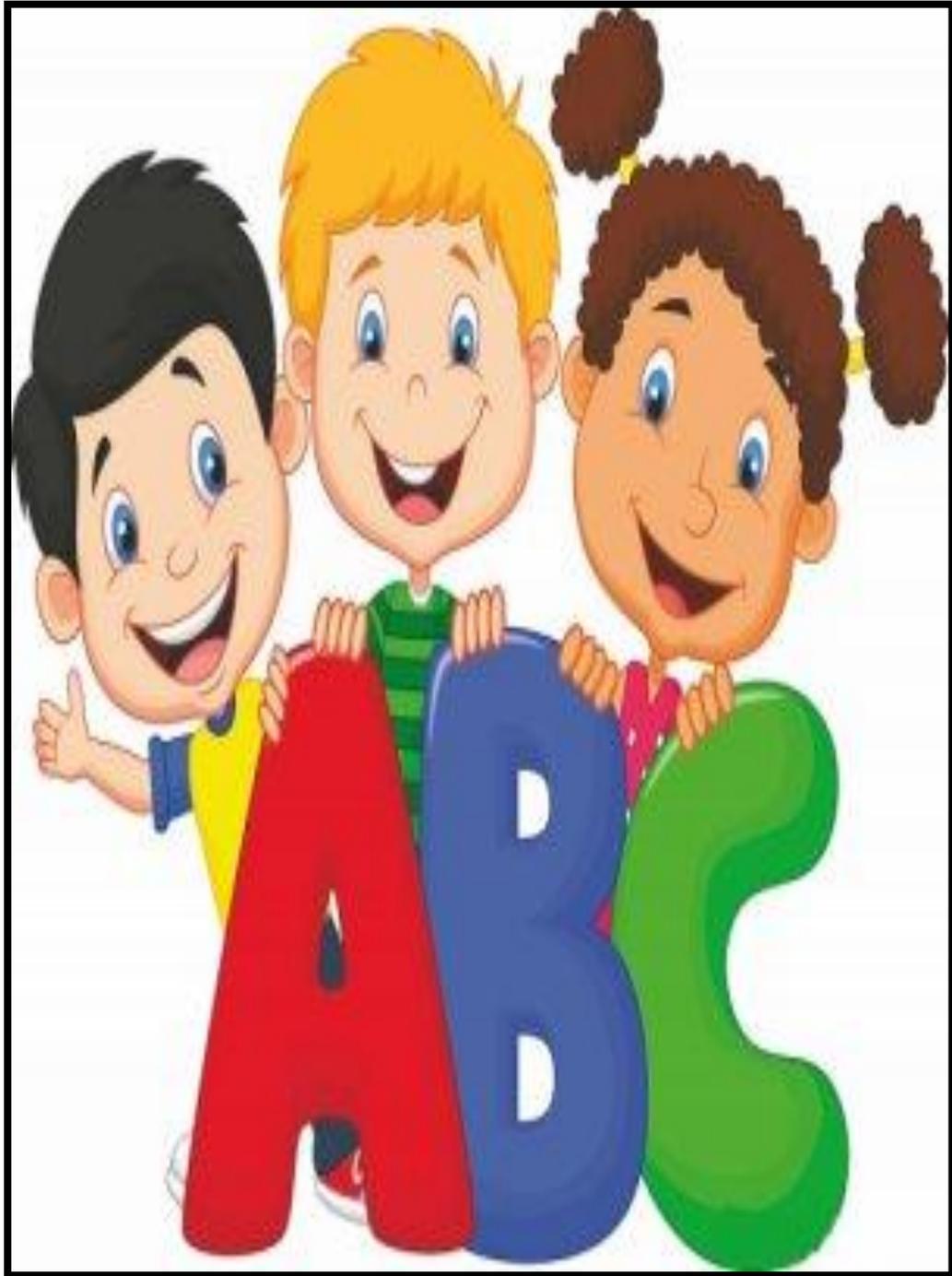
Fecha: 10 de noviembre.	Nivel: Inicial 2.	Área: Motricidad Fina.
Criterio de Aprendizaje: Copia una línea vertical	Objetivo de aprendizaje: Desarrollar la coordinación visomotriz de ojo- mano a través de la manipulación de objetos.	Destreza: Realizar trazos a través del garabateo controlado.
Duración: 45 min.	<p><u>ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE</u></p> <p>Observó un video sobre “El círculo”.</p> <p>Mostrar al niño la figura del círculo.</p> <p>Guiar la mano del niño para que realice movimientos circulares sobre una hoja.</p> <p>Indicar al niño como se dibuja un círculo para que lo pueda realizar con el dedo índice y pintura dactilar.</p> <p>Presentar al niño un gráfico de un círculo y pedir que lo copie y al finalizar colorear como desee.</p> <p>Lavar y secar las manos guiándose de los pictogramas y con ayuda de la maestra.</p>	<p>Recursos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Video “El círculo”. - Hoja de trabajo - Crayones - Pintura dactilar.

Tabla 19
Planificación 19

PLANIFICACIÓN N° 19

Fecha: 13 de noviembre.	Nivel: Inicial 2.	Área: Motricidad Fina.
Criterio de Aprendizaje: Pinta con pinceles y crayones gruesos	Objetivo de aprendizaje: Desarrollar la coordinación visomotriz de ojo- mano y pie a través de la manipulación de objetos.	Destreza: Explora y manipula diferentes materiales para la producción de trabajos.
Duración: 45 min.	<p>ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE</p> <p>Presentar al niño una lámina con varias imágenes (abeja – miel, conejo- zanahoria) y pedir que con el dedo índice siga la línea que une cada imagen.</p> <p>Entregar un crayón al niño y que realice la actividad anterior en la misma hoja de trabajo.</p> <p>En una hoja de trabajo pedir al niño que una las líneas (horizontal, vertical, zigzag) entre cortadas.</p> <p>En la hoja de trabajo con imágenes (abeja – miel, conejo- zanahoria) indicar al niño que trace la línea (vertical, horizontal) sin ayuda.</p>	<p>Recursos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hojas de trabajo. - Crayones.

ÁREA DE LENGUAJE



Área de Lenguaje

El desarrollo del lenguaje se inicia desde el nacimiento a lo largo de la vida. Durante el primer año el niño desarrolla las bases de la comunicación por medio de las interacciones que tiene con la familia, debido a que, es el primer contacto social y afectivo que tiene el niño.

Para el desarrollo del lenguaje es importante tener en cuenta la mímica facial, la entonación, la prosodia, balbuceo, coordinación, sonido- vista, etc. Durante esta etapa el niño realiza los primeros sonidos vocálicos para posteriormente formar las primeras palabras y por ende la formulación de frases simples a compuestas hasta obtener un lenguaje completo y comprensivo.

Los problemas de lenguaje en niños con PCI se distinguen dos grandes aspectos, la primera es la adquisición del lenguaje y problemas motores de expresión, que afectan al habla y a la voz. De esta manera el grado de dificultad de adquisición del lenguaje se verá influenciado por el grado de afectación de la PCI que presente el niño.

En el tipo de PCI atetósica debido a sus características va a dificultar en la expresión como la mímica, los gestos, los movimientos asociados, dificultades con la voz y la prosodia, que hace que estos niños tengan una expresión pragmática pobre, pero la comprensión semántica y pragmática se encuentran conservadas.

Estos niños requieren de la utilización de un Sistema alternativo y aumentativo de comunicación (SAAC) que permita al alumno comunicarse y expresar sus sentimientos con facilidad.

Para Tetzchner y Martínez, (2000 citado en Toscano, 2016, p. 14) las define como:

“Cualquier forma de comunicación distinta del habla y empleada por una persona en contextos de comunicación cara a cara. El uso de signos manuales, gráficos, sistema Morse, etc., son formas alternativas de comunicación para una persona que carece del habla. La comunicación aumentativa significa comunicación de apoyo o de ayuda que tiene como objetivo promover y apoyar el habla, y garantizar una forma de comunicación alternativa si la persona no aprende a hablar.”

Después de haber evaluado al niño y analizar los resultados en el área de Lenguaje se vio la necesidad de implementar un Sistema aumentativo y alternativo de comunicación (SAAC) y la elaboración de actividades que ayuden al niño a expresar pensamientos, necesidades, aumentar el número de vocabulario y otorgar una mayor autonomía e interacción con los demás, mejorando de esta manera su calidad de vida.

Objetivo General:

Desarrollar el lenguaje verbal y no verbal para la expresión de sentimientos, ideas, pensamientos, expresiones y emociones como medio de comunicación e interacción con su entorno.

Las destrezas en las que el niño presenta mayor dificultad son:

- Emite sonidos, palabras o gestos asociados a objetos de su entorno.
- Da nombre a su trabajo creativo.
- Habla sobre sus experiencias.
- Comprende los conceptos “dentro, fuera, encima, delante, detrás, hacia”.
- Nombra y conoce los miembros de su familia.
- Comprende expresiones “el más grande, y “el más largo”.
- Asocia palabras con acciones y objetos.

Al conocer las dificultades del niño se eligió un sistema aumentativo de comunicación. Este recurso tecnológico está ajustado a las necesidades, intereses y estilo de aprendizaje del niño que es auditivo, visual y táctil. En esta área se complementará con actividades que favorezcan su aprendizaje.

Descripción del Sistema

El Sistema aumentativo de comunicación denominado SmilingKids fue elaborado conjuntamente con los estudiantes de la Universidad del Azuay de la carrera de Ingeniería Electrónica.

El sistema es un software con sintetizador de voz; contiene pictogramas que presentan una realidad concreta, una acción que permiten una comunicación a través de una Tablet u ordenador táctil.

El software contiene un menú en el que se divide en varias categorías:

- Animales salvajes y domésticos
- Emociones
- Alimentos
- Colores
- Números
- Figuras
- Partes del Cuerpo
- Vestimenta
- Animales
- Lugares de la ciudad
- Medios de transporte.
- Miembros de familia

Ilustración 1
Menú SmilingKids



Fuente: Alicia Vidal

La aplicación consiste en señalar una de las categorías del menú principal, cada una contiene varios pictogramas, las cuales al momento de seleccionar muestran el nombre de la imagen seleccionada y el sonido, el niño tendrá que repetir la palabra o sonido para poder pasar a la siguiente imagen o categoría. Contiene un botón para pasar a las siguientes imágenes y otro para ir al inicio.

Ilustración 2
Categoría Animales Domésticos



Fuente: Alicia Vidal

También se utilizó el software GameKids Free que contiene actividades para que el niño pueda realizar y al mismo tiempo aprender y jugar, el software se puede cambiar de idioma, inglés, español y portugués, incluso se puede ir graduando la complejidad, es decir, de fácil a difícil y contiene varias categorías como:

- Emparejar.
- Formar palabras.
- Sonidos de animales.
- Seguir los números.
- Dibujar y pintar.
- Identificar formar o figuras.

Ilustración 3
Presentación del Software GameKids3Free



Fuente: Alicia Vidal

LENGUAJE Y COMUNICACIÓN

Objetivo General: Desarrollar el lenguaje verbal y no verbal para la expresión de sentimientos, ideas, pensamientos, expresiones y emociones como medio de comunicación e interacción con su entorno.

