

UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA
SEDE REGIONAL ROSARIO



FACULTAD DE MEDICINA
LICENCIATURA DE KINESIOLOGIA
Y FISIATRIA

TERAPIA GRUPAL EN
NIÑOS CON PARALISIS CEREBRAL

AUTOR:

RECINES, VALERIA ELIZABETH

Tutor:

LIC. SPEDALETTI, MARCELA

Asesor Metodológico:

LIC. CAPPELETTI, ANDRES

FEBRERO 2007

UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA
SEDE REGIONAL ROSARIO



FACULTAD DE MEDICINA
LICENCIATURA EN KINESIOLOGIA
Y FISIATRIA

TERAPIA GRUPAL EN
NIÑOS CON PARALISIS CEREBRAL

Autor:

RECINES, VALERIA ELIZABETH

2007

NOTA DE AGRADECIMIENTO

Valoro el apoyo otorgado por el Hospital Carrasco que dio la posibilidad de realizar la investigación.

En primer lugar quiero agradecer a la tutora de la tesis, la Lic. en Kinesiología y Fisiatría, Marcela Spedaletti, también expresar mi gratitud a la Lic. en Kinesiología y Fisiatría, Paz DeL Pazo, una de las Kinesiólogas a cargo en el hospital que cedió parte de su espacio.

No puedo dejar de agradecer la colaboración de las niñas y los padres que asistieron para la investigación.

Por ultimo, agradecer a mi familia que me brindo todo su apoyo para que me pudiera convertir en una futura profesional.

RESUMEN

La siguiente investigación se llevo a cabo en el Hospital Carrasco de la Ciudad de Rosario. En la misma participaron niños con parálisis cerebral, en los cuales se utilizo la terapia grupal. El objetivo principal fue observar si dicha terapia ayuda a los niños con parálisis cerebral a aumentar sus habilidades psicomotoras.

Dicha investigación se realizo desde el 22 de mayo de 2006 hasta el 21 de agosto de 2006. El grupo estuvo constituido por dos pacientes y un terapeuta.

En la misma, el tratamiento no solo se centro en el área motora, como la sedestacion, bipedestación o prensión, sino que también se estimularon distintas áreas como el habla, la comunicación y el lenguaje, la percepción y la cognicion. Junto a estas, se fomento la interacción entre ambas compañera de grupo y el terapeuta; así también como la búsqueda de la independencia.

Cada una de las sesiones abarco una hora de atención, en la cual se utilizaron distintos elementos como colchonetas, para el trabajo de la sedestacion; distintos objetos de diferentes tamaños y formas, para el trabajo de la prensión fina y gruesa; el dialogo para el trabajo del habla y lenguaje; así como también steps, para el trabajo de pasaje de sedestacion a bipedestación. El juego fue el eje principal de la terapia para fomentar la interacción entre las niñas.

Luego de tres meses de trabajo con el grupo, y con la colaboración de las madres, se llego a los resultados favorables de la terapia en los pacientes en donde se produjeron cambios en la postura de sedestacion, en la prensión, así como también el la comunicación y la independencia.

A través de dicha terapia, también se beneficia al paciente por medio del área cognitiva y social, mediante el juego con sus pares, la cual ayuda a su preparación para el ingreso al jardín.

PALABRAS CLAVES: Desarrollo normal- Desarrollo psicomotor- Área motora- Área social- Parálisis cerebral- Terapia grupal.

INDICE

• Introducción	5
• Tema	7
• Problemática	8
• Fundamentación	10
➤ Desarrollo normal del niño	10
➤ Desarrollo psicomotor	13
➤ Parálisis cerebral	18
✓ Niño espástico	20
✓ Niño ataxico	22
✓ Niño atetoide	22
➤ Tipos de tratamientos	23
✓ Terapia física	23
✓ Terapia ocupacional	24
✓ Terapia conductual	25
➤ Conceptos generales de terapia en grupo	25
• Objetivos	29
• Métodos y procedimientos	30
• Desarrollo	32
➤ Evaluación realizada en marzo	32
➤ Terapia grupal	35
➤ Entrevista final a las madres	44
• Conclusión	46
• Referencias bibliograficas	48
• Bibliografía	50
• Anexo	52

INTRODUCCION

La parálisis cerebral es el trastorno del movimiento y la postura debido a un defecto o lesión del cerebro inmaduro. Esta lesión no es progresiva y causa deterioro de la coordinación muscular, la cual incapacita al niño a mantener posturas y realizar movimientos normales.

El tratamiento de dicha patología no solo involucra el área motora, sino el conjunto de ellas, por lo que hay distintas disciplinas que participan del tratamiento conformando el equipo inter y transdisciplinario, el cual es indispensable para la atención de los pacientes.

Principalmente hablando de la terapia física, el tratamiento de la parálisis cerebral se basa en el neurodesarrollo y la psicomotricidad, que según Quiros^[1] “es una forma de adaptación del individuo al mundo externo: la movilidad”.

Así mismo, dentro de la terapia física hay distintos modelos de trabajo, en donde la elección del mismo queda a cargo del terapeuta. Dentro de los modelos de trabajo se encuentran entre otros, la atención individual o grupal. Esta última, es la que se ha considerado para llevar a cabo la investigación.

La terapia grupal es la conformación de un conjunto de pacientes con características similares, como en este caso la parálisis cerebral, teniendo en cuenta la edad, la severidad, las capacidades, etc. El grupo está a cargo de un terapeuta que es el que lidera el grupo, junto con otra persona que lo asiste y brinda a los niños el apoyo necesario, disminuyéndose a medida que logran más independencia.

Se considera de interés académico y sanitario la investigación de esta temática, ya que la misma pone de manifiesto las diferencias que presenta con respecto a la terapia

individual, y los beneficios que le otorga no solo al paciente sino también a la familia y al terapeuta.

TEMA:

“TERAPIA GRUPAL EN NIÑOS CON PARÁLISIS CEREBRAL”

PROBLEMÁTICA

La problemática planteada surge a través de las experiencias vividas en la cátedra de Psicomotricidad y Neurodesarrollo, en donde se plantea la terapia grupal como otro tipo de tratamiento para la parálisis cerebral. El eje central de la investigación es observar si la misma, ayuda a los niños con parálisis cerebral a aumentar sus habilidades psicomotoras.

Gran parte de los niños con parálisis cerebral no tienen contacto con sus pares y presentan inhibición ante la persona adulta, el terapeuta. Por tal motivo, es bueno pensar en la terapia grupal como método de tratamiento para estos niños, ya que la misma ofrece distintas ventajas y beneficios no solo para el paciente sino también para la familia y el terapeuta.

Si se realiza una pequeña comparación, la terapia individual hace que el niño se sienta intimidado al estar solo frente al terapeuta, mientras que dentro de un grupo de terapia no se siente de tal forma y realiza lo mismo que sus compañeros.

A su vez, los niños con discapacidades físicas necesitan relacionarse con sus semejantes, ya que muchos de ellos no tienen contacto con niños de su misma edad.

En el grupo terapéutico los niños también se imitan mutuamente, lo cual favorece a que puedan realizar las instrucciones que da el terapeuta o ayudarse a poder realizar las diferentes tareas o actividades.

Por otro lado, la terapia individual hace que el terapeuta se concentre en el niño y eso puede producir que el paciente se inhiba y que no quiera hablar; mientras que en la terapia en grupo, el terapeuta no centraliza toda su atención en un solo paciente, sino

que la misma queda disipada en todo el grupo, lo cual estimula el habla de los niños y la relación entre los mismos.

Por otro lado se deben tener en cuenta las ventajas y beneficios de este modo de trabajo para el terapeuta, como por ejemplo el ahorro de tiempo que la misma produce.

Si se tiene en cuenta la dificultad que presenta el Hospital Carrasco de la ciudad de Rosario (donde se lleva a cabo la investigación), en donde el tiempo de atención del servicio de kinesiología es de 3 horas semanales, la cual es muy escasa para el tratamiento que requieren los niños, y se hace muy dificultosa también por la cantidad de pacientes que concurren al servicio.

