



Universidad de Valladolid

ESCUELA UNIVERSITARIA DE EDUCACIÓN (SORIA).

Grado en Educación Infantil

Trabajo de Fin de Grado

INTERVENCIÓN EDUCATIVA ACERCA DE LA PARÁLISIS CEREBRAL EN EL CENTRO DE ASPACE ZARAGOZA.

Alumna: Rocío Modrego Orea.

Tutora: Gloria Fernández Vallejo.

Soria, 29/07/2015

RESUMEN

Con este Trabajo de Fin de Grado, pretendo sobretodo aprender sobre la Parálisis Cerebral. Tengo el testimonio de un familiar cercano (madre de un niño con este tipo de trastorno) y puedo confirmar que no es nada fácil vivir con una persona con Parálisis Cerebral. Creo que es necesario indagar sobre la formación y el cuidado que requiere trabajar con una persona así.

El centro Aspace Zaragoza, es la clave para elaborar la intervención educativa y el trabajo. He tenido la oportunidad de observar el trabajo de especialistas y a la vez de poder intervenir en un aula con cuatro niños del centro y realizar actividades con cada uno de ellos.

Tener adecuado cada ejercicio a la edad y capacidades del niño, son condiciones que influyen para que adquieran un nivel de enseñanza-aprendizaje apropiado y correcto. Es importante hacer ver a la sociedad que las personas con Parálisis Cerebral son igual que las demás, que no hay que discriminarlas porque tengan un trastorno.

PALABRAS CLAVE

Palabras Clave: Parálisis Cerebral, enfermedad, trastorno, lesión, Sistema Nervioso Central.

SUMMARY

Working with this Final Project, especially I pretend learn about cerebral palsy. I have the testimony of a close relative (mother of a child with this disorder) and I can confirm that it is not easy living with a person with cerebral palsy. I think it is necessary to inquire about training and care required to work with a person.

The Aspace Zaragoza center is the key to developing the educational intervention and work. I have had the opportunity to observe the work of specialists and also able to intervene in a classroom with four children from the center and activities with each of them.

Have appropriate each year to the age and abilities of the child, are conditions that influence to acquire a level of teaching and learning appropriate and correct. It is important to show to the society that people with cerebral palsy are just like the others that we should not discriminate against them because they have a disorder.

KEYWORDS

Keywords: Cerebral Palsy, disease, disorder, injury, central nervous system.

INDICE

El presente trabajo sigue las normas y apartados establecidos en la Guía docente:

1. INTRODUCCION.....	4
2. OBJETIVOS.....	6
3. JUSTIFICACIÓN DEL TEMA.....	7
3.1. RELEVANCIA.....	7
3.2. COMPETENCIAS.....	8
4. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	11
4.1. PARÁLISIS CEREBRAL.....	11
4.1.1. RASGOS DE LA PARÁLISIS CEREBRAL.....	12
4.1.2. TIPOS DE LA PARÁLISIS CEREBRAL.....	12
4.1.3. DIFICULTADES ASOCIADAS A LA PC.....	13
4.1.4. EVOLUCIÓN DE LA PC.....	14
5. CARTERA DE SERVICIOS DEL CENTRO ASPACE ZARAGOZA.....	16
6. INTEGRACIÓN EDUCATIVA DE LOS ALUMNOS CON PC.....	22
6.1. MARCO LEGISLATIVO.....	25
7. DISEÑO DE LA INTERVENCIÓN.....	27
7.1. CONTEXTO.....	28
7.2. CARACTERÍSTICAS DE LOS NIÑOS DEL AULA.....	28
7.3. OBJETIVOS.....	30
7.4. COMPETENCIAS BÁSICAS.....	30
7.5. CONTENIDOS.....	32
7.6. METODOLOGÍA.....	32
7.7. TEMPORALIZACIÓN/ORGANIZACIÓN.....	33
7.8. INTERVENCIÓN/PROYECTO.....	35
7.9. EXPOSICIÓN DE LOS RESULTADOS.....	41
8. CONCLUSIONES Y CONSIDERACIÓN FINAL.....	43
9. LISTA DE REFERENCIAS.....	45
10. ANEXOS.....	49

1- INTRODUCCION

En la Confederación Aspace (2014) se define la Parálisis Cerebral de la siguiente forma:

“La Parálisis Cerebral es un trastorno global de la persona consistente en un desorden permanente y no inmutable del tono, la postura y el movimiento, debido a una lesión no progresiva en el cerebro antes de que su desarrollo y crecimiento sean completos. Esta lesión puede generar la alteración de otras funciones superiores e interferir en el desarrollo del sistema nervioso central”.

Para hacer este TFG, he profundizado en el tema de la Parálisis Cerebral buscando información relevante e interesante en diversos medios (libros, artículos, vídeos, documentos, enciclopedias, páginas web, etc), Además, he visitado la fundación “Aspace” Zaragoza que es una entidad sin ánimo de lucro, declarada de utilidad pública, que agrupa a las principales entidades de atención a la Parálisis Cerebral de España, allí me han proporcionado información además de enseñarme todas las instalaciones del centro.

Cada niño es un mundo, por lo que los profesionales, que deben trabajar en equipo, analizarán las necesidades específicas de cada uno de los afectados, creando a continuación programas individuales de tratamiento que atiendan esas necesidades. (Moreno, 2004; p.12).

Los **VALORES** que comparten todos los miembros de la fundación Aspace Zaragoza son los siguientes:

1. Transparencia.
2. Participación.
3. Acompañamiento.
4. Respeto.
5. Solidaridad.
6. Responsabilidad.
7. Calidad.
8. Profesionalidad.

Este trabajo me ha aportado múltiples conocimientos acerca del tema, ilusión para poder ayudar en el ámbito educativo y motivar de los afectados y alegría de poderles ver superar las pequeñas o grandes trabas de la vida diaria.

Intervención educativa acerca de la parálisis cerebral en el centro de Aspace Zaragoza.

Principalmente, el objetivo de este trabajos profundizaren el tema de la Parálisis Cerebral haciendo hincapié en las características más relevantes y desconocidas de este trastorno. Posteriormente, se realizará una intervención educativa para niños con Parálisis Cerebral basándose en los puntos más importantes de las competencias básicas: lingüística, tecnológica, social, etc. Dentro de la intervención se plasmarán unas actividades acordes con los objetivos sugeridos.

Es muy importante concienciar a las personas de lo sacrificado que es cuidar a un niño con Parálisis Cerebral, es un trabajo duro y largo pero con valores como los que practican diariamente en el aula (la esperanza, la lucha y la unión) se puede hacer el camino más fácil y llevadero. También es muy importante destacar la profesionalidad y experiencia de cada uno de los especialistas que se encuentran en el centro, son personas muy competentes en el trabajo que desempeñan en el centro Aspace Zaragoza a las que estoy profundamente agradecida.

2-OBJETIVOS

- Conocer las capacidades y las limitaciones de los niños con Parálisis Cerebral.
- Comprender y respetar los valores y principios que tiene el centro Aspace Zaragoza.
- Estimular y valorar el esfuerzo, la constancia y la disciplina personal de los niños del centro.
- Enseñar y aplicar las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación en las aulas.
- Saber valorar la importancia de la estabilidad y la regularidad en el entorno escolar, los horarios y los estados de ánimo del profesorado como factores que contribuyen al progreso armónico e integral del alumnado.
- Enfocar las actividades a las necesidades que presentan los niños con Parálisis Cerebral para llevar a cabo una intervención adecuada con el fin de mejorar su competencia curricular.
- Reflexionar sobre mis aportaciones en el centro de Aspace Zaragoza.