Tabla 20

Planificación 20

PLANIFICACIÓN N° 20

Fecha: 15 de noviembre, 13 de diciembre, 10 enero	Nivel: Inicial 2.	Área: Lenguaje y Comunicación
Criterio de Aprendizaje: Emite sonidos, palabras o gestos asociados a objetos de su entorno.	Objetivo de aprendizaje: Identificar las características de los objetos del entorno mediante la discriminación sensorial desarrollando la capacidad perceptiva.	Destreza: Emitir algunos sonidos como de objetos cotidianos y onomatopeyas de animales y acciones.
Duración: 45 min.	ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE Saludo inicial. Presentar al niño imágenes de animales domésticos mientras la maestra realiza preguntas de los mismos. En la Tablet, trabajar con el niño la categoría de los animales domésticos pedir que señale el perro, el chanco, etc. Mientras se realiza esta actividad pedir al niño que realice el sonido del perro e intente pronunciar la palabra. Presentar al niño rompecabezas de animales y al terminar de armar, el niño deberá emitir el sonido y el nombre de dicho animal.	Recursos: -. Imágenes de animales domésticos. -. Tablet- categoría de animales. -. Rompecabezas de animales.

Tabla 21
Planificación 21

PLANIFICACIÓN N° 21

<p>Fecha: 16 de noviembre, 15 de diciembre, 10 de enero.</p>	<p>Nivel: Inicial 2.</p>	<p>Área: Lenguaje y Comunicación</p>
<p>Criterio de Aprendizaje: Da nombre a su trabajo creativo</p>	<p>Objetivo de aprendizaje: Incrementar el uso del lenguaje</p>	<p>Destreza: Expresarse empleando la palabra frase para para comunicar sus deseos.</p>
<p>Duración: 40 min.</p>	<p>ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE Saludo inicial. Entregar al niño una cartulina, pinturas, crayones, papeles de colores, para que realice lo que desee. Cuando termine la actividad pedir al niño que de un nombre a su trabajo e incentivar que intente decirlo.</p>	<p>Recursos: - Pinturas. - Crayones. - Marcadores. - Papeles de colores. - Pintura dactilar.</p>

Tabla 22
Planificación 22

PLANIFICACIÓN N° 22

<p>Fecha: 17 de noviembre, 18 de diciembre, 11 de enero.</p>	<p>Nivel: Inicial 2.</p>	<p>Área: Lenguaje y Comunicación</p>
<p>Criterio de Aprendizaje: Habla sobre sus experiencias.</p>	<p>Objetivo de aprendizaje: Comprender el significado de palabras, frases y oraciones que permitan la expresión de sus ideas, deseos, sentimientos y pensamientos</p>	<p>Destreza: Participar en conversaciones breves mediante preguntas.</p>
<p>Duración: 40 min.</p>	<p>ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE</p> <p>Saludo inicial. Realizar preguntas al niño sobre lo que hizo el anterior día para que el niño intente hablar.</p> <p>Con la Tablet enseñar al niño la categoría de acciones que se realiza durante el día y pedir que señale y diga la acción (la maestra indica al niño que señale acción de dormir y el niño tendrá que señalar lo correcto y decir la acción).</p> <p>Pedir al niño que seleccione una de las imágenes anteriores que más le agrado.</p> <p>Pedir al niño que escoja otra imagen y hable de la misma.</p> <p>Esta actividad se va observar como el niño intenta pronunciar las palabras, y si comprende lo que la maestra va preguntando.</p>	<p>Recursos: -. Tablet- acciones cotidianas.</p>

Tabla 23
Planificación 23

PLANIFICACIÓN N° 23

Fecha: 21 de noviembre	Nivel: Inicial 2.	Área: Lenguaje y Comunicación
Criterio de Aprendizaje: Comprende los conceptos “dentro, fuera, encima, delante, detrás”.	Objetivo de aprendizaje: Comprender el significado de palabras, frases y oraciones que permitan la expresión de sus ideas, deseos, sentimientos y pensamientos	Destreza: Seguir instrucciones sencillas que involucren una actividad.
Duración: 40 min.	ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE Saludo inicial. Presentar al niño objetos como un carro y un muñeco e ir indicando cuando el muñeco está dentro del carro o fuera del carro. Después se pedirá al niño que coloque al muñeco dentro o fuera del carro según la orden de la maestra. Presentar al niño una caja de cartón y jugar a “mi auto rojo”. Pedir al niño que se coloque según el lugar que la maestra indique: colocarse delante, atrás, dentro, fuera del auto y preguntar en donde se encuentra. En esta actividad también se evaluará consignas verbales que implican dos órdenes.	Recursos: -. Carro- muñeco. -. Caja con forma de carro.

Tabla 24
Planificación 24

PLANIFICACIÓN N° 24

<p>Fecha: 24 de noviembre, se refuerza cada día con preguntas.</p>	<p>Nivel: Inicial 2.</p>	<p>Área: Lenguaje y Comunicación</p>
<p>Criterio de Aprendizaje: Asocia palabras con acciones y objetos.</p>	<p>Objetivo de aprendizaje: Comprender el significado de palabras, frases y oraciones que permitan la expresión de sus ideas, deseos, sentimientos y pensamientos</p>	<p>Destreza: Seguir instrucciones sencillas que involucren una actividad.</p>
<p>Duración: 45 min.</p>	<p>ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE</p> <p>Saludo inicial.</p> <p>Presenta imágenes al niño de las profesiones (maestra, doctor, cocinero, panadero) y de lo que utiliza cada uno, el niño tendrá que ir nombrando a cada uno.</p> <p>En la Tablet- categoría acciones se le presenta al niño las imágenes y tendrá que señalar el que la maestra mencione.</p> <p>Con las imágenes que se presentó al inicio se colocaran en un tablero y en un lado imágenes de los objetos que utiliza cada uno. (Doctor- mandil, maestra- libros, entre otros.)</p>	<p>Recursos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Tablet- categoría miembros de familia. -Fotos de la familia. -Gráficos de miembro de familia y accesorios

Tabla 25
Planificación 25

PLANIFICACIÓN N° 25

<p>Fecha: 28 de noviembre, 12 de enero, se refuerza cada día.</p>	<p>Nivel: Inicial 2.</p>	<p>Área: Lenguaje y Comunicación</p>
<p>Criterio de Aprendizaje: Comprende expresiones sobre el más grande y el más largo</p>	<p>Objetivo de aprendizaje: Comprender el significado de palabras, frases y oraciones que permitan la expresión de sus ideas, deseos, sentimientos y pensamientos</p>	<p>Destreza: Seguir instrucciones sencillas que involucren una actividad.</p>
<p>Duración: 45 min.</p>	<p>ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE Saludo inicial. Colocar varios objetos al frente del niño y explicar cuáles son grandes y largos y después tendrá que clasificar. Contar el cuento del “El ogro y el gusano”. Identificar en el cuento a los personajes grandes y personajes largos. En una hoja colorear al personaje largo y encerrar al grande.</p>	<p>Recursos: Objetos- juguetes Cuento “El ogro y el gusano”. Hoja de trabajo.</p>

Tabla 26
Planificación 26

PLANIFICACIÓN N° 26

<p>Fecha: 29 de noviembre se refuerza cada día con preguntas y jugando con la Tablet.</p>	<p>Nivel: Inicial 2.</p>	<p>Área: Lenguaje y Comunicación</p>
<p>Criterio de Aprendizaje: Nombra y conoce los miembros de su familia.</p>	<p>Objetivo de aprendizaje: Comprender el significado de palabras, frases y oraciones que permitan la expresión de sus ideas, deseos, sentimientos y pensamientos</p>	<p>Destreza: Seguir instrucciones sencillas que involucren una actividad.</p>
<p>Duración: 40 min.</p>	<p>ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE</p> <p>Saludo inicial.</p> <p>En la Tablet, categoría miembro de familia el niño identificará y pronunciará el nombre de cada miembro de familia.</p> <p>Presentar fotos de la familia del niño para que mencione quién es cada uno de ellos.</p> <p>En gráficos de los miembros de familia, pedir al niño que coloque los accesorios a quién corresponda (papá- corbata, aretes- mamá, vestido- hija, gorro- hijo).</p>	<p>Recursos:</p> <p>-Tablet- categoría miembros de familia.</p> <p>-Fotos de la familia.</p> <p>-Gráficos me miembro de familia y accesorios</p>

Tabla 27
Planificación 27

PLANIFICACIÓN N° 27

<p>Fecha: 22 de noviembre, 01 de diciembre juegos con la Tablet, hasta el momento.</p>	<p>Nivel: Inicial 2.</p>	<p>Área: Lenguaje y Comunicación</p>
<p>Criterio de Aprendizaje: Emite sonidos, palabras o gestos asociados a objetos de su entorno.</p>	<p>Objetivo de aprendizaje: Identificar las características de los objetos del entorno mediante la discriminación sensorial desarrollando la capacidad perceptiva.</p>	<p>Destreza: Emitir algunos sonidos como de objetos cotidianos y onomatopeyas de animales y acciones.</p>
<p>Duración: 45 min.</p>	<p>ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE Saludo inicial. Presentar video sobre los medios de transporte. En la Tablet- categoría medios de transporte indicar al niño que seleccione lo correcto según la maestra de la orden (señala el carro o el avión.) e imitar el sonido de cada uno. Hacemos un carrito con material reciclable.</p>	<p>Recursos: -Video los medios de transporte. -.Tablet- categoría de medios de transporte. -. Material Reciclable.</p>

ÁREA PERSONAL SOCIAL



Área Personal – Social

El desarrollo personal social en los niños se inicia en la familia ya que es el primer referente social y tiene como responsabilidad transmitir el bagaje de la cultura con la finalidad de prepararlos para su vida adulta.

Huidrobo& Ramos (2015) “El área personal social es la capacidad de comportarnos en función de las normas sociales, en el niño el proceso de desarrollo personal contribuye en la formación de su identidad desde el reconocimiento y valoración de sus distintas características personales, familiares y culturales. Esto incluye desarrollar la capacidad de expresar y reconocer sus sentimientos, emociones que permitan al niño a desenvolverse con seguridad y convivir con respeto. También el desarrollo de hábitos relativos al aseo, la alimentación, el orden, la higiene que son útiles para toda la vida.” (p.9)

“En los niños con parálisis cerebral el desarrollo de actividades autónomas va afectar en los procesos de diferenciación e identificación personal, pues la mayoría de estos niños dependen de un adulto para poder realizar las actividades como en la alimentación, aseo, etc. Por otra parte, al interactuar con sus pares o adultos presentan limitaciones debido a su condición ya sea física o intelectual, ya que se les hace muy difícil expresar sus sentimientos, emociones e intereses por lo que pueden verse alejados de su vínculo social.” (Ricard& Martínez, 2005).

Al evaluar al niño con PCI atetósica se vio la necesidad de implementar aditamentos para la cuchara, vaso y el plato pues presenta una dificultad al momento de coger los alimentos y dirigirlos a la boca.

Objetivo General:

Desarrollar destrezas que le permitan interactuar socialmente con seguridad y confianza consigo mismo, con la familia y la comunidad, permitiendo mayor autonomía e identidad.

Las destrezas que se van a trabajar con el niño en el área personal- social son:

- Reconoce las diferencias entre hombre y mujer.
- Reconoce expresiones faciales de sentimientos.