La terapia en grupo le brinda al terapeuta otra forma de realizar el tratamiento en niños con parálisis cerebral, y poder abordar más cantidad de niños en 1 hora a los cuales antes el tiempo de atención era insuficiente.

FUNDAMENTACION

DESARROLLO NORMAL DEL NIÑO^[2]

Dentro del concepto de desarrollo se incluye el crecimiento y el desarrollo propiamente dicho, el cual se refiere a la maduración de diferentes órganos, en donde hay interacción entre ambas.

Puede definirse desarrollo^[3] como “los cambios que se producen en el niño a raíz de su crecimiento”. También se emplea el concepto de desarrollo para referirse a la maduración y de las funciones de distintos órganos, como también de distintas funciones psicológicas y neurológicas.

Se producen cambios que involucran nuevas funciones que requieren de nuevas estructuras y de estructuras más complejas, con aumento del número de neuronas, sinapsis, vascularización, etc. Este incremento lleva a un aumento del volumen cerebral y por ende, aumento del tamaño craneal el es la expresión de los cambios del SNC, por lo que la presencia de microcefalia puede indicar un desarrollo alterado o retrasado.

El desarrollo tiene distintas características:

- Es continuo: hay funciones que están siempre cursando hacia una mayor complejidad incluso en niños con alteraciones del desarrollo, se esperan cambios.
- Es progresivo: el sistema nervioso sufre cambios que generan mejoría de funciones que permiten mayor adaptación. El que sea progresivo hace que el niño con daño neurológico experimente avances de diferente intensidad, aun sin que sean rehabilitados.
- Es irreversible: los adelantos ya adquiridos no se pierden, lo que permite seguir instalando nuevas funciones.

Tiene una secuencia fija: para que surja una función determinada se requiere la adquisición previa de una función de base.

A medida que se van produciendo los distintos cambios en el niño aumenta la complejidad funcional, lo cual ayuda a la adaptación de los cambios funcionales de las distintas áreas cerebrales y a los cambios madurativos.

Estos cambios dan una mayor adaptación al medio a través de un mejor funcionamiento en diferentes áreas.

Los factores que influyen en el desarrollo son^[4]:

- Factores biológicos: se dividen en:

Factores genéticos: se debe observar el patrón genético familiar. Las características de maduración que tenga el niño se deben a su carga genética. También es importante el patrón genético individual que presenta el niño.

Factores prenatales: variaciones en el desarrollo del niño, los cuales pueden relacionarse con características fisiológicas de la madre.

Factores perinatales: estos determinan el retraso o anormalidad del desarrollo. Fenómenos de hipoxia leve, hipoglucemias traumáticas, hiperbilirrubinemias tratadas, etc., pueden llevar al niño a condiciones de retraso.

Factores postnatales: son aquellos factores fisiológicos como la alimentación, la inmunización, ciertas patologías de poca gravedad pueden modular el desarrollo, dentro de lo normal. Aunque también, hay noxas que afectan intensamente el desarrollo.

- Factores ambientales: son factores muy importantes para el desarrollo normal del niño. Todos estos factores interactúan entre sí.

Estimulación: establece variaciones de lo normal y también produce alteraciones del desarrollo en distintos niveles. El lenguaje, la socialización, el desarrollo de hábitos, son áreas donde la estimulación tiene efectos muy significativos.

Afectividad: este factor es imprescindible. Debe establecerse un equilibrio entre los aspectos emocionales, sociales y laborales. Las alteraciones entre los vínculos de los padres o la familia, pueden afectarlos.

Normas de crianza: el desarrollo de hábitos, la interacción con hermanos, la independencia y los variados aspectos valoricos afectan el desarrollo del niño.

Factores culturales y socioeconómicos: el niño está influenciado por la cultura de la familia. Esta determina el tipo de estimulación, el trato con la familia, lo social, etc.

Condiciones de la familia: las características que favorecen al desarrollo son:

- ✓ Cercanía afectiva.
- ✓ Acuerdo relacional.
- ✓ Equilibrio en la cercanía parenteral.
- ✓ Jerarquía parento-filial definida.

Para que el niño progrese en su desarrollo es importante tener en cuenta el área social, la cual es un pilar fundamental en la crianza del niño. Relacionado a esto, Vigotsky^[5] “constituyo su insistencia en el notable influyo de las actividades con significado sociales en la conciencia”, así también como consideraba que el medio social es fundamental para el aprendizaje, ya que pensaba que lo produce la integración de los factores sociales y personales. Es por esto que Vigotsky, recalco la importancia de la interacción entre el individuo y el medio en que habita.

Los niños pasan por diferentes fases del desarrollo emocional y social en donde los adultos comienzan a observar las manifestaciones de la personalidad del niño.

Durante los primeros seis meses de vida de un niño, comienza a sonreírle a la gente, manifestar una preferencia, así también como sentirse tímido o apático frente a personas extrañas. Muestra cierta preferencia por la madre. Aprende a imitar los sonidos y gestos, y captar toda la atención de su familia.

Alrededor del año, el niño es el centro de su propio mundo y no comprende el concepto de compartir. A los dos años los padres observan que el niño trata de distanciarse de ellos y comenzar a independizarse. En esta fase, son muy notables las emociones extremas por parte del niño, las cuales se modifican al ir creciendo.

A los tres años, está más dispuesto a estar separado de sus padres y disfrutar del juego con otros. Aproximadamente a los cinco años de edad, goza al estar con sus amigos y está preparado para aceptar las reglas. En esta fase ya comprende lo real de lo imaginario y comienza a evidenciar una diferencia entre los géneros.

Es importante este aspecto social no solo porque ayuda a la formación de su personalidad, sino también, que favorece a la interrelación con sus pares y con los adultos. Esto se debe tener en cuenta, no solo en los niños con desarrollo normal, sino también en los niños con desarrollo atrasado o lento, los cuales necesitan aun más del mismo.

Desarrollo psicomotor

“El desarrollo psicomotor, o la progresiva adquisición de habilidades en el niño, es la manifestación externa de la maduración del Sistema Nervioso Central”^[6]. Esta adquisición de habilidades se logra a través del aumento de números de dendritas y la

mielinización de los axones. Este progreso es en sentido cefalocaudal y de proximal a distal.

Los niños sanos siguen un patrón de desarrollo. Para evaluar el desarrollo se deben tener en cuenta cuatro áreas: motricidad gruesa, motricidad fina, sociabilidad y lenguaje. Hay patrones básicos, los cuales deben realizar los niños para poder saber si están cursando un desarrollo normal o no:

Nacimiento y primer mes^[7]

El tono muscular del recién nacido se encuentra en flexión. Mediante esta posición podemos ver que los músculos extensores no se han fortalecido completamente aun. Lo mismo sucede con los músculos del cuello, la misma no se encuentra con la suficiente fuerza como para poder levantar y sostener el peso de la cabeza. Solo logra girar la cabeza para un lado y para el otro cuando se encuentra acostado.

Es aquí donde podemos observar alguna alteración en el tono. Si el niño sostiene la cabeza y las piernas estiradas y rígidas, esto muestra un cuadro de hipertonía muscular. Por otro lado, si el niño presenta los brazos y las piernas flácidas permanentemente, se podría sospechar de un cuadro de hipotonía muscular.

El recién nacido presenta reflejos primitivos, que permiten evaluar el desarrollo y ayudan al niño a obtener ciertas conductas, ya sean de defensa o patrones de movimiento.

Al mismo tiempo, comienza a desarrollar y agudizar otros sentidos como el tacto, oído, visión gusto y olfato.

Dos y tres meses.

El niño continúa con el tono flexor. En decúbito prono, logra levantar la cabeza para girarla. También mueve los brazos con mas fuerza y frecuencia. Gracias a los movimientos de los miembros en este periodo, se desarrollan las articulaciones de la cadera y se previenen las luxaciones.

Aparece la sonrisa social (sonríe como respuesta a la sonrisa de un adulto), hay que estimular sensorialmente la niño en esta etapa, ya que promueve a que este comience a conocer su cuerpo y empiece a formar su identidad corporal.