3-JUSTIFICACIÓN

3.1. RELEVANCIA

En un principio quería hacer mi trabajo sobre las enfermedades raras y la progresión de cada niño en este tipo de enfermedades ya que como su propio nombre indica son poco comunes y las padece una media muy baja de la población española, pero el caso es que existen y no se les da importancia, ni tienen suficientes medios, financiación y ayudas oportunas. Observé que este tema era complejo, entonces empecé a buscar temas similares que me pudieran llegar a dar una misma gratificación personal, y acabé por escoger el tema de la Parálisis Cerebral Infantil.

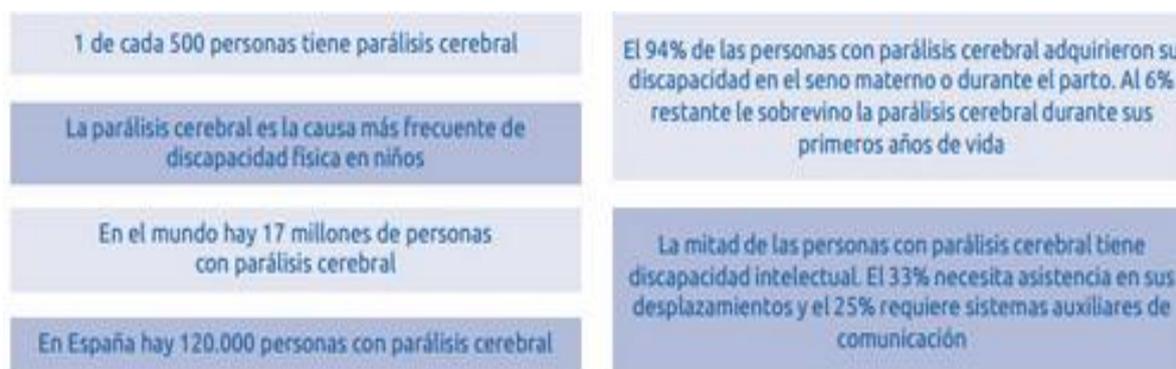
La inmensa mayoría de los libros que tratan el tema de la Parálisis Cerebral Infantil, lo hacen desde una perspectiva teórica, sin tener en cuenta la práctica profesional, y son escasos los que abordan el tratamiento de la voz, habla y lenguaje de estos niños. Muchos se centran en la atención en el hogar, en la educación e integración en la escuela, en la inserción social, en la estimulación precoz [...]; pero poco en la intervención logopédica. (Moreno, 2004; p.9).

Sin embargo en la bibliografía más reciente, se estudian también las intervenciones logopédicas de cada niño con su correspondiente especialista, y se llevan a cabo muchos seguimientos para intentar en la medida de lo posible mejorías en todos los campos deteriorados del pequeño.

“En cualquier caso, los métodos de rehabilitación actuales consideran al niño globalmente y tienen en cuenta los conocimientos y la labor del fisioterapeuta, el psicólogo y el logopeda.”
(Moreno, 2004; p.29).

Tras revisar varias investigaciones actuales, cabe destacar que durante este año va a comenzar un ensayo multicéntrico para la investigación de un nuevo tratamiento para la Parálisis Cerebral en el Hospital Universitario del Niño Jesús de Madrid. El estudio comienza a partir de la utilización de una infusión doble de dos tipos de células madre obtenidas de la sangre y del tejido de cordón umbilical.

Las células madre de origen perinatal han demostrado tanto in vitro como in vivo una elevada actividad inmunomoduladora y antiinflamatoria, así como un marcado efecto trófico estimulando la regeneración del tejido cerebral, por tanto se puede decir que se abre un periodo en el desarrollo de nuevos tratamientos en neurología pediátrica. (Confederación Aspace, 2015).



Además, es importante destacar datos relevantes acerca de la Parálisis Cerebral (Aspace, 2015):

Considero pues que la Parálisis Cerebral es un tema que merece la pena conocer, indagar y profundizar en él, como veremos, es una labor muy compleja tanto para el personal especialista como para los familiares que están al lado de la persona que la padece.

3.2. COMPETENCIAS

El tema de este trabajo está relacionado con las siguientes competencias de grado establecidas por el **R. Decreto 1393/2007**, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias.

Además de una adquisición de competencias específicas expuestas en la **ORDEN**

ECI/3854/2007, de 27 de diciembre, que regula el Título de Maestro en Educación Infantil.

- *Que los estudiantes hayan demostrado poseer y comprender conocimientos en un área de estudio –la Educación– que parte de la base de la educación secundaria general, y se suele encontrar a un nivel que, si bien se apoya en libros de texto avanzados, incluye también algunos aspectos que implican conocimientos procedentes de la vanguardia de su campo de estudio.*

Para la realización del TFG he tenido que comprender conocimientos específicos de la Educación y adecuar las competencias básicas a mi intervención, además de reconocer técnicas y métodos de enseñanza- aprendizaje para un correcto funcionamiento en el aula.

- *Que los estudiantes sepan aplicar sus conocimientos a su trabajo o vocación de una forma profesional y posean las competencias que suelen demostrarse por*

medio de la elaboración y defensa de argumentos y la resolución de problemas dentro de su área de estudio –la Educación–.

- He aplicado los conocimientos adquiridos del grado en las actividades que voy a llevar a cabo en el aula basándome sobre todo en la resolución de problemas para que aprendan a resolver las dificultades ellos mismos.
- ***Que los estudiantes puedan transmitir información, ideas, problemas y soluciones a un público tanto especializado como no especializado.***
 - Quiero que los niños aprendan a transmitir información a cualquier persona independientemente de sus capacidades.
- ***Que los estudiantes hayan desarrollado aquellas habilidades de aprendizaje necesarias para emprender estudios posteriores con un alto grado de autonomía.***
 - He intentado desarrollar habilidades de aprendizaje necesarias en mi trabajo, concretamente en las actividades propuestas para adquirir un alto grado de autonomía.

Mi trabajo está relacionado con la siguiente competencia específica:

- ***Conocer, participar y reflexionar sobre la práctica diaria en el aula y en el centro, aprendiendo a colaborar con los distintos sectores de la comunidad educativa, relacionando teoría y práctica mediante el dominio de estrategias y técnicas para fomentar un clima de aprendizaje y convivencia.***
 - Conocer las capacidades y limitaciones diarias en el aula, valorando el esfuerzo y constancia que los niños demuestran en el día a día, aplicándose en las nuevas tecnologías y actividades regulando y estableciendo los horarios que contribuyen al estado armónico e integral del alumno.

Esta competencia se descompone en las siguientes subcompetencias:

1. Comprender los procesos educativos y de aprendizaje en el periodo 0-6, en el contexto familiar, social y escolar.
2. Conocer los fundamentos de atención temprana.
3. Capacidad para saber promover la adquisición de hábitos en torno a la autonomía, la libertad, la curiosidad, la observación, la experimentación, la imitación, la aceptación de normas y de límites, el juego simbólico y heurístico (es la técnica de la indagación y descubrimiento).