- Se pone ropa.
- Se desabrocha la ropa.
- Se pone los zapatos.
- Utiliza la cuchara o el tenedor.
- Se lava y seca las manos.

El mayor problema del niño con PCI atetósica, son los movimientos involuntarios de su cuerpo, interfiriendo con varias actividades de la vida diaria como por ejemplo comer. El simple acto de llevarse la cuchara a la boca y derramar los alimentos es frustrante para el niño, y al observar estas dificultades se estableció implementar un aditamento para la cuchara.

El aditamento consiste en un mango grueso para que el agarre sea más fácil y cómodo para el niño, también tiene una correa que se puede regular para adaptarse al tamaño de la mano e incluso al momento de tener los movimientos involuntarios de la mano estando fija al mango, y la curvatura de la cuchara está diseñada para que al momento de coger los alimentos y llevarlos a la boca no presente problemas como derramar. La adaptación y diseño de la cuchara se coordinó con la terapeuta física y maestras del niño.

También se utilizó un plato con ventosa que se pega a la mesa quedando fijo y evitar derrames a la hora de comer y se utilizó un vaso con dos asas para que al momento de tomar algún líquido el niño tenga más soporte y estabilidad para coger el utensilio y no derramar los líquidos.

Ilustración 4
Aditamento Cuchara, plato y vaso



Fuente: Alicia Vidal

PERSONAL/ SOCIAL

Objetivo General: Desarrollar destrezas que le permitan interactuar socialmente con seguridad y confianza consigo mismo, con la familia y la comunidad, permitiendo mayor autonomía e identidad.

Tabla 28
Planificación 28

PLANIFICACIÓN N° 28

Fecha: 25 de octubre. Se refuerza cada día.	Nivel: Inicial 2.	Área: Personal/ social
Criterio de Aprendizaje: Reconoce las diferencias entre hombre y mujer	Objetivo de aprendizaje: Desarrollar su identidad, a partir del reconocimiento de sus propias características	Destreza: Reconocerse como niño o niña identificando sus características físicas.
Duración: 40 min.	ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE Saludo inicial. Canto la canción “Las partes de mi cuerpo.” Tablet- categoría partes del cuerpo humano y categoría prendas de vestir. Enseñar las partes del cuerpo humano y por ende las diferencias de niño y niña en un muñeco y una muñeca. Luego realizar la misma actividad en el niño frente al espejo junto con una compañera. Pedir al niño que se toque una parte de su cuerpo según las órdenes de la maestra. En un papelógrafo con gráficos de niño y niña colocar las prendas de vestir y accesorios donde corresponde (aretes- niña, camisa- niño)	Recursos: -. Canción “Las partes de mi cuerpo”. -. Muñeco y muñeca. -. Espejo. -. Papelógrafo -.Prendas de vestir y accesorios.

Tabla 29
Planificación 29

PLANIFICACIÓN N° 29

Fecha: 5 de diciembre, 4 de enero.	Nivel: Inicial 2.	Área: Personal/ social
Criterio de Aprendizaje: Reconoce expresiones faciales de sentimientos.	Objetivo de aprendizaje: Desarrollar la capacidad de expresar sus emociones, sentimientos y preferencias.	Destreza: Reconocer sentimientos y emociones de las personas de su entorno y expresar las suyas.
Duración: 40 min.	ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE Saludo inicial. Cantar la canción “Si estas Feliz”. El niño frente al espejo imitará expresiones faciales libremente. Enseñar al niño caras con las diferentes expresiones faciales y pedir que imite las mismas y pegarlas en el pizarrón. En la Tablet, categoría – emociones preguntar al niño cual es la emoción “Alegría” e indicará con el dedo. (Se realiza con cada una de las emociones). También se le pedirá que seleccione con cual se representa ese momento y que exprese el porqué. Mostrar al niño imágenes de personas tristes, alegres, etc. y pedir que identifique la expresión de la persona y pegar la imagen debajo de la cara correspondiente. Por último, preguntar al niño con que carita se identifica en ese momento y la carita elegida podrá decorarla y llevar a la casa.	Recursos: -.Canción “Si estas feliz”. -. Espejo. -.Pictogramas expresiones faciales.

Tabla 30
Planificación 30

PLANIFICACIÓN N° 30

<p>Fecha:06 de diciembre, se refuerza cada día.</p>	<p>Nivel: Inicial 2.</p>	<p>Área: Personal/ social</p>
<p>Criterio de Aprendizaje: Se pone ropa.</p>	<p>Objetivo de aprendizaje: Incrementar el nivel de independencia en la ejecución de acciones cotidianas y por ende desarrollar la autonomía.</p>	<p>Destreza: Intentar acciones de vestirse como colocarse las medias, la chompa, etc.</p>
<p>Duración: 40 min.</p>	<p>ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE</p> <p>Saludo inicial</p> <p>Observar el video “Estoy aprendiendo a vestirme”</p> <p>Con un muñeco indicar como se pone la pone la ropa, después pedir al niño sacar prendas de vestir sencillas y poner al muñeco.</p> <p>Pedir al niño que se ponga la chompa, el pantalón y las medias guiándose de la maestra.</p>	<p>Recursos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Video “Estoy aprendiendo a vestirme. - Computadora. - Muñeco - Ropa del niño.

Tabla 31
Planificación 31

PLANIFICACIÓN N° 31

Fecha: 7 diciembre, se refuerza cada día.	Nivel: Inicial 2.	Área: Personal/ social
Criterio de Aprendizaje: Se desabrocha la ropa.	Objetivo de aprendizaje: Incrementar el nivel de independencia en la ejecución de acciones cotidianas y por ende desarrollar la autonomía.	Destreza: Intentar acciones de vestirse como abrochar, desabrochar, etc.
Duración: 40 min.	ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE Saludo inicial. Entregar al niño una jirafa de fieltro la cual contiene una chaqueta con varios botones grandes y pequeños para pueda abrochar y desabrochar. Indica primero como debe colocar las manos y como debe realizarlo y para que pueda cumplirlo por él solo. Se le entrega una chaqueta para que desabroche y después pedir que cuando esta puesta se desabroche los botones para que pueda sacarse. Se realiza primero con ayuda y después que lo intente solo.	Recursos: -. Jirafa de fieltro con botones. -. Chaqueta.

Tabla 32
Planificación 32

PLANIFICACIÓN N° 32

Fecha: 11 de diciembre, se refuerza cada día.	Nivel: Inicial 2.	Área: Personal/ social
Criterio de Aprendizaje: Se pone los zapatos.	Objetivo de aprendizaje: Incrementar el nivel de independencia en la ejecución de acciones cotidianas y por ende desarrollar la autonomía.	Destreza: Intentar acciones de vestirse.
Duración: 40 min.	ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE Saludo inicial. Entregar al niño unos zapatos grandes (de adulto) para que se coloque y juegue con ellos por un momento. Se pedirá al niño que se saque los zapatos, si es necesario se ayudará. Mediante pictogramas se le indica al niño los pasos para ponerse los zapatos. Después de la explicación la maestra pedirá al niño seguir cada uno de los pasos para que pueda ponerse los zapatos, si es necesario se ayudará.	Recursos: -. Zapatos de adulto. -. Zapatos del niño. -. Pictogramas con los pasos para colocarse los zapatos.

Tabla 33
Planificación 33

PLANIFICACIÓN N° 33

<p>Fecha:25 de octubre y se realiza después de cualquier actividad.</p>	<p>Nivel: Inicial 2.</p>	<p>Área: Personal/ social</p>
<p>Criterio de Aprendizaje: Se lava y seca las manos.</p>	<p>Objetivo de aprendizaje: Adquirir niveles de independencia en la ejecución de acciones cotidianas a través de la práctica de hábitos de higiene y orden</p>	<p>Destreza: Lavarse y secarse las manos con supervisión de un adulto.</p>
<p>Duración: 40 min.</p>	<p>ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE</p> <p>Saludo inicial. “Las manos a lavar”</p> <p>Indicamos al niño mediante imágenes en qué momentos se lavan las manos. (Antes y después de comer, después de jugar, después de hacer alguna actividad, etc.) En otras imágenes indicar si es correcto coger los alimentos con las manos sucias o no.</p> <p>Mediante pictogramas enseñar los pasos para lavarse las manos.</p> <p>Indicar al niño que vamos hacer una mariposa y pintar las manos con pintura dactilar y plasmarlas en una cartulina</p> <p>Al terminar la actividad preguntar al niño si nos tenemos que lavar las manos o no.</p> <p>Los pictogramas con los pasos las colocamos frente al niño en el momento que vaya a lavarse las manos para que pueda realizar por el solo pero con la supervisión de la maestra.</p>	<p>Recursos:</p> <p>Canción “Las manos a lavar”</p> <p>Imágenes.</p> <p>Pictogramas.</p> <p>Cartulina.</p> <p>Pintura dactilar.</p> <p>Toalla.</p> <p>Jabón.</p> <p>Agua.</p>

Tabla 34
Planificación 34

PLANIFICACIÓN N° 34

Fecha: 27 de octubre.	Nivel: Inicial 2.	Área: Personal/ social
Criterio de Aprendizaje: Utiliza la cuchara.	Objetivo de aprendizaje: Incrementar el nivel de independencia en la ejecución de acciones cotidianas y por ende desarrollar la autonomía.	Destreza: Realiza acciones para alimentarse de manera autónoma.
Duración: 40 min.	ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE Indicar al niño que vamos a jugar al restaurante y al momento de comer pedir al niño que observe como se debe sentar y como utilizamos la cuchara, el plato y el vaso. Reforzar esta destreza en las horas del refrigerio y almuerzo.	Recursos: Cuchara adaptada.

Tabla 35
Planificación 35

PLANIFICACIÓN N° 35

<p>Fecha: 31 de octubre, se refuerza después de cada comida.</p>	<p>Nivel: Inicial 2.</p>	<p>Área: Personal/ social</p>
<p>Criterio de Aprendizaje: Cepillarse los dientes.</p>	<p>Objetivo de aprendizaje: Adquirir niveles de independencia en la ejecución de acciones cotidianas a través de la práctica de hábitos de higiene y orden</p>	<p>Destreza: Cepillarse los dientes con supervisión de un adulto.</p>
<p>Duración: 40 min.</p>	<p>ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE</p> <p>Saludo inicial.</p> <p>Observar video de “Cepillo mis dientes”.</p> <p>Indicar al niño con imágenes cómo, cuándo y por qué se debe cepillar los dientes.</p> <p>Entregar al niño el “Hipopótamo de los dientes”, (un muñeco con utensilios para cepillar los dientes) indicar al niño como cepillar los dientes del hipopótamo y luego el niño lo realice solo.</p> <p>Las imágenes con los pasos de cómo cepillarse los dientes, colocamos frente al niño en el momento que vaya a realizar esta actividad para, pero con la supervisión de la maestra.</p>	<p>Recursos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Video “Cepillo mis dientes”. -Imágenes. -Hipopótamo de los dientes. -Cepillo, pasta dental y vaso con agua.

3.2 Conclusiones

En este capítulo se elaboró el plan de intervención con actividades lúdicas y relacionadas a la vida diaria del niño, basadas en sus necesidades e intereses y principalmente con material concreto y accesible tanto para las maestras como para la madre.