Cuatro a seis meses.

A los cuatro meses el niño levanta la cabeza apoyando los codos y a los cinco meses ya es capaz de realizar movimientos activos de flexión para poder pasar del decúbito a la posición de sedestación.

La fijación de la cabeza favorece al mantenimiento de la mirada y la exploración del medio ambiente; de este modo el niño se prepara para tomar los objetos y poder trasladarlos.

También comienza a desarrollar la prensión. Al intentar tomar un objeto, llevara su mano a la línea media y arrastrara el mismo con el borde externo de la mano, la cual de denomina prensión en rastrillo. Luego, será capaz de realizarla con la palma de la mano, flexionando los dedos.

Además el niño ejercitara su psicomotricidad en busca de los objetos. Intentara desplazarse y tomarlos. Esto es fundamental para su desarrollo como experiencia motora, sensorial y cognitiva.

Siete y ocho meses.

Aumenta el tono muscular de la espalda y el cuello, esto hace que el niño pueda sentarse y mantenerse sin apoyo. Una vez sentado avanza con el desarrollo de la motricidad fina y manipulación de los objetos y así aparece la transferencia de elementos de una mano a otra.

A los ocho meses el niño gatea sin problemas y aumenta su coordinación de ambos lados del cuerpo, y la flexibilidad del tronco junto con las rotaciones del mismo.

Nueve a doce meses.

Se prepara para conseguir la bipedestación y la marcha. Respecto a la motricidad fina adquiere la capacidad de oponer el pulgar a los dedos índice y medio y así tomar objetos mas pequeños e incluso al final del año ya puede soltar los objetos voluntariamente relajando la musculatura de la mano.

Uno a dos años.

Los primeros pasos los realiza cerca del primer año de edad con amplia base de sustentación, los brazos abiertos y el cuerpo proyectado hacia delante, los pasos son cortos y rápidos.

Cerca de los dos años planifica mejor sus acciones, puede subir y bajar escaleras, patear una pelota y girar al caminar. Con respecto a la motricidad fina mejora la manipulación de los objetos, logrando hacer torres de tres cubos, tomar la cuchara para comer, arrojar una pelota y etc.

Tres años en adelante

Ya se siente seguro y tiene mayor control de la marcha. Puede correr y graduar la velocidad, frenar y saltar. A los cinco años su marcha y equilibrio están bien desarrollados.

A los tres años a desarrollo fino de la coordinación oculomanual, logra hacer torres de 10 cubos, tomar el lápiz y arrojar la pelota con una dirección predeterminada. A los cinco años existe una preferencia lateral, esta se define a los siete años. La precisión y rapidez manual que adquiere le ayuda a aprender a escribir.

Los procesos psicomotores y la coordinación dinámica van a permitir que los niños sean capaces de controlar mejor sus movimientos e impulsos emocionales, y que tenga, por lo tanto, una buena adaptación al medio social familiar y escolar. De lo contrario se pueden ocasionar problemas de aprendizaje, cuadros de hiperactividad y trastornos de la atención.

Existen distintas pruebas, entre las usadas y conocidas se encuentran: el Test de Denver (USA), y el EEDP (Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor). En el examen físico se deben corroborar aquellos ítems presentes para la edad y también para aquellas inmediatas. Otros aspectos que se deben tener en cuenta en la evaluación son los reflejos arcaicos, su presencia mas allá del tiempo esperado de desaparición puede corresponder a una Parálisis Cerebral.

El tono muscular y los reflejos osteotendinosos son también otro punto a evaluar. Un niño con seis meses son hipotonía, hiperreflexia y persistencia de reflejos arcaicos hace pensar en Parálisis Cerebral.

PARÁLISIS CEREBRAL

Según Sophie Levitt “la parálisis cerebral se define como un grupo de funciones caracterizada por dificultad motora, debido a un daño encefálico no progresivo producido durante la etapa temprana”^[8].

Bobath la define como “un trastorno del movimiento de la postura debido a un defecto o lesión del cerebro inmaduro. No es progresiva y causa un deterioro en la acción muscular, con la resultante incapacidad del niño para mantener posturas normales y realizar movimientos normales”^[9].

De acuerdo con el concepto Castillo Morales define a la parálisis cerebral “como un conjunto de síndromes neurológicos residuales causados por una noxa”^[10].

El desarrollo normal del niño depende de su capacidad para moverse. Por tal motivo, tocando su cuerpo y moviéndose consigue mover sus manos dentro del campo visual, y así desarrolla la percepción del cuerpo. El niño logra conocerse por medio de las sensaciones visuales, táctiles y propioceptivas. Esta será reemplazada mas adelante, cuando desarrolle una “imagen” corporal con una influencia visual. Una vez establecida aprende a relacionarse con el mundo y a desarrollar la orientación espacial.

Un niño que no goza de su movilidad o tiene su movilidad para hacerlo, tendrá problemas en el desarrollo de la percepción corporal o podrá realizarla con dificultades. El deterioro perceptivo es especial si se descubre en forma temprana, no tiene mal pronóstico que tiene en la vida adulta.

El posible atraso o detención del desarrollo del niño puede también relacionarse a la relación madre-hijo, que es un factor de suma importancia en el proceso de maduración del bebe.

El reconocimiento precoz de la parálisis cerebral en sus muchas formas y su diferenciación del simple retardo del desarrollo de la conducta motora y de condiciones hereditarias y congénitas, exige conocimiento del desarrollo de la coordinación motora.

El tratamiento se basa no solo en el impedimento motor, sino también de la totalidad de las necesidades del niño.

Las causas de la parálisis cerebral se pueden producir en distintos periodos:

Prenatal: como hipoxia, rubéola, exposición a rayos x, diabetes, etc.

Perinatales: como desprendimiento de la placenta, prematuridad, anoxia, trauma, etc.

Postnatales: enfermedades infecciosas, ACV, meningitis, encefalitis, etc.

También se pueden identificar distintos factores de riesgo. Los cuales aumentan la posibilidad de que a un niño se le diagnostique parálisis cerebral. Los factores de riesgo son: presentaciones anormales durante el parto, parto complicado, malformaciones congénitas, puntuación Apgar baja, paso bajo y nacimiento prematuro, parto múltiples, malformaciones del sistema nervioso, hemorragia materna, hipertiroidismo materno, convulsiones en el recién nacido, etc.

La parálisis cerebral se puede clasificar de acuerdo a tres factores: tono postural, tipo de alteración de la innervación recíproca y la distribución de la enfermedad.

Cuadriplejia: presenta compromiso de la totalidad del cuerpo. El miembro superior se encuentra más afectado. La distribución de la enfermedad en general es asimétrica. Si la asimetría es marcada se la conoce como “hemiplejia doble”. Debido a que está más comprometido el miembro superior se dificulta el control de la cabeza, la alimentación, el lenguaje y la articulación de las palabras.

Diplejia: el compromiso también es de la totalidad del cuerpo, pero se acentúa en el miembro inferior. El examen minucioso demostrara cierto compromiso de uno o de ambos brazos o manos.

Hemiplejía: es el compromiso de un solo lado. Los casos de paraplejia pura y de monoplejia son extremadamente raros en la parálisis cerebral.

- El niño espástico:

Presenta hipertonia de carácter permanente, incluso en reposo (Bobath, 1977). El grado de espasticidad que el niño presenta cambia junto con los cambios de animo del niño, por ejemplo, cuando se encuentra bajo situaciones de excitabilidad o estrés.

Si la espasticidad es grave, el niño se mantiene fijo en ciertos patrones, debido a el aumento de la co-contracción de las partes del cuerpo que están mas comprometidas. En especial en las articulaciones de hombro y cadera. Sin embargo, algunos músculos parecen débiles por la inhibición de tónica reciproca efectuada por los antagonistas espásticos. También esta debilidad se debe al desuso durante mucho tiempo. Los niños presentan movimientos restringidos en extensión y esto hace que deben esforzarse aun mas para poder realizar los movimientos.