4. Conocer la dimensión pedagógica de la interacción con los iguales y los adultos y saber promover la participación en actividades colectivas, el trabajo cooperativo y el esfuerzo individual.
5. Adquirir recursos para favorecer la integración educativa de estudiantes con dificultades.
6. Dominar habilidades sociales en el trato y relación con la familia de cada alumno o alumna y con el conjunto de las familias.
7. Capacidad para saber ejercer las funciones de tutor y orientador en relación con la educación familiar.
8. Promover en el alumnado aprendizajes relacionados con la no discriminación y la igualdad de oportunidades. Fomentar el análisis de los contextos escolares en materia de accesibilidad.
9. Capacidad para saber identificar trastornos en el sueño, la alimentación, el desarrollo psicomotor, la atención y la percepción auditiva y visual.
10. Capacidad para colaborar con los profesionales especializados para solucionar bien dichos trastornos.

4- FUNDAMENTACION TEORICA

4.1. CONCEPTO DE LA PARÁLISIS CEREBRAL.

La Parálisis Cerebral Infantil (PCI) fue descrita en 1889 por Olsen, teniendo como antecedentes una enfermedad calificada como el síndrome de Little. Es la patología que más problemas ortopédicos plantea, tras la erradicación de la polio. Tiene una incidencia aproximada del 1-5% de los nacidos vivos, con ligero predominio del sexo masculino, y una mayor incidencia en América respecto a Europa. Actualmente es la primera causa de invalidez en la infancia y otros autores la catalogan como la causa más común de espasticidad en niños. (Ros., P et al, 2003).

En particular los franceses prefieren la denominación de “enfermedad motriz cerebral” que para algunos es de mayor exactitud al suprimir la palabra “parálisis” que, al menos para el vulgo, tiene connotaciones de falta de movimientos y no de movimiento anómalos. Es cierto que en la Parálisis Cerebral existe un déficit en la funcionalidad de los movimientos y puede aceptarse el término parálisis en sentido amplio. El término francés puede objetarse por incluir la palabra “enfermedad”, porque usualmente se utiliza para procesos menos estables y más evolutivos y, en el caso que nos ocupa, sería quizás más correcto usar “condición” (Toledo.,M, 1998).

En el caso de los prematuros, la causa prenatal es la más frecuente, pero ciñéndose a los niños se ha hecho un estudio de 457 casos de Parálisis Cerebral intentando identificar las causas de esta condición. Según Toledo., M (1998), sus resultados son los siguientes:

Causas prenatales.....	24%
Combinación de causas prenatales y parto con riesgo.....	20%
Causas puramente perinatales.....	19%
No se identifica el factor de riesgo y no se conoce el momento de producción de la lesión.....	30%
Causas postnatales obvias.....	8%

La Parálisis Cerebral es la causa más frecuente de discapacidad física, y es el resultado de una lesión en una parte del cerebro que no permite que las órdenes que éste envía lleguen correctamente a los

músculos. La Parálisis Cerebral también puede provocar otras alteraciones ya sean sensoriales, perceptivas, etc.

Las personas con Parálisis Cerebral no son todas iguales: algunas utilizan sillas de ruedas o muletas, mientras que otras pueden andar, aunque con dificultades. En cuanto a comunicarse, unas utilizan fotos y dibujos, y otras, sin embargo, no tienen ningún problema para hablar... todo depende del tipo de lesión de su cerebro. (Ponce., A, 2005).

Cabe destacar que la Parálisis Cerebral no tiene tratamiento pero con una atención adecuada que le permita mejorar sus movimientos, que le estimule su desarrollo intelectual y pueda acceder al mejor nivel de comunicación posible donde estimule su relación social, el niño podrá llevar una vida plena y enteramente satisfactoria.

4.1.1. Rasgos de la Parálisis Cerebral.

1. Se produce por una lesión en el encéfalo, lo que permite establecer un diagnóstico diferencial con respecto a otros trastornos como miopatía, espina bífida, poliomielitis, etc.
2. La lesión cerebral que se trate se puede producir desde el inicio de la gestación hasta los 3 años.
3. Dicha lesión es irreversible y no evoluciona., aunque los síntomas pueden cambiar a lo largo de la vida de la persona.
4. Los trastornos resultantes de la Parálisis Cerebral son múltiples y complejos. El más frecuente y evidente se caracteriza por alternaciones en la postura, tono muscular y movimiento. También pueden asociarse trastornos sensoriales, perceptivos, cognitivos, respiratorios, epilepsia, trastornos del lenguaje, de conducta, etc.

Según el doctor West., R. (1983) se puede sospechar que el niño padece Parálisis Cerebral si el movimiento de una de las extremidades es limitado. Al examinarle, el médico observa si existe asimetría cuando se mueve, una excesiva rigidez muscular cuando se mueven los miembros, o bien una exagerada falta de tono. La lentitud en adquirir habilidades motoras, y las posturas y reacciones anómalas también pueden indicar alteraciones motoras. Los reflejos de los tendones, examinados con un martillo patelar, suelen ser muy vigorosos en los casos de Parálisis Cerebral.

4.1.2. Tipos de Parálisis Cerebral. ANEXO 1.

Una forma de clasificar la Parálisis Cerebral es según la parte del cuerpo afectada:

- Hemiplejía: se produce cuando está afectado uno de los lados del cuerpo, mientras que la otra mitad funciona con normalidad.
- Diplejía: afecta a los cuatro miembros, aunque los inferiores se encuentran más afectados.
- Tetraplejía: afecta globalmente a los miembros superiores e inferiores y, con frecuencia, el eje del cuerpo (cabeza y tronco).

Algunos de los tipos considerados como más importantes se determinan por el trastorno neuromotor:

- Parálisis Cerebral espástica: la corteza cerebral no funciona correctamente. Es la más frecuente. Los grupos musculares se contraen todos a la vez impidiendo la correcta ejecución de los movimientos.
- Parálisis Cerebral atetoide: se produce cuando la parte central del cerebro no funciona adecuadamente. Afecta al tono muscular que fluctúa de alto (hipertonía) o bajo (hipotonía). Durante el sueño el tono muscular es normal. Estas alteraciones provocan movimientos bruscos, incontrolables, involuntarios y lentos debidos a los desequilibrios de las contracciones musculares.
- Parálisis Cerebral atáxica: en este caso el cerebelo es la parte afectada. Provoca problemas de equilibrio y destreza manual con disminución de la fuerza muscular (hipotonía).
- Parálisis Cerebral mixta: lo más frecuente es que nos encontremos con una mezcla de los síntomas de los tres tipos anteriores y por ello a los profesionales les resulta difícil dar un diagnóstico preciso.

4.1.3. Dificultades asociadas a la Parálisis Cerebral.

- Problemas visuales:
 - Defecto cortical: incide en la interpretación de las imágenes en el cerebro.
 - Estrabismo: pérdida de paralelismo de los ojos.
- Percepción espacial:
 - Relación del espacio con su cuerpo.
 - Calcular las distancias.
 - Construir visualmente en tres dimensiones.
- Oído:
 - Hipoacusia: cuando el nervio auditivo está afectado y los sonidos se perciben más bajos.
 - Sordera.

- Habla:
 - Relación con masticar y tragar.
 - Habilidad motriz.
 - Sistemas aumentativos y alternativos de comunicación.
- Epilepsia.
- Dificultad de aprendizaje:
 - Dificultad en la atención.
 - Dificultad en la concentración.
 - Dificultad en la memorización.
 - Procesamiento de la información.
- Otros problemas:
 - Infecciones respiratorias.
 - Alteraciones de conducta.
 - Trastornos de sueño.