El proceso de intervención tuvo buenos resultados ya que el niño respondió positivamente a cada una de las actividades que se plantearon, mostrando interés, actitud positiva, concentración y motivación para participar en cada una de las sesiones.

También se observó avances en las áreas que presentaba mayor dificultad, mejorando eficazmente en el área de lenguaje con la implementación del Sistema aumentativo y alternativo de comunicación (SAAC), el mismo que llamó la atención del niño y favoreció la comunicación receptiva y expresiva.

De la misma manera, los aditamentos ayudaron en el área personal para la comida el aseo y vestimenta, en el área social el niño tiene mejor

CAPITULO 4

4. ANÁLISIS DE RESULTADOS Y SOCIALIZACIÓN

Introducción

En el presente capítulo, posterior a la aplicación del plan de intervención, se presentan los resultados finales y se establece la comparación con los resultados iniciales; con el fin de determinar si el plan de intervención ha favorecido o no en el desarrollo y aprendizaje del niño.

Se socializa a los padres del niño y docentes del instituto al cual asiste el niño, los resultados iniciales y finales, plan de intervención, recursos didácticos y tecnológicos utilizados como estrategias, con la finalidad de dar a conocer en forma integral el desarrollo del niño y la intervención adecuada para él.

4.1 Análisis de Resultados.

Al realizar la evaluación final con el instrumento de Evaluación Funcional Integral “Neri de Troconis” ejecutada por la investigadora, se obtuvieron resultados positivos en cada una de las áreas evaluadas, principalmente en las que presentaba mayor dificultad. Ver anexo 5, pág. 130- 132

4.1.1 Comparación de la Evaluación inicial y final, Instrumento de Valoración Funcional Integral “Neri de Troconis”

Cuadro 3 *Resultados de la Evaluación Inicial y Final*

Instrumento de Valoración Funcional Integral “Neri de Troconis”

EVALUACIÓN INICIAL	EVALUACIÓN FINAL
Evaluación Funcional de la Comunicación y del Lenguaje.	Evaluación Funcional de la Comunicación y del Lenguaje.
Comunicación Expresiva	Comunicación Expresiva
El niño para comunicar intereses,	El niño comunica sus necesidades, intereses,

<p>necesidades e ideas lo realiza mediante gestos y sonidos, ya que debido a la PCI Atetósica los movimientos involuntarios de la lengua impiden que pueda emitir correctamente una palabra.</p> <p>Presenta un lenguaje de 15 palabras aproximadamente como: mamá, agua, casa, perro, gato entre otras.</p> <p>Comunicación Receptiva</p> <p>Entiende la comunicación oral y como respuesta trata de emitir gestos, sonidos y palabras.</p> <p>Según los niveles de comunicación de Van Dijk, el niño se encuentra en el nivel coactivo, es decir, el alumno y el adulto empiezan a desarrollar un diálogo no verbal, en donde el niño comienza a tener iniciativa, a utilizar sus propios signos e incluso otros que se los enseña.</p> <p>Otros Aspectos Comunicacionales</p> <p>Según el modelo de desarrollo de comunicación de Rowland y Streamer Campbell, el niño se encuentra en el siguiente nivel.</p> <p>Nivel 5 Comunicación simbólica concreta: Entiende el significado de cada cosa, para qué es y para qué sirve.</p>	<p>sentimientos mediante gestos, señas, sonidos, y pronuncia ciertas palabras que puede vocalizar.</p> <p>Presenta un lenguaje de más de 20 palabras aproximadamente como: mamá, papá, tía, agua, baño, gato, perro, cuy, bien, feliz, rojo, jugo, arroz, entre otras.</p> <p>Comunicación Receptiva</p> <p>Entiende la comunicación oral, capta L.S.E., y como respuesta emite gestos, sonidos y palabras.</p> <p>Según los niveles de comunicación según Van Dijk, el niño se encuentra en el nivel de imitación diferencial, es decir que el niño reproduce un modelo cuando este ha dejado de estar presente.</p> <p>Otros Aspectos Comunicacionales</p> <p>Según el modelo de desarrollo de comunicación de Rowland y Streamer Campbell, el niño se encuentra en el siguiente nivel.</p> <p>Nivel 6 comunicación simbólica abstracta.</p> <p>El niño utiliza alguna palabra, símbolo, seña o gesto para comunicarse.</p>
<p>Evaluación Funcional del Nivel Cognitivo</p> <p>Según el nivel cognitivo de Piaget, el niño se encuentra en la etapa sensorio motriz, tiene interacción física con el</p>	<p>Evaluación Funcional del Nivel Cognitivo</p> <p>Según el nivel cognitivo de Piaget se encuentra en la etapa pre operacional, el niño se pone en el lugar de los demás llegando a identificar sus sentimientos y deseos, muestra mayor habilidad</p>

<p>entorno, es decir con objetos, personas y animales cercanos; se caracteriza por ser egocéntrico y demandar mucha atención, principalmente de su madre.</p>	<p>para utilizar símbolos, gestos, palabras, imágenes para representar las cosas reales del entorno.</p>
<p>Evaluación Funcional de Reto de la Conducta.</p> <p>El niño se mantiene pasivo, pero cuando no le dan lo que desea se molesta y llora.</p>	<p>Evaluación Funcional de Reto de la Conducta.</p> <p>Niño pasivo, entiende cuando hace algo malo, y cumple con las reglas y normas que le impone la mamá y la docente.</p>
<p>Evaluación Funcional de Competencia de Desarrollo Independiente y los Hábitos.</p> <p>El niño come solo, pero riega toda la comida debido a los movimientos involuntarios de su cuerpo y los utensilios no están adaptados a su condición.</p> <p>El niño controla los esfínteres, pero necesita ayuda para ir al baño, se lava las manos y la cara con ayuda, se viste y se desviste con ayuda. En la mayoría de actividades depende de un adulto.</p>	<p>Evaluación Funcional de Competencia de Desarrollo Independiente y los Hábitos</p> <p>El niño come solo, no derrama los alimentos.</p> <p>Controla los esfínteres pero necesita ayuda para ir al baño, se lava las manos y cara solo, se viste y desviste con mínima ayuda. Se cepilla los dientes por el solo.</p> <p>Comprende el uso del dinero pero no lo utiliza.</p>
<p>Evaluación Funcional de la Orientación/ Movilidad y habilidades motoras.</p> <p>Se moviliza mediante un andador posterior, pero la postura que tiene no es la correcta, el niño logra ponerse de pie por unos segundos y dar pequeños pasos sin apoyo.</p> <p>Presenta dificultad para andar en espacios abiertos y nuevos.</p> <p>Cuando está sin el andador se arrastra.</p>	<p>Evaluación Funcional de la Orientación/ Movilidad y habilidades motoras.</p> <p>Se moviliza con un andador posterior, pero también puede realizar por el solo, pero apoyándose de una pared.</p> <p>Puede andar en espacios abiertos con ayuda de un adulto.</p> <p>Sedestación y bipedestación sin ayuda</p> <p>Tiene habilidades motoras finas, como ensartar rasgar, enroscar, entre otras.</p>

	Conoce relaciones espaciales como: arriba-abajo, delante- atrás, arriba- abajo, dentro-fuera, entre otras.
--	--

Fuente: Neri de Troconis.

Evaluador: Alicia Vidal

Interpretación.

El niño después de haber sido intervenido en las áreas de desarrollo se ha obtenido resultados satisfactorios, pues en la evaluación funcional de la comunicación y del lenguaje al trabajar con un sistema aumentativo y alternativo de comunicación (SAAC) y de actividades, el niño en comunicación expresiva incrementa su vocabulario de 15 palabras a más de 20 aproximadamente, emite sonidos y palabras para expresar necesidades, sentimientos e intereses; en comunicación receptiva según los niveles de comunicación de Van Dijk del nivel coactivo pasa al nivel de imitación diferencial y según el modelo de desarrollo de comunicación de Rowland y Streamer se encuentra en el nivel 6 de comunicación simbólica abstracta.

En la Evaluación funcional del reto de la conducta, cumple con las reglas, normas que da el adulto, mejora la relación con sus pares y acata órdenes y consignas.

En la Evaluación Funcional de Competencia de Desarrollo Independiente y Hábitos, se evidencia un mayor nivel de independencia en cuanto a sus hábitos de higiene personal: se lava las manos, la cara y los dientes con mínima ayuda, a la hora de vestirse todavía necesita el apoyo de un adulto para realizarlo; mientras que, a la hora de la comida lo realiza sin ayuda y no derrama los alimentos, gracias al apoyo de los aditamentos para la cuchara, el plato y el vaso.

En Evaluación Funcional de la Orientación/ Movilidad y habilidades motoras, el niño antes de la intervención tenía problemas para desplazarse, en la coordinación del movimiento, postura entre otros; actualmente tiene mayor coordinación de los movimientos de sus manos, utiliza la pinza digital, logra ensartar, y rasgar. Se desplaza con el andador tomando una postura adecuada y camina distancias largas apoyándose de la pared, se sienta y se para sin ayuda.

Se aprecia una mejoría en la Evaluación funcional del nivel cognitivo, reconoce nociones como largo- corto, dentro – fuera, arriba- abajo, identifica colores como el amarillo, azul, rojo, verde, morado, rosado, entre otros; y según el nivel cognitivo de Piaget se encuentra en el nivel preoperacional, ya que identifica sus sentimientos, deseos y el de los demás; muestra mayor habilidad para utilizar símbolos, gestos, palabras, imágenes para representar las cosas reales del entorno.

En el aspecto social el niño se relaciona más con sus pares, identifica los sentimientos de los demás y expresa los suyos.

4.1.2 Comparación de Resultados de la Evaluación inicial y final de la “Guía de Desarrollo Inicial de Battelle”

Al realizar la evaluación final con la “Guía de Desarrollo Inicial de Battelle” ejecutada por la investigadora, se obtuvieron resultados positivos en cada una de las áreas evaluadas. Ver anexo 6, pág. 133

Al comparar la evaluación inicial, realizada por la investigadora previa a la intervención con la evaluación final de la “Guía de Desarrollo Inicial de Battelle” se dan los siguientes resultados.

Cuadro 4 Comparación de Resultados Iniciales y Finales

Evaluación inicial realizada por la investigadora previo a la intervención		Evaluación Final realizada por la investigadora		
Edad cronológica: 4 años y 2 meses, correspondiente a 50 meses.		Edad cronológica: 4 años y 6 meses, correspondiente a 54 meses.		
Personal/ social	45 meses	Personal/ social	68 meses	> 23 meses
Adaptativa	34 meses	Adaptativa	50 meses	> 16 meses
Motora:		Motora:		
Motora gruesa	15 meses	Motora gruesa	43 meses	> 28 meses
Motora Fina	27 meses	Motora Fina	41 meses	> 14 meses
Edad global:	20 meses	Edad global:	41 meses	>21 meses

Comunicación:		Comunicación:		
Receptiva	32 meses	Receptiva	49 meses	> 17 meses
Expresiva	18 meses	Expresiva	26 meses	> 8 meses
Edad global:	23 meses	Edad global:	36 meses	>13 meses
Cognitiva	46 meses	Cognitiva	50 meses	> 4 meses
Puntuación Total:	35 meses	Puntuación Total:	50 meses	>15 meses
Equivalente a:	2 años y 11 meses	Equivalente a:	4 años y 2 meses	

Fuente: Alicia Vidal

En el cuadro comparativo de la evaluación inicial y final, se puede evidenciar que se ha logrado avances en las áreas de desarrollo, obteniendo los siguientes resultados:

En el **área personal/ social** al inicio presenta una edad de 45 meses y al final tiene una edad global de 68 meses, se puede observar que en esta área en el puntaje global tiene un incrementó de 23 meses.