Si bien la cuadriplejia y la diplejia espástica tiene muchas características en común, es útil considerarlas por separado.

La cuadriplejia no es difícil de diagnosticar precozmente. Su forma temprana puede presentar retardo del desarrollo normal como manifestaciones de signos anormales.

Una vez que la espasticidad esta desarrollada el niño puede levantar su cabeza, mantenerse en equilibrio o usar sus brazos y manos.

En la diplejia el niño en los primeros meses puede parecer bastante normal. Las conductas posturales que adopta el niño son similares a la del bebe normal. Tendrá un normal desarrollo del enderezamiento de la cabeza y si en el caso de que las extremidades superiores no se encuentren afectadas, lo desarrollara normalmente.

La anormalidad aparecerá solo en el miembro inferior, en donde presentara un patrón extensor a partir del tronco inferior y las caderas.

Según la autora del libro “Tratamiento de la Parálisis Cerebral y del Retraso Motor”, Sophie Levitt (año 2000), las principales características de los niños espásticos son:

- Variación de la inteligencia con una marcada tendencia a ser menor que la de los niños atetosicos.
- Problemas de percepción.
- Perdida del campo visual como de la sensación de la mano.
- Pueden darse alteraciones la caja torácica, así también como trastornos en la respiración, la cual se hace pobre.
- La epilepsia son casos muy comunes.

Investigaciones realizadas por Francisco Aguilar-Rebollero^[11], sobre el uso de la toxina botulínica como tratamiento de la espasticidad y distonia en la Parálisis Cerebral infantil, demostró que el uso de la misma con al menos dos dosis, en la mayoría de los pacientes facilito la terapia fisica y la utilización de ortesis. La toxina botulínica demostró efectividad y un mínimo de efectos adversos. Esto mejora la funcionalidad de los miembros afectados, evita las cirugías y mejora la higiene y/o el vestido.

- El niño ataxico:

Al comienzo este niño no se puede diferenciar del niño “torpe”. El diagnóstico solo se puede obtener siguiendo el desarrollo posterior del niño. La ataxia cerebral se produce por la lesión cerebral, siendo el factor común un significativo bajo tono postural junto con alteración de la innervación recíproca con falta de co-contracción. Este produce la falta de control sostenido contra la gravedad.

El niño ataxico presenta retraso en el desarrollo, lo cual hace que las funciones normales del niño aparezcan tardíamente. El niño recién puede sentarse aproximadamente entre los 15 y 18 meses. A veces esta posición se puede dificultar aun mas si el niño presenta espasticidad extensora el miembro inferior.

También presenta falta de movimiento ocular aunque el movimiento de la cabeza sea normal. La palabra también aparece con retraso en esos niños.

Otras características que presenta el niño ataxico son:

- La inteligencia es de un bajo nivel.
- Rara vez se diagnostica un niño ataxico “puro”
- Presentan episodios de epilepsia.

- El niño atetoide:

Todos los niños atetoides presentan un inestable y fluctuante tipo de tono postural^[12]. El tono postural es inferior a lo normal y la amplitud de fluctuación varia ampliamente.

Carecen de co-contracción por lo no mantienen posiciones estables contra la gravedad.

El niño atetoide no puede graduar la actividad antagonista y sinergista durante el movimiento, la cual es tan necesaria para la fuerza y el control del movimiento. El miembro superior siempre se ve mas afectado que el inferior, el cual a veces puede presentar características primitivas en lugar de anormales.

Presenta hipermovilidad lo cual favorece a la subluxacion de articulaciones como: mandíbula, hombro, cadera y dedos de la mano.

Otras características importantes que presentan estos niños son:

- Frecuentemente son niños inteligentes, aunque también pueden presentar retraso mental.
- Perdida auditiva.
- Pueden tener personalidades conductoras y extrovertidas.
- Presentan dificultades en la articulación del habla y problemas respiratorios.
- Casos frecuentes de epilepsia.

Tipos de tratamientos

Hay muchas maneras de abordar a un niño con parálisis cerebral, pero siempre se debe tener en cuenta que se debe trabajar con un grupo interdisciplinario, donde al niño se le pueda tratar en su totalidad. Las distintas terapias son:

* Terapia física: comienza en los primeros años de vida del niño. Este tipo de terapia tiene dos metas: la primera, prevenir el deterioro o debilidad muscular debido al desuso. Y la segunda, evitar las contracturas de los mismos, los cuales limitan los movimientos del niño.

Las contracturas son las complicaciones mas comunes, ya que se produce “cuando los músculos se encojen crónicamente debido al tono muscular anormal y a la debilidad

asociada con la parálisis”^[13]. La terapia física se puede combinar con ortesis para prevenir dichas complicaciones.

Otra meta de esta terapia, es mejorar el desarrollo motor del niño. Hay dos terapias muy difundidas, una es la Técnica Bobath, la cual se basa en la idea que los reflejos primitivos que permanecen en muchos niños con parálisis presentan dificultades mayores para poder aprender a controlar su cuerpo. Es por esta razón, que la Técnica Bobath procura contrarestar estos reflejos poniendo al niño en un movimiento opuesto. La otra, es la terapia Vojta, la cual tiene como objetivo “conseguir el control automático de la postura y la función de apoyo de las extremidades, así como asimilar una actividad muscular coordinada”^[14].

Otro método que se utiliza en la terapia física es el uso de “patrones”, teniendo en cuenta la secuencia realizada por los niños en el desarrollo normal. En esta, el terapeuta guía al niño con problemas motores a lo largo del camino del desarrollo motor normal.

La terapia grupal no solo tiene en cuenta el área motora como se explico anteriormente, sino que también, se basa en la psicomotricidad y neurodesarrollo. Por tal motivo, se trabaja sobre el habla, la comunicación, las relaciones interpersonales, sin dejar de lado la búsqueda de la independencia.

* Terapia ocupacional: en esta terapia el niño desarrollo habilidades de la motricidad fina tales como para comer, vestirse o bañarse, las cuales favorecen a su independencia.

* Terapia del habla y lenguaje: ayuda a identificar las dificultades para comunicarse y trabaja para superarlas a través de ejercicios.

* Terapia de conducta: este tipo de terapia es complementaria a las terapias ya nombradas. Lo que puede realizar el terapeuta, por ejemplo, es ocultar un juguete dentro de una caja para premiar al niño si aprende a usar su mano mas débil para encontrarla.

En cualquier tipo de terapia que se utilice, se debe tener en cuenta que el tratamiento no termina cuando el paciente sale de la sesión y vuelve a su hogar, sino que se debe de continuar con el mismo en el hogar junto a los padres. Por tal motivo, es importante que los padres de los niños acudan a las sesiones de tratamiento para poder aprender ejercicios indispensables para el desenvolvimiento del niño en su hogar, en la escuela o en cualquier otro lugar al que el niño concurra.

CONCEPTOS GENERALES DE TERAPIA EN GRUPO

Antes de comenzar a hablar de lo que es la terapia en grupo, es importante saber que es un grupo, por que se conforma y cual es su fin. Por tal motivo, es necesario citar las palabras del psicólogo Pichon Riviere, el cual se refiere a un grupo como “un conjunto restringido de personas que, ligadas por constantes espacio temporales, el cual, articulado en su mutua representación interna, se propone en forma implícita y explícita una tarea que conforma su finalidad, interactuando a través de complejos mecanismos de asunción y adjudicación de roles”^[15]. Así, el propósito de un grupo es aprender a pensar, para que esto suceda debe haber una conexión entre los individuos que forman el grupo a través de la palabra, el gesto o cualquier tipo de comunicación. Pensar, siempre es pensar en grupo.

Hace tiempo que se asumió el hecho de que el niño necesita actividades en grupo. Para los padres es muy difícil poner en contacto a su hijo discapacitado con otros niños. Por este motivo, los niños necesitan tratamiento en grupo, para congeniar con otros niños, compartir una actividad con otros, sentirse parte de un grupo y poder así responder tanto

a competitividad como a la colaboración. El trabajo terapéutico junto con la educación, brindan oportunidades para el desarrollo social y emocional del niño.