4.1.4. Evolución en la infancia/adolescencia/senectud de persona con PC.

El desarrollo de las habilidades cognitivas y comunicativas en cualquier niño se basa en su capacidad de exploración del entorno, la interacción con todo lo que le rodea y la asimilación, organización e integración en beneficio de su desarrollo de todas estas experiencias. Desde los primeros días y semanas el niño desarrolla toda una serie de habilidades motoras, sensoriales, de juego, sociales y comunicativas. La evolución del desarrollo de estas habilidades durante los primeros años de vida será fundamental teniendo en cuenta la plasticidad del desarrollo cerebral especialmente durante los tres primeros años de vida. (Moreno.,J et al, 2004, pp.56-57).

Los tres primeros años de vida son los más importantes para el correcto desarrollo de habilidades motoras, cognitivas, socioafectivas, etcy para la evolución física e interna del pequeño.

En los niños con Parálisis Cerebral estas habilidades se retrasan en diversos grados, pero por lo general alcanzan su máximo potencial para la movilidad independiente de los 6 años. (United Cerebral Palsy, 2015).

Al cabo del tiempo, aparecen mejoras en la atención médica, rehabilitación y productos de apoyo y, es esto lo que determina una menor mortalidad, sobreviviendo hasta la edad adulta, aunque algunas personas pueden vivir hasta la novena década, la esperanza de vida media en ellos es de unos 34 años. (Schutt., A, 1993).

Cuanta más esperanza de vida tengan las personas con Parálisis Cerebral, más aumento de problemas médicos y funcionales llevarán consigo. Dichos problemas médicos los citaré a continuación: (IMSERSO, 2015).

- Envejecimiento prematuro a partir de los 40 años, debido al estrés y al sobreesfuerzo que supone la Parálisis Cerebral sobre el organismo.
- Pueden aparecer problemas cardiovasculares y respiratorios.
- Síndrome post-deterioro, una combinación de dolor, fatiga, debilidad debida a anomalías musculares.
- Osteoartritis y artritis degenerativa, por deformidades óseas y por movimientos repetitivos causando dolor.
- Dolor, puede ser agudo o crónico y se experimenta con mayor frecuencia en las caderas, las rodillas, los tobillos y la parte superior e inferior de la espalda.
- Otros problemas de salud tales como, una mayor incidencia de hipertensión, escoliosis, fracturas óseas, caries y enfermedad periodontal.
- Epilepsia.
- Problemas urinarios.

5. CARTERA DE SERVICIOS QUE SE PRESTAN EN EL CENTROASPACE ZARAGOZA.

Desde el año 1984 lo que fue un conjunto de asociaciones dispersas por el territorio nacional se convierte en la Confederación de Federaciones y Asociaciones de Atención a las Personas con Parálisis Cerebral y Afines (Confederación Aspace, 2015).

Hoy, un cuarto de siglo después, la Confederación Aspace reúne a:

- 70 entidades distribuidas en 17 comunidades autónomas que atiende las necesidades de 18000 asociados con Parálisis Cerebral gracias a una plantilla de 3800 trabajadores y 1600 voluntarios.

Prevención, calidad de vida y solidaridad son los ejes que vertebran la actividad de la Confederación Aspace. Ejes que se asientan sobre el armazón de la calidad y que encaminan el proyecto Aspacehacia el desarrollo personal y la igualdad de oportunidades de las personas con parálisis cerebral y discapacidades afines. (Confederación Aspace, 2015).

El centro integral de Aspace Zaragoza fue creado en el año 1974 con el fin de ofrecer ayuda a las personas (niños y adultos) afectadas de Parálisis Cerebral, en Aragón. Dicho centroatiende a personas que presentan una serie de condiciones directamente vinculadas a trastornos psíquicos, motóricos y sensoriales que comportan una serie de discapacidades que se describen a continuación(Corbella et al, 1994). ANEXO 2:

Discapacidades motrices

Una de las características más relevantes de las personas afectadas de Parálisis Cerebral es la grave incidencia sobre las posibilidades de desplazamiento, manipulación y control del entorno. En muchos de los casos se trata de personas que presentan afectaciones graves en las extremidades superiores e inferiores. Lo que repercute en la imposibilidad de participar en las actividades y situaciones habituales, con lo que disminuyen sensiblemente sus experiencias educativas y sociales.

Intervención educativa acerca de la parálisis cerebral en el centro de Aspace Zaragoza.

Discapacidades sensoriales

Un elevado porcentaje de las personas que se atiende en Aspace-Zaragoza presentan una ausencia, o bien un bajo nivel con relación a las capacidades visual, auditiva o cinestética, de forma que las posibilidades de recibir estímulos del entorno se encuentran limitadas.

Discapacidades en la comunicación

Se trata de personas que presentan serias dificultades, o bien imposibilidad para utilizar el lenguaje oral y gestual, lo cual repercute directamente en la falta de relaciones de contingencia con los elementos de su entorno.

Discapacidad cognitiva

Las personas con afectaciones físicas pueden presentar distintos grados de retraso mental; así nos podemos encontrar con personas con retraso ligero o moderado, hasta otras con retraso mental profundo. Esta condición repercutirá evidentemente en sus posibilidades educativas, y, por tanto, en el tipo de respuesta que será preciso elaborar para cada persona.

Para continuar, se muestra la cartera de servicios que proporciona el centro Aspace en Zaragoza. Todas ellas hacen referencia al cuidado y bienestar de la persona afectada y en la medida de lo posible se intenta mejorar su calidad de vida. Los servicios son: atención temprana, aspecto social, aspecto físico, servicios de la salud, ámbito familiar y ámbito educativo. (Confederación Aspace, 2015).

El primer servicio que voy a nombrar es la **unidad de atención temprana**, el cual lo componen especialistas como: psicólogos, fisioterapeutas, logopedas, terapeutas ocupacionales, psicomotricistas, médicos, etc. Se encargan de intervenir sobre las dificultades del niño con el fin de paliarlas, además trabajan para desarrollar un plan individualizado de servicios para la familia (IFSP). Este plan describe las necesidades específicas del niño al igual que los servicios que recibe el pequeño para tratar con aquellas necesidades. También se ocupan de apoyar a las familias a la hora de afrontar dificultades cotidianas, facilitar la comunicación y la interacción con el niño. El IFSP enfatiza las necesidades de la familia, para que los padres y otros miembros familiares sepan cómo ayudar a su niño pequeño con Parálisis Cerebral.

- Fisioterapeuta: tiene las mismas competencias y responsabilidades que el fisioterapeuta del hospital.
- Logopeda: se ocupa de los problemas para comer o beber del niño. Más adelante, el profesional ayudará al niño para ver si tiene problemas para oír, hablar o comprender lo

que oye. También ayudará a leer y a escribir o a usar algún sistema alternativo de comunicación.

- Psicólogo: ayudará al niño valorando sus capacidades para aprender, su conducta o su personalidad. Intervendrá sobre estos aspectos para mejorar el desarrollo perceptivo-cognitivo del niño. Además, servirá de apoyo para afrontar la nueva situación y enseñará la forma más adecuada de comunicarse e interactuar con el niño.
- Terapeuta ocupacional: este profesional intentará que el niño tenga la mayor autonomía posible y enseñará a los progenitores cómo actuar en casa para favorecer la independencia del niño.

Los servicios para niños de tres años o menos son proporcionados por medio de un sistema de intervención temprana.

Para escuchar y ofrecer información, orientación y asesoramiento acerca de los recursos y servicios del entorno se encuentra el trabajador social que aparece introducido en el apartado de los aspectos sociales.