En el **área adaptativa** en la evaluación inicial tenía 34 meses y al final tiene una edad global de 50 meses, en el puntaje global mejora con 16 meses.

En el **área motora** en motricidad gruesa al inicio presenta una edad de 15 meses y al final de 43 meses, en motricidad fina de 27 meses a 41 meses presentado una edad global inicial de 20 meses y una final de 41 meses, se puede observar que en esta área en el puntaje global mejora con 21 meses.

En el **área de comunicación** en comunicación receptiva al inicio tiene una edad de 32 meses y al final de 49 meses, comunicación expresiva de 18 meses a 26 meses presentando una edad global inicial de 23 meses y una final 36 meses, evidenciando que en estas áreas en el puntaje global mejora con 13 meses.

En el **área cognitiva** al inicio tenía una edad de 46 meses y al final tiene una edad global de 50 meses, en el puntaje global mejora con 4 meses.

A nivel general, el niño en la evaluación inicial tenía una edad cronológica de 50 meses y una edad de desarrollo de 35 meses (2 años y 22 meses) , presentando un retraso en el desarrollo de 1 año y 3 meses (15 meses) en la evaluación final el niño tiene una edad cronológica de 4 años y 6 meses (54 meses) y una edad de desarrollo de 50 meses (4 años y 2 meses) dando un retraso de 4 meses; lo que significa una mejoría en su aprendizaje y desarrollo, demostrando que el plan de intervención cumplió con el objetivo planteado que es brindar al niño la capacidad de adquirir los diferentes conocimientos y aprendizajes para su edad, adaptado y orientado a mejorar las áreas de desarrollo que presenta dificultad y alcanzar mayor independencia para una mejor calidad de vida en cada uno de sus contextos social, escolar y familiar.

4.2 Socialización del proceso con padres de familia y docentes del instituto.

La socialización dirigida a los docentes del Instituto de Parálisis Cerebral del Azuay y padres de familia, se llevó a cabo el día 26 de Enero del año 2018, con una duración de 60 min, tiene como objetivo dar a conocer los resultados iniciales, socializar el plan de intervención, presentar el Sistema aumentativo y alternativo de comunicación (SAAC) y recursos didácticos utilizados en el proceso de intervención, y exponer los datos de la evaluación final y demostrar el avance en el desarrollo y aprendizaje del niño.

Durante la socialización la madre del niño, ha podido conocer y despejar sus dudas respecto a la discapacidad que presenta su hijo, características y necesidades, así como la importancia que tiene el rol de los padres en el aprendizaje del niño.

Socialización: Plan de intervención en un niño con PCI atetósica.

Lugar: Instituto de Parálisis Cerebral del Azuay “IPCA”.

Hora: 8:30 am - 9:40 am

Fecha: viernes, 26 de enero del 2018.

Responsable: Alicia Vidal.

Objetivo: Conocer sobre la importancia y los beneficios del diagnóstico e intervención en el desarrollo de un niño con PCI atetósica.

Tabla 36
Cronograma Actividades

Tema	Actividades	Tiempo	Materiales
Saludo	<p>Bienvenida de a los docentes y padres de familia que participan en el taller.</p> <p>Dinámica “Me llamo, me pica”</p>	8:30 am-8:40am	-----
Video	Presentación del video “Qué es Parálisis Cerebral Infantil”	8:40am-8:45am	<p>Computadora</p> <p>Video</p> <p>Proyector</p>
Parálisis Cerebral	<p>Concepto de Parálisis Cerebral Infantil.</p> <p>Tipos de PCI.</p> <p>Que es la PCI atetósica.</p> <p>Características.</p>	8:45- 9:00am	<p>Diapositivas</p> <p>Proyector</p>
Video	Presentación del video “Parálisis Cerebral”	9:00- 9:10am	<p>Computadora</p> <p>Video</p> <p>Proyector</p>
Presentación del Plan de Intervención, aditamentos y SAAC.	<p>Presentar evaluación inicial y Áreas intervenidas, evaluaciones.</p> <p>Presentación del Plan de intervención: Planificaciones</p> <p>Presentación del SAAC: Como se utiliza y la importancia del mismo.</p> <p>Presentación de aditamentos: Como se utiliza y la importancia del mismo.</p>	9:10- 9:25am	<p>Evaluaciones: Inicial y final</p> <p>Plan de Intervención</p> <p>SAAC</p> <p>Aditamentos</p>
Cierre del Taller	Comentarios y preguntas	9:25-9:30am	-----
Refrigerio	Entrega Refrigerio	9:30- 9:40am	Jugos y Galletas.

Fuente: Alicia Vidal

4.3 Conclusiones

Al realizar la evaluación final y comparar los resultados con la evaluación inicial se puede evidenciar que el plan de intervención aportó significativamente en el desarrollo y aprendizaje del niño, pues se demuestra una mejoría en cada una de las áreas de desarrollo como:

En el área de lenguaje se implementó el sistema aumentativo y alternativo de comunicación (SAAC), el niño incrementó su vocabulario y facilitó la expresión de ideas, sentimientos y necesidades.

En el área motriz se evidencia mejorías en el desplazamiento, en la coordinación de movimientos y en la pinza digital con actividades y recursos didácticos ajustadas a las necesidades del niño.

En el área de autonomía y habilidades sociales, se logró que el niño realice actividades de la vida cotidiana de manera independiente como en el aseo, higiene; y con la ayuda de apoyos que permitieron mejorar en la alimentación.

A nivel cognitivo se manifiesta una mejoría en habilidades escolares, atención y memoria después de realizar la intervención con actividades y materiales didácticos que permitieron reforzar dicha área.

Por otra parte, los padres reflexionaron sobre la importancia del trabajo en equipo con los profesionales del centro, y que son un pilar fundamental en el desarrollo del niño; se motivaron y comprometieron a continuar con el trabajo en el hogar, dado que el niño permanece más tiempo en casa y es allí donde debe desarrollar también sus habilidades motoras, sociales y comunicativas.

Finalmente, los docentes y la madre del niño mencionaron que se evidencia un avance en las áreas de desarrollo, gracias al plan de intervención adaptado a las necesidades e intereses del niño; de igual manera han expresado que los materiales utilizados han sido novedosos, interactivos y eficientes

Conclusiones Finales

Se puede concluir que durante primeros años de vida el niño desarrolla habilidades perceptivas, motrices, comunicativas, afectivas, sociales y de independencia, las cuales permiten un equilibrio con el mundo que le rodea. Por lo cual, al existir una discapacidad es importante la intervención temprana con la finalidad de mejorar las áreas de desarrollo y por ende el aprendizaje.

Al utilizar la metodología estudio de caso, permitió conocer e indagar sobre el desarrollo del niño desde su nacimiento hasta la actualidad en los diferentes contextos, de la misma manera al realizar una evaluación cualitativa y cuantitativa permitió tomar las decisiones más apropiadas para su intervención, de esta manera poder obtener resultados positivos en el aprendizaje,

De la misma manera, como se ha mencionado anteriormente los primeros años de vida representan una etapa primordial en el proceso de desarrollo y formación de la personalidad, es por ello que, al aplicar el plan de intervención al niño de 3 años y 6 meses con parálisis cerebral infantil atetósica, favoreció significativamente en el aprendizaje, puesto al trabajar en las áreas que presentaba mayor dificultad con actividades lúdicas relacionadas con la práctica personal y educativa permitieron fortalecer sus habilidades pero también las áreas que necesitaba mayor ayuda.

El plan de intervención respeta y reconoce el ritmo de aprendizaje del niño e incluso las actividades planteadas ayudaron en el desarrollo de autonomía, habilidades sociales, postura, lenguaje entre otros; e incluso permitió que la familia se involucrara en el aprendizaje y desarrollo del niño, pues la participación de cada uno de los integrantes es indispensable para su bienestar.

Se evidenció que los objetivos planteados para cada área son acordes a las necesidades, potencialidades e interés del niño y se cumplieron satisfactoriamente, ya que se evidencia una mejoría en cada una de las áreas de desarrollo.

La metodología aplicada en el proceso de intervención fueron las técnicas de arte, juego y se implementó un sistema de comunicación de alta tecnología denominada "SmilingKids", el cual ayudó al niño a comunicar sus necesidades, deseos, intereses, sentimientos, puesto que el diseño motiva y despierta el interés del niño, creando así un ambiente estimulante para el proceso de aprendizaje.

La implementación de aditamentos y recursos didácticos favorecieron en la ejecución de actividades de la vida diaria como alimentación, vestimenta, aseo e higiene, mejorando la calidad de vida.

Al concluir con el proyecto de investigación, las docentes se comprometen a seguir con el plan de intervención para obtener más resultados positivos en el desarrollo del niño y trabajar conjuntamente con la familia y el equipo multidisciplinario, puesto que el niño puede ser incluido a una escuela normalizada.

Finalmente el proyecto investigativo permitió a que el instituto elabore un plan de intervención integral y oportuno para cada uno de los niños, pues el objetivo es atender todas las necesidades que presentan, potenciar su desarrollo y mejorar su proceso enseñanza- aprendizaje, respetando el grado de afectación, necesidades e intereses.

Recomendaciones

- Se considera necesario que el plan de intervención se continúe aplicando, y ajustando según las necesidades que vaya presentando el niño en el transcurso del año lectivo con el fin de mejorar su aprendizaje.
- Los docentes, terapeutas, conjuntamente con la madre, reforzar las actividades sugeridas en el plan de intervención y utilizar los recursos adaptados al niño, así como el sistema aumentativo y alternativo de comunicación (SAAC) implementado, recursos que permitieron mejorar significativamente cada una de las áreas de desarrollo.
- Los docentes ayuden a los padres y los guíen sobre cómo realizar los ejercicios en la casa y mantener una comunicación permanente entre con el fin de estar siempre pendientes de sus avances y necesidades.
- Motivar y capacitar a los padres de familia para que participen en las terapias con la finalidad que puedan trabajar con su hijo en el hogar, involucrándose de esta manera en el desarrollo y aprendizaje del niño.
- Realizar una nueva evaluación institucional pues el grado de afectación en que se encontraba al inicio varía de grado IV a grado III, además el niño en un futuro puede ser incluido a una escuela normalizada.