Hay de diversas formas:

- ✓ Logoterapia
- ✓ Terapia ocupacional.
- ✓ Fisioterapia.

Los objetivos de todos estos grupos terapéuticos se superponen, y se pueden formar grupos interdisciplinarios de dos tipos:

El grupo de juego. Los terapeutas pueden estimular a los niños con juegos que incluyan actividades motoras gruesas, finas, perceptivas y del habla y el lenguaje.

El grupo estructurado. Trabaja para tratar o entrenar un área funcional específica. Integran las actividades motoras gruesas, finas, perceptivas, de habla y el lenguaje, pero concentrándose más en una de ellas. Este hincapié puede apuntar hacia la discapacidad más marcada de los niños que conforman el grupo, como por ejemplo el área motora en el caso de los niños con parálisis cerebral.

Estos dos tipos de grupos terapéuticos pueden utilizarse un solo tipo de grupo o durante la sesión hacer una combinación de ambos.

Una de las principales ventajas del trabajo en grupo son:

Las sesiones individuales provocan demasiada presión sobre el niño. Con frecuencia en el grupo, estos niños colaboran ya que todos los demás niños presentes están haciendo lo que se espera de ellos.

La relación uno a uno en el tratamiento individual puede ser simulada la relación uno a uno que se da entre madre e hijo. No obstante, los niños con discapacidades físicas, necesitan relacionarse con sus semejantes, aunque su función física todavía se corresponda con un nivel de desarrollo inferior a los 3 años.

En el grupo, los niños siguen las instrucciones imitan a otros. La imitación ayuda a los niños a entender lo que se pretende de ellos. Los niños en grupo se observan al realizar la instrucción y se ayudan.

En el grupo, los adultos centran su atención en todos los niños de manera que la presión que puede sentir un niño en la relación individual desaparece, lo cual favorece el habla.

La concentración de los niños que trabajan a su propio ritmo es mayor. Los niños trabajan mucho más intensamente en grupo.

Consiste en integrar aspectos de la fisioterapia, terapia ocupacional, logoterapia junto con el grupo de trabajo. De este modo, se atiende a varios niños a la vez, economizando tanto personal como tiempo.

El grupo interdisciplinario permite observar al niño de forma global.

Manejo general del grupo.

Numero de niños. Este varía dependiendo de la cantidad de niños que haya en el centro de atención.

Personal. Un miembro lidera el grupo junto con otra persona que lo ayuda. El líder puede alternarse con su ayudante cada semana para dirigir el grupo. Todos los ayudantes deben trabajar bajo la dirección del líder y no alejarse del grupo.

Ubicación. En lugar donde no existan distracciones familiares y un ir y venir de adultos u otros niños.

Colocar a los niños de manera que puedan ver al líder del grupo en todo momento y también de forma que los niños puedan verse entre sí.

Duración. Deben planificarse sesiones de entre 1 y 2 horas dependiendo de la capacidad de los niños.

Frecuencia. En preferibles que sean diarias o tres veces por semana según los objetivos planteados.

Comportamiento. Si el niño no quiere unirse al grupo hay asegurarse de que las tareas no sean muy difíciles para él. Si no es así, hay que dejar que observe un rato. Los padres nos pueden dar conocimiento de la causa de por que el niño no se une al grupo.

Los niños con problemas de comportamiento pueden interrumpir la actividad del grupo.

Finalmente, una selección de los niños y la planificación del programa facilitan el manejo organizativo. (Levitt, 2000).

OBJETIVOS

❖ GENERAL:

- Investigar si la terapia grupal puede ayudar a los niños con trastornos motores a aumentar sus capacidades psicomotoras.

❖ ESPECIFICOS:

- Comprobar si los niños pueden mejorar su postura en sedestación a partir de la observación de otros niños.
- Observar si los niños pueden lograr que a través de la terapia grupal imiten a otros niños.
- Demostrar que a través del juego se produce la interacción de los niños del grupo.
- Observar si hay una mayor motivación del niño al relacionarse con sus pares.
- Indagar si al disminuir la presión que provoca el terapeuta en el uno a uno, favorece la estimulación del habla y el lenguaje.

MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS

- Características de la investigación.

Se trata de un estudio de carácter cualitativo de extensión microsocial en niños con parálisis cerebral, cuya clasificación topográfica es la cuadriparesia. La investigación se efectuó tomando a los niños en un grupo terapéutico.

- Área de estudio y población.

El trabajo de investigación fue realizado en el Hospital Carrasco.

Los niños con parálisis cerebral presentan cuadriparesia, cuyas características clínicas son espasticidad e hipotonía, entre otras.

Los niños presentan edades entre 2 y 4 años. Estos niños integran grupos familiares con características sociales que comprenden la clase media y baja.

- Procedimientos.

Los datos conseguidos en el trabajo final se obtuvieron por medio de un seguimiento realizado entre el 22 de mayo de 2006 hasta 21 de Agosto de 2006.

Las actividades que se programaron fueron a través del juego en grupo, de este modo los niños desde el primer momento que tuvieron contacto con la terapia pudieron poseer las capacidades de aprender.

La intención fue que a través de los juegos planteados para la terapia en grupo los niños pudieran relacionarse, ya que se considera al juego como un procedimiento que permite adquirir diferentes comportamientos según las diversas situaciones que el niño enfrente cotidianamente.

A su vez, también se realizó un pequeño cuestionario a las madres de los niños, finalizando la investigación. Así de este modo, se pudieron obtener datos del comportamiento de los niños en sus hogares.

De este modo se recolectó la información de lo realizado en la terapia en grupo, la entrevista a las madres, y por último la evaluación efectuada por la terapeuta de dicha institución en Marzo de 2006, con el fin de realizar una comparación de los diferentes datos para poder conocer las habilidades obtenidas por los niños a lo largo del año.

DESARROLLO

EVALUACION REALIZADA EN MARZO DE 2006

Paciente

Nombre: Nabila

Fecha de nacimiento: 30/4/04

Edad: 1 año y 11 meses.

Motivo de consulta: retraso madurativo- parálisis cerebral.

Evaluación neurológica:

- Succión – deglución: si
- Control cefálico: poco
- Apoyo antebraquial: no
- Prensión: si
- Sentado: no
- Gateo: no
- Parado: no
- Marcha: no
- Control de esfínteres: no

Lenguaje:

- Comprensión: si

- Expresión:
 - Verbal: no
 - Gestual: si (se ríe)
 - Corporal: poco

Alimentación:

- Alimentos: liquido, semiliquido.

- Ingestión: succión con fuerza y rapidez. No come sola, si mastica y tiene buen apetito.

Juego: si

Balance:

- Defensa: anterior y lateral: en desarrollo. Posterior y paracaídas no presenta.

- Enderezamiento: en bloque. No presenta disociación de cinturas.

- Equilibrio: aumenta en sedestacion y bipedestación.

Paciente

Nombre: Milagros

Fecha de nacimiento: 7/6/02

Edad: 3 años y 7 meses.

Motivo de consulta: cuadriparesia.

Evaluación neurológica

- Succión- deglución: si

- Sonrisa social: si

- Control cefálico: si (bastante tiempo)

- Apoyo antebraquial: si

- Prensión: si

- Sentado: no

- Gateo: no

- Parado: no

- Marcha: no

- Control de esfínteres: no

Lenguaje

- Comprensión: si

- Expresión:
 - Verbal: si.
 - Gestual: si
 - Corporal: si

Alimentación

- Alimentos: liquido y sólido
- Ingestión: se alimenta en la silla. Come sola y tiene buen apetito.

TERAPIA GRUPAL

22 de mayo de 2006:

Primer encuentro del grupo. Las dos niñas tenían distintas características a pesar de presentar la misma patología. En este primer encuentro se accedió a que las niñas jugaran juego libre, en donde se utilizaron los diferentes objetos que tenían a su alrededor. Esto favoreció a que comenzara el contacto del grupo y el terapeuta, y así poder observar las distintas particularidades que mostraban.