Además, el trabajador social puede informar sobre:

Centros base, valoración y calificación de las minusvalías.

Ayudas específicas y cómo acceder a ellas.

Certificados, pensiones y tramitación.

Búsqueda de plazas en centros específicos.

Ayudas a domicilio y becas.

Vacaciones para el niño.

Contactos con confederaciones, asociaciones o grupos de padres que tienen hijos con Parálisis Cerebral o lesiones similares.

En lo que se refiere al aspecto físico de los niños con Parálisis Cerebral aparecen diversos indicios que les hacen diferentes a los demás niños. Suelen tener el peso, la talla y el perímetro craneal por debajo de la media correspondiente a la edad y el sexo que tengan, hay acortamiento en el músculo epástico y un margen de movimiento lineal muy reducido. En la extremidad superior, el hombro está en aproximación, el codo flexionado, la mano en flexión palmar, y los dedos permanecen flexionados, con el pulgar atrapado en la palma. La columna puede presentar escoliosis de amplio radio. Las caderas tienen tendencia a la flexión y a la aducción. Las rodillas, por predominio en la actividad de los músculos isquiotibiales, también están en flexión y secundariamente se produce un estiramiento del aparato extensor, lo que condiciona un ascenso de la rótula y una disminución de la potencia de la extensión de la rodilla. Los pies, forzados por la retracción del tríceps sural, se

colocan en equino, y puede asociarse un valgo del calcáneo, que condicionan un pie plano y con desequilibrio asociados en el plano lateral (Beguiristain-Gurpide, JL, 2003), con aumento de gasto energético y anomalías de la función locomotora.

Por ello es importante llevar un control y seguimiento próximo de cada niño dado por los **servicios de la salud**, que en este caso son los pediatras los que detectan problemas del desarrollo del niño y los que piden las primeras pruebas o lo derivan a otros especialistas dependiendo del grado de parálisis que tenga, además es muy importante que las familias mantengan una estrecha relación y cordialidad con el pediatra del niño.

Para un tratamiento adecuado el niño debe ser controlado por un médico especialista en rehabilitación y tiene que ser valorado de forma periódica:

- Inicialmente cada mes hasta que cumpla los 6 meses de edad.
- De los seis a los doce meses: cada dos meses.
- Semestralmente hasta los 2 años de edad ó en caso de presentar alteraciones neurológicas hasta que sea necesario y de acuerdo a su programa establecido.

Los padres deben de estar entrenados en cómo realizar los ejercicios y además deben de:

- Conocer el desarrollo psicomotor normal del niño.
- Aprender a observar las conductas del niño.
- Conocer las técnicas de higiene y alimentación.
- Conocer el programa de tratamiento domiciliario.

Así mismo, los familiares tienen que estar en constante comunicación con cualquier especialista del niño porque esto provoca una mejoría en el estado emocional y educativo del pequeño. También puede haber diferentes reacciones de los padres al saber que su hijo tiene Parálisis Cerebral, a continuación las citaré: (Confederación Aspace, 2015).

- **Miedo**: se preocupan por cómo le puede afectar a su hijo y cómo será el futuro de éste.
- **Enfado o frustración**: sienten enfado consigo mismos, con su pareja, con los médicos, con las autoridades locales.
- **Soledad**: pueden sentirse “distintos” y aislados ante esta dificultad.

- Culpabilidad: algunas madres se pueden sentir culpables por el hecho de que hayan podido hacer algo que provocara la Parálisis Cerebral durante en el embarazo.
- Agotamiento: la energía se consume cuidando a un niño con Parálisis Cerebral sobre todo en los primeros años, por lo que cualquier problema cotidiano les desborda.

Siempre se tienen que llevar lo mejor posible para no perjudicar al pequeño. El ámbito familiar es una de las piezas más imprescindibles, por ello, es necesario suprimir al menos reconducir las reacciones negativas que acaban perjudicando al niño.

Por tanto, el ámbito familiar está muy ligado al desarrollo del niño. Los niños con Parálisis Cerebral y sus familias son miembros importantes del equipo de tratamiento y deben involucrarse íntimamente en todos los pasos de la planificación, toma de decisiones y la administración de los tratamientos.

Diversos estudios han demostrado que el apoyo familiar y la determinación personal son dos de los factores más importantes que predicen cuáles de los individuos con Parálisis Cerebral lograrán alcanzar las metas propuestas a largo plazo. El dominar habilidades específicas, como el caminar correctamente, es un enfoque importante del tratamiento diario, pero la meta final debería ser ayudar a las personas a evolucionar a la edad adulta de manera satisfactoria y conseguir la máxima independencia en la sociedad.

Los modelos educativos que demuestran la importancia de este tipo de intervención son: el especializado y terapéutico de logopeda, pedagogos, psicólogos y maestros en audición y lenguaje y educación especial.

La influencia del ámbito familiar es primordial y posteriormente se comparte con la escuela durante mucho más tiempo como determinante en su desarrollo y especialmente en el hecho de que los interlocutores que haya sepan desarrollarles estrategias y métodos adecuados para la mejora del niño. (Confederación Aspace, 2015).

Si esta influencia se mantiene durante muchos años, el pequeño con Parálisis Cerebral puede beneficiarse de ella y seguirá mejorando su lenguaje y desarrollo, durante la infancia y la adolescencia.

Las primeras interacciones afectivas sociales se producen en el ámbito de la familia y se continúan en el centro educativo. La estabilidad y continuidad de dichas relaciones, en un ambiente adecuado, contribuyen a que el desarrollo y la madurez de la personalidad de los alumnos sigan un curso ordenado.

Intervención educativa acerca de la parálisis cerebral en el centro de Aspace Zaragoza.

Por ello el ámbito educativo ofrece una oportunidad de educación normalizada en la medida de lo posible: que el niño tenga un comportamiento igual que el de sus compañeros de su misma edad, se integre en grupos sociales y participe en ellos. Esto hace que el pequeño amplíe su mundo social y se le ofrezca nuevas posibilidades de aprendizaje, así como aprender a reconocer e interpretar su comportamiento.

En este servicio trabajan los equipos educativos de atención temprana en la etapa de infantil y los equipos de orientación psicopedagógica en la etapa de primaria y secundaria. Compuestos por psicólogos, pedagogos, logopedas, trabajadores sociales y maestros. (Confederación Aspace, 2015).

- Psicólogo o psicopedagogo: da información del aprendizaje y la conducta del niño. Diagnostica y valora los aspectos de la personalidad, la inteligencia y las aptitudes de las personas.
- Logopeda: sirve de apoyo en caso de que el niño tenga problemas para hablar, en el uso del lenguaje o de comprensión tanto del lenguaje escrito como del hablado.
- Maestro especialista en pedagogía terapéutica: este profesional refuerza los aprendizajes de los alumnos que lo necesiten.

6. INTEGRACIÓN EDUCATIVA DE LOS ALUMNOS CON PARÁLISIS CEREBRAL.

Cuando el niño llega a la edad de escolarización tenemos que buscar lo mejor que se adapte a sus características y necesidades. Para la elección es importante tener en cuenta la orientación de los especialistas en atención temprana que trabajan con los niños. La escolarización puede hacerse en centros públicos, concertados o privados, ordinarios en modalidad de Unidad de Ayuda a la Educación Especial (USEE), o específicos.