BIBLIOGRAFÍA

- Albuerme, G., & Pino, F. (2013). *Apoyo a la comunicación*. Recuperado de <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/2626/ATENCION%20TEMPRANA%20EN%20PARALISIS%20CEREBRAL.pdf?sequence=1>
- Álvarez, C., & Maroto, J. (2012). La Elección del Estudio de caso en investigación educativa. *Gazeta de Antropología*, 28(1), 2-4.
- Aranda, L. (2008). *Atención Temprana en Educación Infantil*. Madrid: WoltersKluwer. Obtenido de <https://books.google.com.ec/books?isbn=8471978989>
- Barrio, C., González, J., Padín, M., Peral, S., Sánchez, M., & Tarín, L. (2005). Estudio de Caso. Recuperado de: https://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/InvestigacionEE/Presentaciones/Est_Casos_doc.pdf
- Big Lottery Founded, Sense & Perkins International. (Septiembre de 2011). *Guía de Discapacidad Múltiple y Sordoceguera para personal de educación especial*. Recuperado de http://www.educacionespecial.sep.gob.mx/pdf/enterate/GuIa_Discapacidad_Multiple.pdf
- Bermejo, A. (2011). Ayudas para la marcha en la parálisis cerebral infantil. *Revista Internacional de Ciencias Podológicas*, 6(1), 9-24.
- Cabrera, J (2000). *Fomento del desarrollo del niño con Parálisis Cerebral: Guía para los que trabajan con niños Paralíticos Cerebrales*. Obtenido de <https://orientacionandujar.files.wordpress.com/2008/11/paralisis-cerebral-audicion-lenguaje-logopedia-fisioterapia.pdf>
- Estíbaliz, B (2010). *Manuales Test*. Madrid: teaediciones. Obtenido de: <http://www.eccastillayleon.org/file/2014/10/ManualesTest.pdf>
- Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana. (2005). *Libro Blanco de la Atención Temprana*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Federico, G. (2007). *El niño con necesidades especiales*. Buenos Aires: Kier.
- Figueiras, A. (2006). *Manual de vigilancia del desarrollo infantil en el contexto de AIEPI*. Washington: Organización Panamericana de la Salud. Obtenido de <https://books.google.com.ec/books?id=HaXs-pBOBX0C>
- Fundación NIPACE. (20 de Mayo de 2014). *Hidroterapia*. Obtenido de Fundación para niños con parálisis cerebral (NIPACE): <http://www.fundacionnipace.org/index.php/2014-05-20-16-06-25/hidroterapia>
- García, F. (1999). Utilización de ayudas técnicas en 24 adultos jóvenes con secuelas motoras de parálisis cerebral infantil. *Rehabilitación*, 33(4), 255-265.

- Grupo de Atención Temprana. (2001). Libro Blanco de la Atención Temprana. Madrid: Centro Español de Documentación sobre Discapacidad.
- Guardado, B. (2013). *Lateralidad Cerebral: desarrollo y neuro-rehabilitación*. Bloomington: Palibrio LLC.
- Hernández, M., Schmidt, I., & Huete, I. (2013). Encefalopatía por Kernicterus. Serie clínica. *Revista chilena de pediatría*, 84(6), 659-666. doi:<http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062013000600009>
- Huidrobo, J., & Ramos, M. (2015). *¿Qué y cómo aprenden nuestros niños?* Lima, Perú: Ministerio de Educación de Perú. Obtenido de http://www.minedu.gob.pe/rutas-del_aprendizaje/documentos/Inicial/PersonalSocial-II.pdf
- Hurtado, L. (2007). La parálisis cerebral. Actualización del concepto, diagnóstico y tratamiento. *Pediatr Integral*, 11(8), 687-698. Recuperado de <http://www.fundacionobligado.org.ar/wpcontent/uploads/2012/08/Actualizacion-del-Concepto.pdf>
- Jaramillo, C. (2017). *Inventario del Desarrollo Battelle como instrumento de evaluación y diagnóstica en niños y niñas de 3 años*. (Tesis de Licenciatura. Universidad Técnica de Machala.) Obtenido de http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/11322/1/E7218_JARAMILLO%20GONZ%C3%81LEZ%20CRISTINA%20EUDORA.pdf
- Levitt, S. (2000). *Tratamiento de la parálisis cerebral y del retraso motor*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Lorente, H. (2007). *La Parálisis Cerebral. Actualización del concepto, diagnóstico y tratamiento*. Recuperado de <http://www.discapacidadonline.com/wp-content/uploads/2013/06/paralisis-cerebral-actualizacion-del-concepto-diagnostico-y-tratamiento.pdf>
- Madrigal, A. (2015). *La Parálisis Cerebral*. España: Instituto de Mayores y Servicio Social. Obtenido de http://sid.usal.es/docs/F8/FDO8993/paralisis_cerebral.pdf
- Martínez, P. (2006). El método de estudio de caso: estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento y Gestión*(20), 165-193.
- Ministerio de Educación de Chile. (2007). *Guía de apoyo técnico-pedagógico: necesidades educativas especiales en el nivel de Educación Parvularia*. Santiago de Chile: Ministerio de Educación de Chile. Obtenido de <http://especial.mineduc.cl/wp-content/uploads/sites/31/2016/08/GuiaMotora.pdf>
- Ministerio de Salud de Perú. (2009). *Guía de Estimulación Temprana para el facilitador*. Lima: ADRA Perú.
- Pérez, J. (2004). *Manual de Fisioterapia. Neurología, pediatría y fisioterapia respiratoria*. Sevilla: Editorial MAD.

- Póo, P. (2008). *Parálisis Cerebral Infantil*. Barcelona: Hospital Sant Joan de Dèu. Obtenido de <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/36-pci.pdf>
- Puyuelo, M. & Salavera, C. (2014). *Logopedia y parálisis cerebral infantil*. En J. Peña Casanova, *Manual de logopedia* (4º ed., pp. 213-227). Barcelona, España: Elsevier-Masson
- Ricard, F., & Martínez, E. (2005). *Osteopatía y Pediatría*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Rice, P. (1997). *Desarrollo Humano, estudio del ciclo de vida*. Naucalpan de Juarez: Prentice Hall Hispanoamericana.
- Rodríguez, C., & Rodríguez, S. (2016). *Atención Temprana en Parálisis Cerebral Infantil* (Tesis de pregrado, Universidad de La Laguna). Recuperado de <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/2626/ATENCION%20TEMPRANA%20EN%20PARALISIS%20CEREBRAL.pdf?sequence=1>
- Siguenza, N. (2016). *Plan de intervención temprana para un niño con retraso de desarrollo psicomotor aplicado en el hogar* (Tesis de licenciatura, Universidad del Azuay). Recuperado de <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/5656/1/11984.pdf>
- Toscano, S. (2016). *Lenguaje y Parálisis Cerebral: El uso de los SAAC como medio de comunicación*. (Tesis de licenciatura, Universidad de La República). Recuperado de http://sifp1.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg_final_sofiatoscano.pdf
- Vázquez, C., & Vidal, C. (2014). Parálisis cerebral infantil: definición y clasificación a través de la historia. *Revista mexicana de Ortopedia pediátrica*. 16 (1), 6-10. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/opediatria/op-2014/op141b.pdf>
- Vásquez, P. (2011). *Valoración funcional en niños y niñas con multidiscapacidad o sordoceguera*. Recuperado de http://sid.usal.es/idos/F8/ART20256/vasquez_paola.pdf
- Zabala, C. (2013). *El estudio de caso como herramienta didáctica fundamental de construcción de aprendizaje en el módulo "Gestión pública aplicada"*. Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/143447788.pdf>

ANEXOS

Anexo 1

Materiales de la Guía de Desarrollo de Battelle

	<p>Manual de aplicación Prueba de Screening</p>
	<p>Cuadernillos de Anotación y perfil</p>
	<p>Cuadernillos de Aplicación</p>

Anexo 2

Guía De Evaluación Funcional Integral “Neri de Troconis”

Elaborada en octubre de 2002 por María Luz N. de Troconis sobre la base del formato de “Evaluación funcional de Socieven (1999) que a su vez está fundamentado del texto “Diagnosticteaching” de Carol Crook, traducido y editado por Gloria Caicedo; y del material facilitado por el Programa Internacional Hilton Perkins sobre “Proceso de evaluación” traducido por Socieven A.C. Módulo de Comunicación, Visión y Audición de la Universidad de Birmingham (UK). Revisión en setiembre del 2001 por personal docente del Programa educativo Socieven por lo que se anexan aportes del: “Cernimiento visual y auditivo funcional” del Programa de Servicios a niños y jóvenes adultos; del Departamento de Educación, Secretaría auxiliar de Servicios educativos integrales para Personas con Impedimentos, Sordo-ciegos en Puerto Rico.

I- DATOS RELEVANTES

- Fecha de evaluación:
- Remitido por:
- Nombre del Estudiante:
- N° de historia:
- Edad:
- Fecha y lugar de Nacimiento:
- Especialistas que realizan la evaluación y especialidad
- Situación actual del alumno:
- Causa y tipo de Necesidad Educativa Especial que se sospecha.
- Condiciones de los ojos: (tratamiento, lentes, tipo de ayudas ópticas).
- Condición de la audición: (Tipo de pérdida, uso de prótesis)
- Alguna otra necesidad educativa especial:
- Aspectos importantes de salud:
- Otras condiciones importantes:
- Servicios donde ha sido atendido:
- Otra información importante:
- Evaluación realizada basada en:

II.- ASPECTOS A EVALUAR

A.- EVALUACIÓN FUNCIONAL DE LA AUDICIÓN:

(Qué puede oír el niño, hablar, a qué nivel, sonidos ambientales, música; qué tipo de sonidos hace el niño; puede localizar 48 sonidos, describirlos, puede comprender significado) Evaluarlo entre dos o tres personas: una que esta con el alumno distrayéndolo, uno que observa, y otro que hace los sonidos. Cada aspecto debe contemplar sonidos del ambiente y cotidianos (puerta, teléfono, agua al servir, pelota al caer, auto, etc.) De voz, musical (tambor, campana, pandereta, pito, latas, piano, música) Debemos observar cualquier cambio de conducta, cuerpo, ojos u otros ante el sonido, para establecer el patrón de cambios de conducta.

Preguntas	Observaciones
¿Qué respuestas a sonidos observa Ud.?	
¿A cuáles sonidos él responde de manera natural y cuál es la naturaleza de su respuesta?	
¿Cómo responde a los sonidos?	
¿Ubica la dirección del sonido? Especifique.	
¿Puede él escuchar su voz?	
¿Disfruta del sonido? Si o No y explique.	
¿Responde y/o imita ante la ausencia y/o presencia de sonido?	
¿Logra imitar ritmos?	
¿Hace sonidos para su propio placer? Si o No y explique.	

B.- EVALUACIÓN FUNCIONAL DE LA VISIÓN:

(Lo que puede ver el niño, ojo derecho e izquierdo, ambos, tamaño de la letra, color...).
Para evaluar cada aspecto especifique a qué distancia, el ángulo, el lado hacia donde voltea la cara, la postura que toma para ver, tipo de luz, si requiere fondo de contraste.

Preguntas	Observaciones
¿Qué es lo que él se queda viendo en el ambiente?,	
¿Qué es lo que enfoca, de qué tamaño, a qué distancia y en qué ángulos?	
¿Puede seguir los objetos en movimiento con luz natural?	
¿Ante la luz de una linterna en un cuarto oscuro?	
¿Parece ver y discriminar el color y el diseño?	
¿Después de algún tiempo, puede reconocerlo a Ud. o a una persona significativa para él?	
¿Es difícil o fácil obtener su atención visual?	
¿Puede mantener buena atención visual en una actividad o constantemente levanta su visión de ella?	
¿Tiene el niño alguna fascinación por la luz al punto de que lo distrae de otras actividades?	
¿Puede encontrar objetos que se le han caído?	