Características individuales:

Nabila: presento falta de control de tronco en sedestacion, reflejo de prensión (al estimular el dorso de la mano realizó la apertura de la misma), bajo tono muscular y estrabismo. Tomó distintos objetos con ambas manos, pero reflejó predominio de la mano izquierda. No mostró buena comprensión cuando se le daba una orden sencilla, como por ejemplo, soltar el objeto que tenía en la mano.

En cuanto al habla, pronuncio algunas palabras como: mamá, papá, agua y que.

Estaba muy apegada a su madre.

Milagros: demostró falta de control en sedestacion, sus manos se mantuvieron cerradas debido al aumento de tono muscular y la columna vertebral se encontraba en posición cifótica, lo cual dificultaba aun mas la postura y la relación con su compañera al no tener un adecuado contacto visual, sumado a esto un notorio patrón flexor.

En lo que respecta a la comprensión, entendía algunas cosas, pero por ejemplo, no sabia entregar un objeto a otra persona cuando se lo pedía.

29 de mayo de 2006:

Durante esta sesión se utilizaron objetos de distintos tamaños y formas, los cuales se encontraban dentro de una caja, en donde se pudo observar la habilidad de cada niña para realizar la prensión fina y gruesa.

También estuvieron presentes las madres, las cuales ayudaron a mantener la posición en sedestacion.

A pesar del poco contacto previo que hubo entre las niñas, se mantuvo una buena comunicación entre ambas.

Lo realizado por las niñas durante la sesión fue:

Nabila: en lo que respecta a la prensión, a pesar de que tomaba los objetos con más facilidad con la mano izquierda, utilizaba ambas manos para sacar los juguetes de la caja. Tomaba objetos de pequeño tamaño, como las cartas, los cuales fueron mucho mas faciles de tomar, y también objetos de tamaño mayor, como una pelota de tenis.

En cuanto al trabajo de sedestación, adopto cómodamente la posición de sentado lateral junto con el apoyo anterior de las manos, en donde requirió mínima ayuda.

Relacionado al habla, respondía cuando Milagros hablaba e imitaba palabras y gestos, lo cual ponía de manifiesto el comienzo de la relación entre ambas. Por ejemplo: cuando milagros le daba un beso a alguien, ella hacía lo mismo.

Milagros: a pesar de que presento movimientos descoordinados de dedos, incorporo nuevos movimientos como pasar un objeto de una mano a otra. También comprendía órdenes sencillas como por ejemplo, cuando se le pedía a que entregue un objeto a su madre, al terapeuta, o a su compañera lo realizaba.

Al igual que su compañera, imitaba sonidos y gestos o decía alguna palabra, si Nabila llamaba a su mamá, ella efectuaba la misma acción.

Se le dificultaba mantener la posición de sentado lateral, debido a que habitualmente no la realizaba. Siempre se sentaba en forma de “canastita”, como la acostumbro su madre, pero si aumentaba la concentración en la actividad que estaba realizando, solo requería una mínima ayuda para mantener dicha posición, así también como mantener el control del cuerpo por unos minutos en donde el tronco.

12 de junio de 2006:

La sesión contó con dos partes. En la primera se realizó la terapia grupal, y en la segunda se realizó un trabajo más individual para poder centrar el tratamiento en las dificultades más importantes.

En relación al grupo, el contacto entre ambas y el terapeuta mejoró a medida que aumentaba el número de sesiones.

Durante la misma se trabajo con la metodología de “grupo de juego” utilizando para tal una caja que en su interior contenía diferentes objetos de distintos tamaños, formas y texturas.

Características del grupo:

Nabila: se mantuvo más alejada del grupo y mas cercana a su mamá. Tomaba muy bien los objetos pequeños, pero se le dificultaba tomar los de gran tamaño como por ejemplo, una pelota de fútbol, esto se debió a la falta de coordinación del miembro superior para poder realizar el ejercicio.

Cuando una persona de su alrededor comenzaba a hablar, efectuaba sonidos parecidos a las palabras dichas por la persona

En cuanto a la sedestacion, se encontraba más cómoda, lo cual beneficiaba a que pudiera mantener dicha posición por un corto tiempo sin ayuda de otra persona, gracias a que había mejorado su postura y equilibrio por el apoyo que efectuaba con sus manos.

Milagros: a diferencia de Nabila, se tuvo que trabajar el apoyo de las manos y estimular la apertura de las mismas, debido a que el aumento del tono muscular hacia que las cerrara, lo que no permitía el correcto apoyo, y como consecuencia perdía el equilibrio.

Mantén una buena postura en sedestacion con asistencia de otra persona, la cual ayudaba cuidar la correcta alineación de columna. En los periodos que presentaba buena movilidad del miembro superior podía realizar la prensión con ambas manos, tanto para objetos pequeños como de mayor tamaño, mostrando un predominio por la mano derecha.

Presentaba una buena comprensión, por lo que cuando necesitaba algo sabía como llamar la atención tanto de su madre como de las personas que la rodeaban, a través de gestos o balbuceo.

Se realizo el pedido de ortesis, con lo cual se trabajara la bipedestación.

26 de junio de 2006:

En esta ocasión se cambio el modo de trabajo, solo se utilizo un juego para aumentar la concentración e interacción entre ambas, esta modalidad se llama “grupo estructurado”.

Distintos juegos eran mostrados por el terapeuta y uno debió ser el elegido por ambas.

Se continuó con el trabajo en sedestacion.

Nabila: no pudo conservar la posición de sedestacion debido a los problemas de alimentación, los cuales comento la madre al ingresar al consultorio.

En lo que concierne a la comprensión, mejoro gracias a la imitación de de su compañera Hubo mejoría en cuanto a la prensión con las dos manos, sobre todo de objetos de mediano tamaño, los cuales anteriormente no los podía sostener por la debilidad que presentaba en su miembro superior.

Milagros: mostró más comunicación no solo con la madre, sino también con su compañera y el terapeuta, así como con el resto de las personas que estaban junto al grupo.

Aprendió a mantener por un tiempo mas prolongado la posición de sentado lateral, en la que no requirió ayuda de otro, solo el apoyo de su miembro superior, gracias a esto había una mejor comunicación y conexión con su compañera.

Comenzo a utilizar ambas manos para tomar objetos, lo que mostraba el aumento de equilibrio y coordinación que había adquirido, cuando anteriormente solo tomaba los objetos con una mano y con la otra mantenía el apoyo.

Comprendía perfectamente las consignas que se establecieron durante la terapia. En cuanto al habla y comunicación, había un marcado progreso, ya que no solo decía palabras sino que establecía una especie de dialogo con su compañera.

En lo que respecta al uso de las ortesis, fue dificultoso, debido a la falta de costumbre producian molestias y las debía tener por un corto periodo durante el dia y no las usaba para dormir. Por tal motivo, se resolvió enseñarle a la madre la preparación y modelación del cuerpo, con el fin de disminuir el tono muscular, aumentar la relajación y lo cual beneficio a que fuera mas fácil la colocación y el uso de la misma.

3 de julio de 2006:

Al observar la mejoría que presentaban las niñas en la posición de sedestacion, se decidió basar la terapia en el habla y la comunicación.

Se utilizaron distintos objetos y juguetes que fomentaran la concentración de las niñas.

En este caso las madres no participaron de la terapia para no desconcentrarlas.

La consigna de la terapia era que a través de los elementos utilizados se estableciera la comunicación e interacción, junto con al habla y comprensión.

Nabila: se mantuvo más participativa y activa que ocasiones anteriores. Realizaba sonidos parecidos a los escuchados y miraba a su compañera cuando lo hacia. Mostraba mas independencia de la madre. Este cambio mostraba la buena relación que existía entre ambas.

Otro dato a tener en cuenta, es que sonreía y se reía cuando estaba en contacto con su compañera o cuando ingresaba al consultorio.

Milagros: manifestó disposición y facilidad para poder realizar la consigna. Reflejo una mejor pronunciación que su compañera, pero al igual que ella mantuvo un mayor contacto visual. Se mostró alegre y sonriente.