Los centros ordinarios son escuelas e institutos donde se atienden a los alumnos en modalidad de inclusión plena con la atención especializada necesaria y la dotación de materiales en todo el contenido escolar como una mesa adaptada, ordenador, etc. La escolarización de los alumnos con discapacidad motriz en centros ordinarios es relativamente reciente.

Los centros específicos como Aspace están diseñados para alumnos cuyas necesidades educativas no pueden quedar cubiertas en los centros ordinarios ya que necesitan apoyos extensos y generalizados. La elección de una u otra modalidad, depende de las necesidades del alumno en ese momento. Según la Confederación Aspace Zaragoza (2015), existen diversas escuelas a elección de la modalidad que tenga el niño:

- Escuelas infantiles de 0 a 6 años (periodo escolar no obligatorio). La mayoría acogen a todo tipo de niños y disponen de adaptaciones para facilitar el acceso a niños con dificultades especiales.
- Educación primaria a partir de los 6 años (obligatorio). En esta etapa ya están diferenciados los centros ordinarios y los específicos. La división se basa en las necesidades del niño, aunque existen diferentes criterios en función de la comunidad autónoma o la localidad.
- Dentro de la educación concertada o privada hay centros específicos de educación especial a cargo de organizaciones privadas no lucrativas como las asociaciones de atención a personas con Parálisis Cerebral.

Las funciones de los centros de educación especial han ido cambiando desde sus comienzos. Actualmente, se considera prioridad la funcionalidad de los aprendizajes y potenciar la autonomía y las habilidades sociales que faciliten la participación del alumnado en la comunicación y en el entorno y, en la medida de lo posible, en entornos escolares ordinarios.

El niño con Parálisis Cerebral puede afrontar muchos desafíos en la escuela y es probable que necesite ayuda individualizada. El profesor o especialista se pregunta muchas veces, ¿por qué este niño no responde?, ¿qué es lo que le hace diferente de los demás? Tal vez lo que está sucediendo es que ocurren cosas en el interior del pequeño, ocultas a nuestra vista. (Rosa Rivero.,A; Montero García-Celay., I; García Lorente., M.C et al, 1993).

Afortunadamente, bajo la ley IDEA (ley para la educación de los individuos con discapacidades y el proceso para asegurar que el niño pueda recibir una educación pública, apropiada y gratis), los estados son responsables de cumplir con las necesidades educacionales de los niños con discapacidades. Típicamente un niño con Parálisis Cerebral sería elegible para servicios especiales financiados por IDEA bajo la categoría de “impedimento ortopédico,” que se define como:

- “...un impedimento ortopédico severo que afecta adversamente al rendimiento académico del niño. El término incluye impedimentos causados por una anomalía congénita, impedimentos causados por una enfermedad (por ejemplo, poliomielitis, tuberculosis ósea) e impedimentos por otras causas (por ejemplo, **Parálisis Cerebral**, amputaciones y fracturas o quemaduras que causan contracturas).” -
[34 Código de Regulaciones Federales Sección 300.8(c)(8)]

Es importante señalar que ha habido un auge de nuevas tecnologías que facilitan la autonomía y el acceso al currículo conjuntamente con la evolución social de los colectivos más desaventajados, esto ha producido un cambio en los últimos 20 años. (Rosell, 1998).

Estas tecnologías de ayuda suponen, en la mayoría de casos una gran mejora en la calidad de vida de estas personas, y en algunos casos, los sistemas alternativos y aumentativos de comunicación, les permiten romper el aislamiento y la carencia de comunicación en la que viven, lo que favorece su integración social y familiar, produciendo al mismo tiempo una gran mejora en su estado anímico y personal.

Alcantud (1999) clasifica las tecnologías de ayuda en función de su finalidad en:

Sistemas de entrenamiento y aprendizaje:

- Sistemas alternativos y aumentativos de acceso a la información del entorno.
- Tecnologías de acceso al ordenador.
 - Juguetes electrónicos con interruptores especiales.
 - Almohadillas de interruptores.
 - Adaptaciones del teclado.

- Pulsadores.
- Sistemas alternativos y aumentativos de comunicación.
 - Tablas de comunicación con sintetizadores (el niño se comunica apuntando con el dedo o mirar fotos/ símbolos).
- Tecnologías para la movilidad personal. ANEXO 3.
 - Parapodios ortopédicos.
 - Andadores.
 - Férulas, splints, ortesis.
- Tecnologías para la manipulación y el control del entorno.
- Tecnologías adaptadas para el ocio y el tiempo libre.

En la actualidad ya nadie cuestiona que un alumno que tenga por ejemplo artrofia espinal o artrogriposis se escolarice en un centro ordinario, pero en estos casos la complejidad de sus necesidades y de los recursos necesarios plantea dudas a la familia y a los profesionales.

La modalidad de escolarización compartida escuela ordinaria/escuela especial es menos frecuente, ya que en la actualidad se acostumbra optar por la escolarización en centro ordinario en modalidad USEE (unidades de recurso que cuentan con dotación de profesionales y materiales, cuyo objetivo es favorecer la participación del alumnado con necesidades educativas especiales en entornos escolares ordinarios).

En el caso de alumnos con discapacidad motriz, generalmente se optaba por esta modalidad de escolarización con el objetivo de facilitar recursos educativos específicos que sólo tenían lugar en la escuela especial, especialmente atención de logopedia y fisioterapia. Las condiciones y recursos de los centros ordinarios han cambiado y, en la actualidad, la mayoría de ellos cuentan con los recursos personales y materiales necesarios para poder atenderlos de forma plena.

Por otro lado, la integración y la eficacia del proceso de enseñanza-aprendizaje, también depende de la comunicación entre los distintos especialistas y de que se compartan los mismos objetivos. De esta forma, se trabaja de manera interdisciplinar y si por ejemplo, en clase con el tutor estamos trabajando los números tres, cuatro y cinco; en las clases con los especialistas (fisioterapia, pedagogía terapéutica y logopedia), podemos realizar actividades que incluyan estos números, integrando así los diferentes objetivos. En este mismo sentido, es importante la concordancia de estos objetivos a nivel extraescolar, es decir, también tiene que haber una comunicación fluida con el resto de especialistas ajenos al centro. De este modo, fomentamos una integración completa en todos los aspectos y ámbitos educativos del niño. (Vivanco., N, 2013).

Cabe destacar que en la sociedad no existen dos personas idénticas, con las mismas capacidades, intereses, actitudes, retos, contextos socioculturales... tampoco en la escuela o en la clase hay dos alumnos iguales; cada cual tiene su propia manera de ser, su estilo y ritmo de aprendizaje, su pauta y rapidez de desarrollo, motivación, intereses y curiosidad ante el conocimiento.

Asimismo, es necesario que los profesores tengan expectativas en el progreso escolar de los niños y planteen exigencias educativas para que puedan desarrollar sus capacidades. Aunque en España se observa una tendencia clara orientada a la inclusión del alumnado con Necesidades Educativas Especiales derivadas de discapacidad, existen barreras importantes que superar, así como límites y retos que alcanzar. Uno de los retos más importantes es asegurar el acceso y la calidad de la educación desde edades tempranas hasta la etapa de educación secundaria y post- secundaria.

6.1. MARCO LEGISLATIVO

Es muy importante señalar y conocer el marco legislativo actual refiriéndonos a personas con discapacidad dentro de la Constitución Española y de la Ley Orgánica de Educación para dar a conocer las leyes dirigidas a personas con dificultades.