¿Se desplaza utilizando su visión?	
¿A qué distancia y de qué tamaño?	
¿Hay pérdida del campo visual?	

EVALUACIÓN FUNCIONAL DE LA VISIÓN PARA PERSONAS CON CEGUERA TOTAL, PERCEPCIÓN DE LA LUZ O CAMPO VISUAL MUY DISMINUIDO.

Preguntas	Observaciones
¿Qué tan bien utiliza sus manos para compensar su falta de visión?	
¿Maneja los objetos con cierta cautela?	
¿Está interesado en las diferentes texturas, detalles y función de los objetos?	
¿Está alerta ante la vibración o el contacto, busca su origen?	
¿Interactúa con Ud. físicamente revisando lo que su cuerpo está realizando, siguiendo las acciones de sus manos?	
¿Parece que lo toca a Ud. sólo como un objeto o como fuente de ayuda, placer, afecto, etc.? ¿	
¿Le permite a Ud. manipular su cuerpo para mostrarle cosas?	
¿Tiene conocimiento sobre el braille?	
¿Se ha iniciado en el pre-braille, utiliza el sistema braille, etc?	

C.- EVALUACIÓN FUNCIONAL DE LA COMUNICACIÓN Y DEL LENGUAJE:

- Comunicación expresiva:

Preguntas	Observaciones
¿Cómo hace saber lo que él quiere?	
¿Qué patrón de comunicación usa el niño para expresarse?	
¿Cómo y cuándo los usa? (LSM, gestos naturales, señalando, llevando a la persona, otros sistemas)	
¿Resulta fácil o difícil entenderlo?	
¿Cómo lo logra?	
¿Comunica otras ideas aparte de sus	

necesidades? ¿Cuáles, de qué manera?	
¿Con cuántos elementos se comunica? De qué manera	
¿El niño participa en rutinas familiares? De qué manera	
¿Cómo se entera de la situación familiar?	
¿Sobre qué hablan o se comunican?	
¿Temas de interés del niño?	
¿Cosas que manejan al hablar?	
¿El niño habla o entiende cuando le hablan?	
¿Usa el español oral?	
¿Es el español oral su primera lengua?	

- Comunicación Receptiva

Preguntas	Observaciones
¿Qué clase de comunicación él entiende de los otros?	
¿Cómo se comunican los demás con él?	
¿Capta LSM, palabras, gestos naturales, dibujos, señalando?	
¿Qué patrón de comunicación entiende el niño? Explique	
- ¿A qué nivel de comunicación se encuentra el niño, según Van Dijk? (Resonancia, coactivo, interactivo).	
¿Encuentra Ud. formas de cómo expresarle lo que Ud. quiere o necesita, de qué manera? Explique	
¿Le presta atención cuando se comunica con él? ¿Qué hace?	
¿Le imita a Ud. espontáneamente o él entiende cuando le pide que imite?	
¿Pudo captar la rutina de la sesión y/o del aula, de qué manera?	

Otros aspectos comunicacionales

Preguntas	Observaciones
¿En qué nivel de desarrollo de la comunicación se ubica al alumno según Rowland y Stremer Campbell?	
¿A qué tipo de indicadores responde?	
¿Utiliza o necesita la lecto-escritura como comunicación?	
¿Utiliza los gráficos como comunicación?	
¿Sabe el alfabeto manual, impreso y dactilológico? ¿Lo usa?, ¿Lo capta al hacerlo visual y o táctilmente?	
¿Discrimina el alfabeto escrito en la palma de su mano, en relieve u otros?	
Vocabulario que tiene el alumno: nombres, adjetivos, verbos.	

D.- EVALUACIÓN FUNCIONAL DEL NIVEL COGNITIVO:

(Si es curioso, objetos que examina, personas, como lo examina, estilo de aprendizaje, como son los esquemas del niño, hace preguntas, nivel cognitivo...)

Preguntas	Observaciones
¿Qué tan curioso es con respecto a su ambiente?	
¿Se mueve espontáneamente para explorar alrededor de él?	
¿Se interesa en las cosas nuevas que le muestran?	
¿Cómo manipula los objetos?	
¿Tiene una forma repetitiva de manipular los objetos que encuentra?	
¿Puede resolver problemas en situaciones simples: desarmar cosas, sacar algo de un recipiente, encontrar algo que le ha caído, poner los juguetes juntos?	
¿Juega, qué tipo de juguetes prefiere?	
¿Juega de manera representativa: actúa o imita la conducta del adulto?	
¿Interés que demuestra, estilo de aprendizaje?	

¿Puede sentarse y atender a una actividad de una manera organizada?	
¿Parece, clasifica objetos o figuras geométricas y de qué forma?	
¿Diferencia entre tamaños, colores u otros?	
¿Realiza la correspondencia de objetos?	
¿Conoce su cuerpo, partes del cuerpo? Explique	
¿Tiene conciencia de su propio cuerpo?	
¿Dibuja o representa el cuerpo humano, se toca las partes del mismo por imitación? Explique.	
¿Qué tipo de objetos o actividades le gustan?	
- ¿Cuánto tiempo logra permanecer en una actividad específica?	
¿Mantiene su atención? ¿A que atiende?	
¿Podría decir en qué nivel cognitivo se encuentra según Piaget?	

E.- EVALUACIÓN FUNCIONAL DE LA INTERACCIÓN SOCIAL Y FAMILIAR

(Relación con otras personas, con el medio, la comunidad, juegos)

Preguntas	Observaciones
¿Cómo es su interacción con el adulto?	
¿Lo usa como medio de satisfacción de necesidades?	
¿Cómo es su relación con sus pares y/o compañeros sordociegos o con discapacidad múltiple?	
¿Cómo son sus habilidades de juego?	
¿Juega, con qué juega?	
¿Se aísla? ¿Tiene amigos?	
¿Asiste a eventos sociales con sus hermanos u otros familiares? Explique	
¿Le gusta realizar paseos, visitas, actividades infantiles o juveniles, practica alguna actividad deportiva?	
¿Cómo es la relación del niño con los TAPDS?	

.F.- EVALUACIÓN FUNCIONAL RELACIONADA AL RETO DE LA CONDUCTA

Preguntas	Observaciones
¿Se auto estimula? ¿Cómo? ¿Cuándo?	
¿Es agresivo? ¿De qué manera? ¿Cuándo? y ¿Dónde? ¿Cómo se controla?	
¿Se auto agrede?	
¿Es pasivo?	
¿Es hiperactivo? ¿Cómo y cuándo?	
¿Tiene hábitos repetitivos que interfieren con el aprendizaje?	

G.- EVALUACIÓN FUNCIONAL SENSORIAL

(Texturas, tolerancia corporal, respuestas a los estímulos, integración sensorial y otros).

Preguntas	Evaluación
¿Cómo es su tolerancia al contacto físico?	
¿Tolera sustancias en su cuerpo: lociones, cremas, etc.?	
- ¿Cómo es su reacción a los masajes?	
¿Cómo es su reacción a las texturas?	
¿Cuáles son las áreas de tolerancia en su cuerpo a los diferentes estímulos? (líquidos, cremas o texturas	
- ¿Cuál es su tipo de respuesta y que tiempo dure esa respuesta?	
- ¿Se logra relajar?	
¿Es tenso? ¿En qué partes muestra tensión? Explique	
¿Cuál es su tolerancia al movimiento en círculos, columpio y otros?	
¿Qué diría con respecto a su integración sensorial?	

- H.- EVALUACIÓN FUNCIONAL DE COMPETENCIAS DE DESENVOLVIMIENTO INDEPENDIENTE Y LOS HÁBITOS. (Si depende de alguien para hacer las cosas.)

Preguntas	Observaciones
¿Cómo son las competencias del niño para comer, recoger la mesa, lavar sus utensilios, limpiar la mesa después de comer?	
¿Cómo son sus competencias para el uso del baño, cepillarse, lavarse las manos, peinarse, etc.?	
¿Controla esfínteres?	
¿Se viste y/o desviste sólo? ¿Cómo?	
¿Es independiente, necesita ayuda o es totalmente dependiente? Indique en cuales hábitos	
¿Va a comercios, comprende para qué son, realiza compras?	
¿Conoce la función del dinero, usa monedas?	
¿Usa y comprende el tiempo, el reloj, horario de las situaciones?	
¿Diferencia la mañana, la tarde y la noche?	

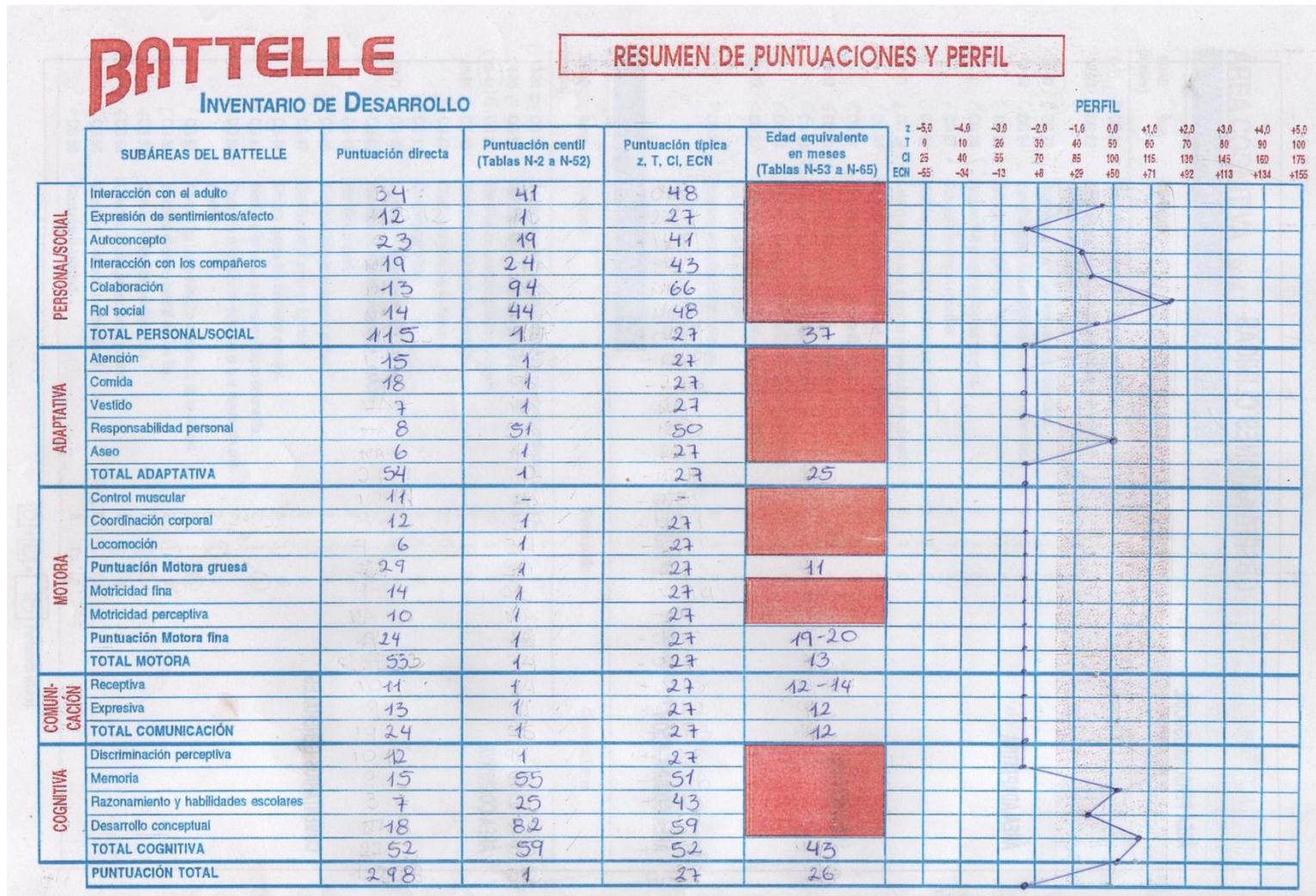
I.- EVALUACIÓN FUNCIONAL DE LA ORIENTACIÓN/MOVILIDAD Y HABILIDADES MOTORAS

(Tipo de movilidad, independencia al trasladarse, camina, reacción de su cuerpo con el espacio. Descripción de su deambulación y traslado).