En lo que respecta a la posición de sentado, al estar concentrada en la actividad, lo hacía por mucho más tiempo sin ayuda externa.

10 de julio de 2006:

Se continuó con el trabajo de sedestación, pero en este caso se cambió el plano del trabajo. Se utilizó un step de madera, el cual hacía que las niñas pudieran realizar la flexión en 90° de cadera y rodilla, junto al apoyo plantar de ambos pies y al mismo tiempo ejercitar los músculos del tronco. A su vez, hacía que tengan mejor disposición en el momento de tomar objetos y aumentaba el rango de visión.

Nabila: realizó la descarga de peso en donde debió apoyar las manos hacia un lado y hacia el otro, a través de distintos elementos que se utilizaron con el fin de realizar la estimulación para dicha actividad.

Requirió ayuda para poder mantener la columna en posición adecuada.

Se le indicó a la madre que la niña permaneciera más tiempo sentada en un asiento sin respaldo, con el fin de aumentar la fuerza de los músculos del tronco y el equilibrio, y para que permaneciera más tiempo con los miembros inferiores en apoyo plantar.

Milagros: durante este ejercicio no se sintió cómoda, debido al aumento de tono muscular que presentaba. Fue difícil que pudiera mantener la flexión de rodillas

correctamente y la columna sin desviaciones, pero al momento de realizar la descarga de peso, la efectuaba con muy poca ayuda, solo necesito que le conservaran la columna alineada.

24 de julio de 2006:

Se retomo el trabajo en colchoneta debido al uso de las ortesis de Milagros. En donde se le debía enseñar a la madre como se colocaban, y a su vez preparar a la niña para el uso de las mismas. Una vez colocadas, se trabajo la prensión y el empleo de distintos objetos.

Nabila: realiza las consignas que se plantearon para el trabajo de prensión. En cuanto a la sedestacion, mantuvo una mejor postura comparada con las sesiones anteriores. Esto se relaciono a su mejor estado nutricional.

Manifestó alegría e independencia. No requirió excesiva ayuda para alcanzar los objetos que deseaba, y en el caso de que pudiese llegar a ellos, sabía como solicitar ayuda a través de gestos y sonidos.

Milagros: no expreso comodidad durante la sesión, esto se relaciono con el uso de las ortesis. En cuanto a la prensión, mejoraba cada dia la apertura de la mano y el modo en que tomaba los objetos. También tuvo un avance notable en la comprensión, entendía todo lo que el terapeuta decía y también las consignas como por ejemplo: poner todos los juguetes en la caja.

7 de agosto de 2006:

Se volvió a la terapia con steps para comenzar con el pasaje de sedestacion a bipedestación. A través de la utilización distintas consignas y de la utilización de distintos juguetes se lograba la estimulación de las de niñas.

Nabila: se encontraba mejor anímicamente que en otras sesiones. Prestaba mucha atención a los movimientos que realizaba su compañera e intentaba realizar los mismos.

No fue muy fácil que consiguiera la posición de bipedestación por la falta de fuerza muscular. Una vez lograda, mostró una marcada hiperextensión de rodillas, lo cual también es consecuencia de la debilidad muscular.

Se trabajó la transferencia de peso, en donde debió juntar los objetos que estaban en el piso. Junto a esto, se trabajó los cambios de posición de sedestación a bipedestación y viceversa.

A pesar de la falta de fuerza muscular que presentaba en los miembros inferiores, mostró un mejor control de tronco, a diferencia de cuando comenzó con el tratamiento.

Milagros: presento buena conexión con su compañera. Durante la posición de sedestación mantuvo buen apoyo de los pies en el suelo, aunque la columna vertebral se encontraba en posición cifótica.

A diferencia de su compañera, Milagros presentaba patrón flexor en los miembros, con la ayuda del terapeuta, pudo lograr la bipedestación.

En cuanto a la comunicación entre ambas, había una buena relación en donde se originaba una especie de diálogo entre ambas, lo cual ponía de manifiesto la conexión que existía.

28 de agosto de 2006:

Se realiza la entrevista a las madres de las niñas. Se planea continuar con la terapia grupal.

ENTREVISTA FINAL A LAS MADRES

Madre de Nabila:

Viven tres personas, el padre, la madre y Nabila.

Antes de comenzar la terapia, hace referencia la madre, que dormían todos en el mismo cuarto, pero a partir de la misma la niña comienza a dormir sola, lo que evidencia la independencia adquirida.

No muestra apego por las personas desconocidas, pero cuando tiene contacto con personas de la familia, como la madrina, dice la madre: “va con ella sin ningún problema”.

Al momento de alimentarse, lo hace en la falda de la madre, pero ella manifiesta “estoy intentando que lo haga en la sillita de comer”. Utiliza la cuchara, debido a que le resulta mas fácil tomar la comida.

En cuanto al juego, pasa mucho tiempo jugando en el cochecito, en el suelo o en la cama. Por lo general juega sola, pero también le gusta compartir mucho tiempo con otros niños.

Cuando requiere ayuda, llama a la madre con algún sonido o le dice “negra”.

Desde el comienzo de la terapia la madre noto que su hija se muestra mas independiente. Dice la madre que esta mas “conectada” y se comunica mas. Permanece mas tiempo sentada y tiene mas control de su cuerpo. Al estar jugando utiliza ambas manos, cuando antes solo usaba una sola.

Cuando llega una persona desconocida “presta mas atención y la observa”.

Madre de Milagros:

Son tres personas las que conviven en el hogar, el padre, la madre y Milagros. A pesar de la independencia que muestra, aun duerme con los padres en la mismo lecho.

Con respecto a la relación con los adultos, anteriormente mostraba “desconfianza”, según refiere la madre. Con el pasar del tiempo de la terapia, dice la madre que “se mostró mas suelta”.

A la hora de comer, lo hace en la silla de comer. Antes lo realizaba en la falda de la madre, la cual evidencia que su hija ahora intenta tomar la comida con la mano, lo que anteriormente tampoco lo realizaba.

Cuando se debe vestir, no colabora, pero si sabe cual es la topa que esta usando.

Relacionado al juego, “pasa mucho tiempo en un sillón” según cuenta la madre.

También lo realiza en la cama “rodeada” de almohadas”. Son de su agrado las muñecas, los audífonos y los juguetes con música, sonidos y luces.

Comparte tiempo de juego con primos, los cuales tienen casi su misma edad. Comparte tanto el juego como mirar televisión.

En el momento que necesita ayuda o llamar la atención se dirige a la madre diciéndole “eh” o “mamá”.

La madre a lo largo de la terapia noto distintos cambios actitud en Milagros, como la presencia de “mayor memoria”, la toma de objetos con mejor movilidad y facilidad. Al mismo tiempo observo una mejor postura en sedestación, en la cual según refiere la madre “tiene la columna mas derecha”. Por ultimo, también mostró mas independencia de la madre.

CONCLUSION

Al analizar los datos obtenidos a través de la investigación, se observó mejorías en las niñas en distintas áreas, como la motora, cognitiva, comunicación y social. Sumado a estas también se evidenciaron cambios en la independencia y las relaciones interpersonales

El área motora fue la de más prevalencia, donde se evidenciaron cambios en la postura, gracias a la fuerza muscular adquirida, a la mejor alineación de la columna y sumado a esto, el apoyo de las manos que facilitó el equilibrio y la estabilidad.

Gracias a esto en el hogar se generó un cambio de actitud en las niñas como en las madres.

Haciendo referencia a la prensión, se logró la apertura de las manos, gracias al trabajo de inhibición del reflejo de prensión y conjuntamente realizando actividades indicadas que aumentaban la adecuada movilidad de los dedos, y así poder tomar correctamente los objetos.

En cuanto a las actividades realizadas durante el pasaje de sedestación a bipedestación utilizando los steps y la descarga de peso, facilitó la aparición de las diferentes reacciones de defensa junto con las de enderezamiento, las cuales sumadas al aumento de fuerza adquirido por las niñas, hizo que conservaran una buena postura del tronco así como del miembro superior durante el tiempo que duraba la dicha actividad.