Voy a exponer a continuación los artículos, leyes y órdenes que establezcan relación con personas discapacitadas en España. Para evitar confusión en la exposición del trabajo, me he limitado a plasmar las leyes españolas, sin hacer mención a ninguna Comunidad Autónoma.

➤ **Constitución Española de 1978.**

Art. 14. Los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.

Art. 20. Se reconoce y protege el derecho a expresar y difundir libremente los pensamientos, ideas y opiniones mediante la palabra, el escrito o cualquier otro medio de reproducción.

Art. 27. 1. Todos tienen el derecho a la educación. Se reconoce la libertad de enseñanza. 2. La educación tendrá por objeto el pleno desarrollo de la personalidad humana en el respeto a los principios democráticos de convivencia y a los derechos y libertades fundamentales. 5. Los poderes públicos garantizan el derecho de todos a la educación, mediante una programación general de la enseñanza, con participación efectiva de todos los sectores afectados y la creación de centros docentes.

Art. 49. Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este Título otorga a todos los ciudadanos.

➤ **LEY ORGÁNICA 2/2006, de 3 de mayo, de Educación.**

Artículo 1. Principios. El sistema educativo español, configurado de acuerdo con los valores de la Constitución y asentado en el respeto a los derechos y libertades reconocidos en ella, se inspira en los siguientes principios:

- a) La calidad de la educación para todo el alumnado, independientemente de sus condiciones y circunstancias.
- b) La equidad, que garantice la igualdad de oportunidades, la inclusión educativa y la no discriminación y actúe como elemento compensador de las desigualdades personales, culturales, económicas y sociales, con especial atención a las que deriven de discapacidad.
- l) El desarrollo de la igualdad de derechos y oportunidades y el fomento de la igualdad efectiva entre hombres y mujeres.

Artículo 2. Fines. 1. El sistema educativo español se orientará a la consecución de los siguientes fines:

a) El pleno desarrollo de la personalidad y de las capacidades de los alumnos. b) La educación en el respeto de los derechos y libertades fundamentales, en la igualdad de derechos y oportunidades entre hombres y mujeres y en la igualdad de trato y no discriminación de las personas con discapacidad.

- LEY 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos.
- LEY 51/2003, del 2 de diciembre, de Igualdad de Oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las Personas con Discapacidad.
- LEY 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.
- LEY 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
- ORDEN ECI/3960/2007, de 19 de diciembre, por la que se establece el currículo y se regula la ordenación de la educación infantil.

7. DISEÑO DE LA INTERVENCION.

Los principios de la **LEY ORGÁNICA 2/2006, de 3 de mayo de Educación** que se van a seguir para el diseño de la intervención son:

- Igualdad de oportunidades.
- Desarrollo pleno de la personalidad y de las capacidades de los alumnos.
- Trato no discriminatorio a ninguna persona con discapacidad.
- Calidad de la educación para todos los alumnos.

La educación infantil abarca desde los 0-6 años y está basada en la prevención y compensación, ya que la intervención temprana se realiza con el fin de evadir problemas en el desarrollo. La intervención con cualquier afectado de Parálisis Cerebral tiene como objetivo favorecer el desarrollo, proporcionándoles experiencias para una evolución más completa.

El diseño del programa de intervención va dirigido a personas con Parálisis Cerebral, alumnos del CentroAspace Zaragoza. Se ha escogido una clase heterogénea de cinco niños porque son los niños que mayor progreso presentan en lo que se refiere al nivel de enseñanza-aprendizaje y con los que se puede trabajar. Las demás clases son niños con un bajo nivel educativo por lo que sería muy complejo trabajar con ellos.

El programa de intervención consta de varios apartados. En primer lugar se analizará las características y las necesidades educativas de cada niño (las dificultades propias de cada pequeño), después, se valorará la evolución e intervención en las actividades del aula adecuándola al nivel evolutivo del pequeño. Y, por último, al finalizar cada actividad sugiero una propuesta de mejora de ésta.

A lo largo de dicha propuesta se trata de adaptar y ajustar a las características, necesidades, capacidades de los niños, la intervención para aprovechar al máximo sus posibilidades y que en un futuro tengan una vida mucho más cómoda.

Para escoger las actividades me he basado en el seguimiento de la programación de la clase, ya que todos los días hacían ejercicios similares a los que he propuesto, para evitar la desestabilización de

los niños, este ha sido el criterio fundamental de elección. Cada actividad está enfocada a un área diferente con el fin de que el niño pueda explorar y conocer cada una de ellas.

7.1. CONTEXTO.

El trato que se le da a los niños con Parálisis Cerebral en el centro Aspace Zaragoza ubicado a las afueras de la ciudad, es apasionante, ya que las personas que trabajan allí siempre están en continua colaboración y disposición con los pequeños.

Las muestras de afecto y cariño entre los pequeños y los especialistas es lo que destaca en el aula. En lo que se refiere al estilo de aprendizaje, cabe señalar que todos los niños usan la imitación como estrategia en el aula, ya que un niño hace un sonido con la tablet y otro niño lo repite, esa es la singular forma de comunicarse entre ellos.

El aula está adaptada a cualquier necesidad o limitación de los niños, ya sea espacial, tecnológico, educativo, etc.

Los niños tienen un trato escaso con sus compañeros puesto que es bastante complejo mantener una conversación con cualquier persona.

Los niños no juegan entre ellos, cada uno juega solo, aunque hay un niño que siempre quiere jugar con los demás, ya que tiene un nivel de discapacidad bajo y le gusta relacionarse e interactuar con los demás compañeros. Este niño está haciendo deporte adaptado (Boccia deporte) en donde participan niños deportistas con diferente tipo de afectación, de esta forma permiten la interacción entre iguales.

Es interesante mencionar que en los alrededores de los barrios de Zaragoza se han creado zonas de espacios de ocio infantil con juegos para niños con alguna discapacidad. Estos elementos adaptados se instalan con el objetivo de fomentar la relación interpersonal y la inclusión.

7.2. CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DE LOS ALUMNOS DE LA INTERVENCIÓN.

A continuación voy a plasmar una breve descripción de los niños del aula donde voy a realizar mi intervención educativa:

1. HUGO: niño de 4 años nacido sin ningún problema hasta el cuarto mes de vida que le atacó una bacteria a su cerebro provocándole una Parálisis Cerebral y un grado de discapacidad del 77%. Su problema es central del tronco, aunque puede mover todas las articulaciones. Tiene hipotonía en el tronco y en la pierna derecha, Y falta de agudeza visual. No comprende el lenguaje ni sabe expresarlo. No puede llevar un ritmo de aprendizaje. Tiene el sentido del tacto muy desarrollado.
Actualmente está en Galicia que es en el único lugar donde se le puede dar el tratamiento y los cuidados que requiere para una mayor facilidad a lo largo de la vida.
2. JIMENA: niña de tres años, le diagnosticaron Parálisis Cerebral debido a la falta de oxígeno en la sangre a causa del poco espacio en el vientre materno. Hemiplejía en la parte izquierda del cuerpo. Tiene rigidez muscular y falta de agudeza visual. Únicamente balbucea, comprende el lenguaje pero su expresión del lenguaje es muy pobre. Es una niña con muy poca iniciativa y siguen el ritmo de la clase pero muy lento y adaptado a su nivel. Es miembro de la asociación de la ONCE.
3. AITANA: niña de cuatro años, le diagnosticaron Parálisis Cerebral debido a una complicación en el parto. Tiene tetraplejía. Tiene rigidez muscular. Diferencia los fonemas oclusivos, pero no comprende y expresa ningún tipo de lenguaje. Maneja una comunicación incoherente. Trabaja en el ordenador mediante un programa específico y personal para ella. Se crea un mundo paralelo cuando está en el ordenador.
4. JESÚS: niño de 6 años, le diagnosticaron Parálisis Cerebral debido a que su progenitora tuvo la rubeola durante el embarazo. Tiene una Parálisis Cerebral física y retraso mental sobre todo en el aspecto del lenguaje. Expresa alguna palabra y comprende palabras sueltas, tiene un lenguaje muy pobre. Falta de agudeza visual y rigidez muscular.
5. NICOLÁS: niño de 5 años, tiene un retraso madurativo psicomotor, tiene principio de autismo cuando está en un nuevo entorno, es el único niño que puede llevar autonomía, él va andando a los sitios, habla, comprende se expresa y lleva un ritmo de aprendizaje gradual. El único inconveniente es que no sabe masticar ni tragar, y se le enseña en los horarios de comida a hacerlo.