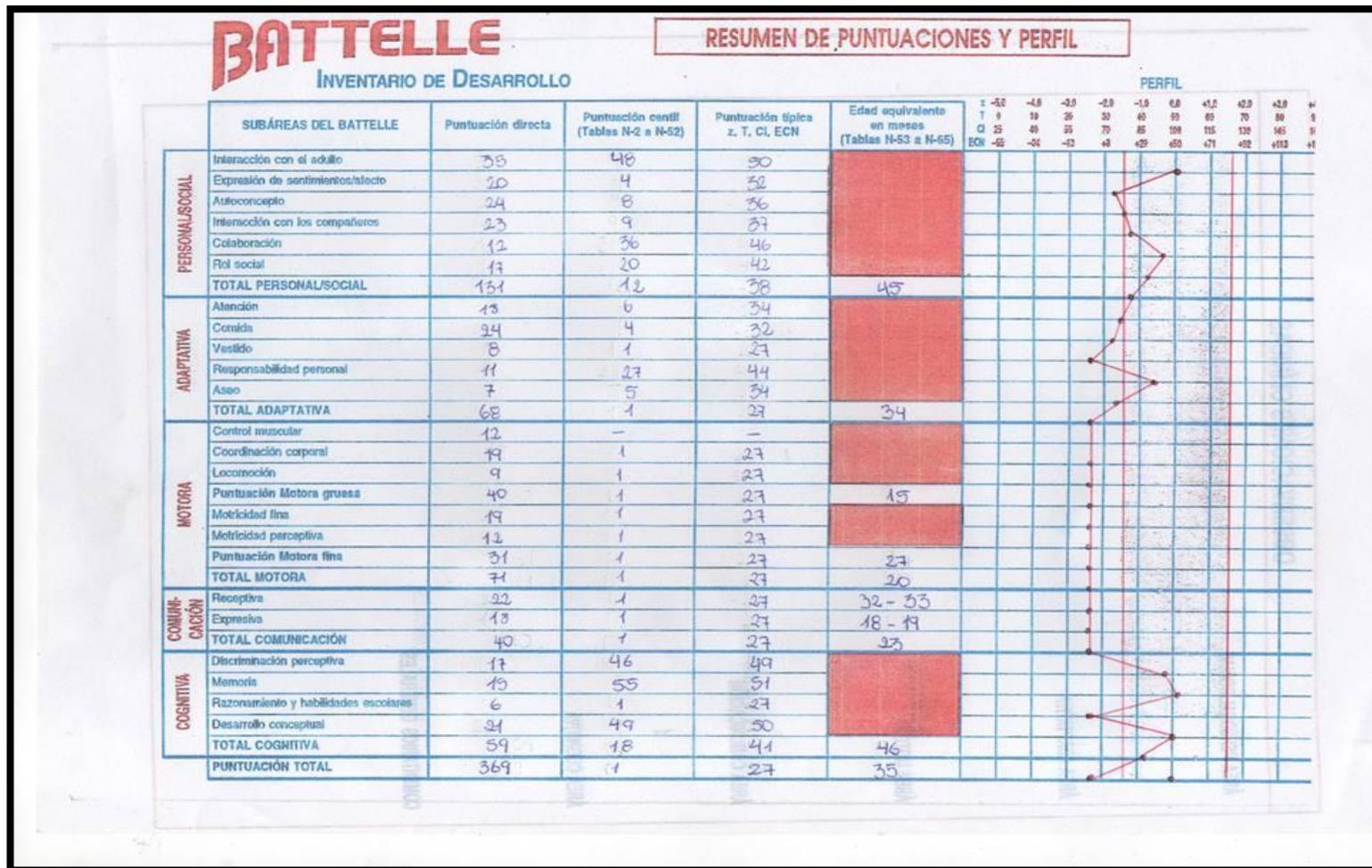
Preguntas	Observaciones
¿Necesita algún estímulo para moverse?	
¿Cuál es su tipo de movilidad?	
- ¿Cómo es su desplazamiento y orientación en espacios abiertos y cerrados?	
¿Cómo es su reacción ante los obstáculos del ambiente?	
¿Se moviliza usando la visión y/o audición como apoyo?	
¿Usa el tacto como guía para trasladarse de un lugar a otro?	
¿Usa sus manos como guía?	

¿La posición de sus manos es correcta?	
¿Usa las técnicas de rastreo adecuadamente?	
¿Usa bastón o guía para trasladarse de un lugar a otro?	
¿Tiene necesidad de alguna de estas técnicas?	
¿Cómo son sus reacciones ante espacios nuevos o desconocidos?	
¿Imita y/o tiene conciencia de las relaciones espaciales: ¿arriba, abajo, de lado, delante, atrás?	

Anexo 3 Evaluación realizada por la maestra "Guía de Desarrollo Inicial de Battelle"



Anexo 4 Evaluación Previa a la Intervención “Guía de Desarrollo Inicial de Battelle”



Anexo 5 Evaluación Final: Evaluación Funcional Integral “Neri de Troconis”

Evaluación Funcional Integral “Neri de Troconis”

Área	Descripción
Evaluación Funcional de la Audición	<p>El niño escucha, localiza y responde todos los sonidos que se encuentran a su alrededor, ya sea con su mirada o con gestos.</p> <p>Reconoce voces familiares, sonidos musicales, entre otros.</p> <p>Reconoce su nombre.</p>
Evaluación Funcional de la Visión	<p>El niño percibe todo lo que se encuentra a su alrededor.</p> <p>Persigue cualquier objeto que se encuentre en movimiento ya sea en un lugar claro u oscuro.</p> <p>Discrimina, identifica, diferencia objetos en base a color y forma.</p> <p>Tiene buena atención.</p> <p>Identifica objetos que se encuentran lejos o cerca de él.</p>
Evaluación Funcional de la Comunicación y del Lenguaje.	<p>Comunicación Expresiva</p> <p>El niño comunica sus necesidades, intereses, sentimientos mediante gestos, señas, sonidos, y pronuncia ciertas palabras que puede vocalizar</p> <p>Presenta un lenguaje de más de 20 palabras aproximadamente como: mamá, papá, tía, agua, baño, gato, perro, cuy, bien, feliz, rojo, jugo, arroz, entre otras.</p> <p>Comunicación Receptiva</p> <p>Entiende la comunicación oral, capta L.S.E., y como respuesta emite gestos, sonidos y palabras.</p> <p>Según los niveles de comunicación según Van Dijk, el niño se encuentra en el nivel de imitación diferencial, es decir que el niño reproduce un modelo cuando este ha dejado de estar presente.</p> <p>Otros Aspectos Comunicacionales</p> <p>Según el modelo de desarrollo de</p>

	<p>comunicación de Rowland y Streamer Campbell, el niño se encuentra en el siguiente nivel.</p> <p>Nivel 6 comunicación simbólica abstracta.</p> <p>El niño utiliza alguna palabra, símbolo, seña o gesto para comunicarse.</p>
<p>Evaluación Funcional del Nivel Cognitivo</p>	<p>Explora todo lo que se encuentra a su alrededor.</p> <p>Manipula los objetos con ambas manos.</p> <p>Se interesa por juegos de competencia.</p> <p>Realiza actividades como armar, desarmar, encajar, objetos con luces y sonidos, pintar, dibujar entre otras actividades.</p> <p>Puede reconocer y clasificar objetos por su forma, color, textura y tamaño.</p> <p>Identifica nociones como: dentro-fuera, atrás-adelante, arriba- abajo, noche- día, abrir-cerrar entre otras.</p> <p>Diferencia lo malo y lo bueno.</p> <p>Identifica partes del cuerpo en él y el los demás</p> <p>Sigue reglas y cumple tareas en un tiempo mayor de 30 min.</p> <p>Según el nivel cognitivo de Piaget se encuentra en la etapa preoperacional, el niño se pone en el lugar de los demás llegando a identificar sus sentimientos y deseos, muestra mayor habilidad para utilizar símbolos, gestos, palabras, imágenes para representar las cosas reales del entorno.</p>
<p>Evaluación Funcional de Interacción Social y Familiar</p>	<p>Tiene buena relación con sus pares y adultos.</p> <p>Juega en forma grupal o individual.</p> <p>La relación familiar es buena, asiste a eventos familiares y sociales.</p>
<p>Evaluación Funcional de Reto de la Conducta</p>	<p>Niño pasivo, entiende cuando hace algo malo, y cumple con las reglas y normas que le impone la mamá y la docente.</p>
<p>Evaluación Funcional Sensorial.</p>	<p>Tolera el contacto físico, le agrada los masajes y le gusta utilizar cremas, lociones en cualquier parte de su cuerpo ya sean cremas,</p>

	<p>líquidos entre otros. Tiene buena integración sensorial.</p>
<p>Evaluación Funcional de Competencia de Desarrollo Independiente y los Hábitos</p>	<p>El niño come solo, no derrama los alimentos.</p> <p>Controla los esfínteres pero necesita ayuda para ir al baño, se lava las manos y cara solo, se viste y desviste con mínima ayuda. Se cepilla los dientes por el solo.</p> <p>Comprende el uso del dinero, pero no lo utiliza.</p> <p>Reconoce y diferencia el día y la noche, conoce el horario de cada actividad.</p>
<p>Evaluación Funcional de la Orientación/ Movilidad y habilidades motoras.</p>	<p>Se moviliza con un andador posterior, pero también puede realizar por el solo, pero apoyándose de una pared.</p> <p>Puede andar en espacios abiertos con ayuda de un adulto.</p> <p>Sedestación y bipedestación sin ayuda</p> <p>Tiene habilidades motoras finas, como ensartar rasgar, enroscar, entre otras.</p> <p>Conoce relaciones espaciales como: arriba-abajo, delante- atrás, arriba- abajo, dentro-fuera, entre otras.</p>

Anexo 7 Registro Fotográfico- Intervenciones