Como consecuencia se generó un campo visual más amplio, lo que benefició la relación de las compañeras y el terapeuta.

Respecto a la comunicación fue fundamental en la terapia a partir de la primera sesión en donde se puso de manifiesto el vínculo del grupo.

Las formas de comunicación mas frecuentes fueron los gestos, sonidos y miradas. Los mismos se realizaron a partir de la imitación entre los miembros del grupo.

La imitación no solo se llevo a cabo en la comunicación, sino también se hizo presente a la hora de realizar diferentes posturas, las cuales fueron mejorando con el paso del tiempo.

Otro de los ítems importantes fue la independencia lograda. No solo se reflejo dentro del tiempo de sesión, donde las niñas no mostraron el apego característico con sus madres, sino que también, se hizo evidente en el hogar en donde según las madres refirieron que mostraban mas “libertad” al jugar o al realizar algún tipo de actividad, así como el cambio de actitud hacia la presencia de personas adultas extrañas, favoreciendo el contacto con las mismas.

Esto se logro en gran parte al trabajo de motivación que se llevo a cabo durante cada sesión utilizando distintos juguetes y por medio del vinculo logrado en el grupo lo cual ayudo a la desinhibición e interacción por parte de los miembros del mismo, junto con el terapeuta y la familia.

Es por ello que en relación a los datos obtenidos a través de la terapia psicomotriz, se considera que la terapia en grupo otorga diferentes beneficios a los niños como aprender a pedir ayuda, colaborar con el otro, así como también prepararlo para la vida social y diferentes relaciones con niños de su edad y personas adultas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

[1] De Quiros, Julio B. Lenguaje, aprendizaje y psicomotricidad. Editorial Panamericana. Junin, Buenos Aires. 1987. pagina 10.

[2] Dr. Schlack Luis. Desarrollo Neurológico Infantil.

<http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/ManualPed/DessNeurolInf.html>

[3] Dr. Schlack Luis. Conceptos generales de desarrollo.

<http://escuela.med.puc.cl/Departamentos/Pediatria/des.psico-neur.html>

[4] Dr. Schlack Luis. Desarrollo Neurologico Infantil.

<http://escuela.med.puc.cl/publicaciones/ManualPed/DessNeurolInf.html>

[5] Cascio Francisco y otros. Aportes a la educación y la pedagogía.

<http://www.ilustrados.com/publicaciones/EpykZAlZVyTSCMyICh.php>

[6] Dra. Moore Rosario. Evolución del desarrollo psicomotor.

<http://escuela.med.puc.cl/publicaciones/manualped/EvalDessPs.html>

[7] Etapas del desarrollo psicomotor en los primeros años de vida.

http://ceril.cl/P36_D_psicomotor.htm

[8] Levitt Sophie. Tratamiento de la Parálisis cerebral y del retraso motor. 3º edición.

Editorial Medica Panamericana. Madrid. 2000. pagina 1.

[9] Bobath Karen. Bases neurofisiológicas para el tratamiento de la Parálisis Cerebral. 2º edición. Editorial Medica Pramericana. 1977. pagina 13.

[10] Apuntes de carrera de postgrado dictado por Castillo Morales.

[11] Aguilar-Rebollero Francisco, Hernández-Sánchez Jorge y col. Fecha: 16 de noviembre del 2000. fuente: Gac. Med. Mex., volumen 137, N° 5, 2001

[12] Bobath Karen. Bases neurofisiológicas para el tratamiento de la Parálisis Cerebral. 2º edición. Editorial Medica Pramericana. 1977. pagina 89.

[13] La parálisis cerebral: esperanza en la investigación. Nacional Institute of Neurological disorders and stroke.

<http://www.ninds.nih.gov/disorders/spanish/paraliscerebral.htm#treatment>

[14] Líneas de manejo fisioterapéutico. http://www.geocities.com/plopez_v/Manefis.htm.

[15] <http://psicologiasocial.idoneos.com/index.php/354954>

BIBLIOGRAFIA

- Levitt Sophie. Tratamiento de la Parálisis cerebral y del retraso motor. 3º edición. Editorial Medica Panamericana. Madrid. 2000
- Bobath Karen. Bases neurofisiológicas para el tratamiento de la Parálisis Cerebral. 2º edición. Editorial Medica Pramericana. 1977
- Apuntes de carrera de postgrado dictado por Castillo Morales.
- De Qiuros, Julio B. Lenguaje, aprendizaje y psicomotricidad. Editorial Panamericana. Junin, Buenos Aires. 1987.
- Bobath Berta, Bobath Karel, “Desarrollo motor de los doferentes tipos de parálisis cerebral”. Segunda edición, Editorial Medico Paramericana, Buenos Aires. 1991.
- Bobath Berta. “Actividad postural refleja anormal causada por lesiones cerebrales”. Editorial Medico Paramericana, Londres. 1987.
- Flehming Inge, “Desarrollo normal del lactante y sus desviaciones”. Editorial Medica Paramericana, Buenos Aires. 1988.
- Vojta, V. “alteraciones motoras. Diagnostico y tratamiento precoz”. Editorial Morata, Madrid, España. 1991.

Bibliografía extraída de Internet:

- Dr. Schlack Luis. Desarrollo Neurológico Infantil.
<http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/ManualPed/DessNeurolInf.html>
- Dr. Schlack Luis. Conceptos generales de desarrollo.
<http://escuela.med.puc.cl/Departamentos/Pediatria/des.psico-neur.html>

- Cascio Francisco y otros. Aportes a la educación y la pedagogía.

<http://www.ilustrados.com/publicaciones/EpykZAlZVyTSCMyICh.php>

- Dra. Moore Rosario. Evolución del desarrollo psicomotor.

<http://escuela.med.puc.cl/publicaciones/manualped/EvalDessPs.html>

- Etapas del desarrollo psicomotor en los primeros años de vida.

http://ceril.cl/P36_D_psicomotor.htm

- La parálisis cerebral: esperanza en la investigación. National Institute of Neurological disorders and stroke.

<http://www.ninds.nih.gov/disorders/spanish/paraliscerebral.htm#treatment>

- Líneas de manejo fisioterapéutico. http://www.geocities.com/plopez_v/Manefis.htm.

- <http://psicologiasocial.idoneos.com/index.php/354954>

ANEXO

ENTREVISTA FINAL A LAS MADRES

- 1) ¿Cuántas personas conviven en el hogar?
- 2) ¿Duerme sola o acompañada?
- 3) ¿Cómo actúa ante las personas mayores?
- 4) ¿Donde se sienta la niña a la hora de comer? ¿Utiliza los utensilios?
- 5) ¿Colabora al vestirse?
- 6) A la hora de jugar, ¿Dónde lo hace y con quien?
- 7) ¿Tiene contacto con niños de su edad?
- 8) ¿Sabe pedir ayuda cuando necesita algo? ¿De que modo lo hace?
- 9) ¿Cuáles son los cambios que ha notado en su hija a lo largo de estos 3 meses de tratamiento?

Trabajo en colchonetas

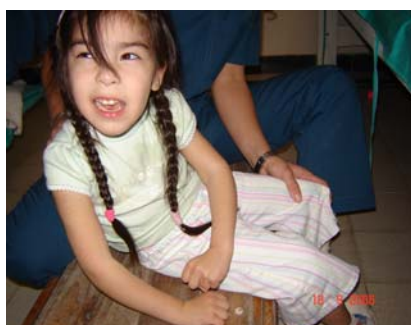
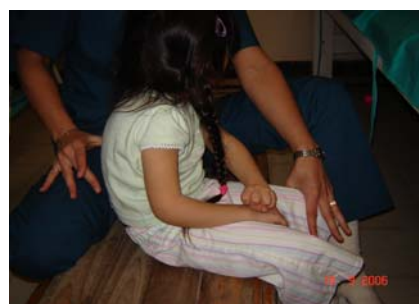


Sentado lateral con apoyo de miembros superiores

Trabajo de prensión



Trabajo con step



Descarga de peso

Pasaje de sedestacion a bipedestación