Los cinco niños están escolarizados en Aspace, por lo que tienen su aula con sus compañeros y todas las ayudas que necesiten a plena disposición. En el caso de Hugo, actualmente está en Galicia siguiendo un tratamiento prescrito para intentar obtener mejorías en todo su cuerpo. Jimena, Jesús y Aitana después de la jornada escolar en el centro, van a una logopeda y equinoterapia (terapia que usa el caballo como un instrumento natural para su rehabilitación física, psíquica y social, a través de la interrelación entre el caballo, alumno y terapeuta). Nicolás va a clase de logopedia para ver su evolución y le hacen pruebas ya que le quieren enviar a un colegio sin ninguna ayuda especial.

Todos están muy estimulados por sus familias y el entorno más próximo, por lo que es una ventaja a la hora de trabajar con estos pequeños.

7.3. OBJETIVOS

- Comprender el mensaje que le dicen otras personas.
- Conocer y expresar mediante gestos y signos las necesidades de cada niño.
- Explorar y reconocer el entorno próximo.
- Saber llevar a cabo la rutina diaria.
- Interactuar con el servicio del centro.

7.4. COMPETENCIAS BÁSICAS.

Según el **Real DECRETO 1630/2006**, de 29 de diciembre, por el que se establecen las enseñanzas mínimas del segundo ciclo de Educación infantil, se consideran ocho las competencias básicas que pueden agruparse en tres grandes áreas:

Área 1: Conocimiento de sí mismo y autonomía personal.

- Competencia para aprender a aprender.
- Autonomía e iniciativa personal.

Área 2: Conocimiento del entorno.

- Competencia en el conocimiento y la interacción con el mundo físico.
- Competencia social y ciudadana.

Área 3: Lenguajes: Comunicación y representación.

- Competencia en comunicación lingüística.
- Competencia matemática.
- Competencia cultural y artística.
- Tratamiento de la información y competencia digital.

Las competencias que trabajo en la intervención y que por tanto quiero exponer y lograr son:

➤ **Competencia en comunicación lingüística:**

Esta competencia se trabaja en todas las actividades, mediante la lectura y comprensión de oraciones, textos,... con la ayuda de diferentes especialistas (Aller., L, 2013). En todo momento está presente esta competencia cuando se trata de lenguaje expresivo y comprensivo.

➤ **Tratamiento de la información y la competencia digital:**

Los alumnos de esta asociación que tienen la dificultad de poder hablar con los demás niños disponen de gran variedad de recursos tecnológicos que favorecen la comunicación e integración del pequeño en su entorno, en este caso se trata de las tablets, que son un instrumento innovador y que les ayuda mucho a la hora de desarrollar cualquier competencia que se proponga. Este instrumento es muy sencillo de utilizar, donde el niño clikea la imagen que más le gusta y la tablet se encarga de reproducir el nombre de esa imagen.

➤ **Competencia social y ciudadana:**

Se realizan actividades como contar lo que han hecho el fin de semana o decir lo que les apetezca hacer para jugar posteriormente siempre y cuando hablen y se comuniquen, en este caso solo lo hará Nicolás. Además se les pone canciones de diferente género para ver la reacción de cada uno y el estado de ánimo que reproducen.

➤ **Competencia de aprender a aprender:**

En este caso se enseña a los niños cómo decir alguna palabra sin poder o saber reproducirla, por ejemplo hay un niño en el aula que para querer decir cualquier palabra, hace un gesto relacionado para que los demás podamos entender lo que quiere decir, también el niño relaciona una imagen con su palabra aunque no sepa decirla.

➤ **Competencia de autonomía e iniciativa personal:**

Es importante que los niños sepan y aprendan a trabajar valores como la autoestima, libertad, el control emocional y la capacidad para afrontar situaciones difíciles (Vieites; M.C, 2009), en el caso de estos niños es bastante complejo hacerlo, pero con una ayuda en el comienzo pueden llegar a conseguirlo. Por ejemplo Nicolás, sería el primero en llegar a cumplir todos estos valores ya que es el único que ya va haciendo las cosas por sí solo.

7.5. CONTENIDOS

- Uso de instrumentos de apoyo (objetos reales o imágenes).
- Elaboración de oraciones simples.
- Relación de pictogramas con la palabra escrita.
- Manejo de las nuevas tecnologías.
- Comprensión y aprendizaje de los gestos y signos.

7.6. METODOLOGÍA

La metodología que se ha llevado a cabo en todo momento ha sido:

- Activa y flexible, el alumno/a ha de participar activamente en su proceso de aprendizaje, descubriendo por sí mismo y reflexionando el porqué de las cosas. Que cada actividad suponga un paso más introductorio en el proceso de aprendizaje.
- Participativa, en la que se proporcionará continuamente información al alumno/a sobre el momento de enseñanza-aprendizaje en que se encuentran, clarificando los objetivos a conseguir.
- Cooperativa, creando un clima de distribución de tareas y responsabilidades a cada pequeño.
- Individualizada, cada alumno/a es diferente y puede llegar cada uno a una misma adquisición de conocimientos pero por distintos caminos y ritmos de aprendizaje, ya sea con ayuda de los especialistas o con profesores de apoyo.
- Lúdica, que las actividades del programa sean motivadoras y gratificantes para el alumno, es importante destacar que el principio por excelencia que se lleva a cabo es el juego.
- Sistemática, es decir, que las actividades estén ordenadas y secuenciadas cronológicamente, existe una rutina diaria en el aula.
- Basada en las Tecnologías de la Información y Comunicación útiles y motivadoras para el alumnado que recibe contenidos de forma variada por medio de instrumentos de apoyo (ordenadores, software de comunicación, programas de creación de tableros...).

En el aula se trabaja mucho el principio del juego. Es de gran importancia recalcar que el juego es vital para que los niños desarrollen su autonomía y, además, aprendan a disfrutar en compañía de sus padres. Los niños con este trastorno necesitan más apoyo en los juegos.

Los primeros juegos del niño serán similares a los de otros pequeños. Son aquellos en los que intervienen los sentidos y el movimiento. A través del juego se comparten experiencias con el niño. Es importante estar alerta a lo que el niño quiere comunicar, con sus movimientos, sus gestos, sonidos y expresiones del rostro. Así, se aprende a interpretar y dar respuesta a sus actos. El lenguaje corporal del niño tiene una clara intención comunicativa. El juego es una forma de diversión y aprendizaje.

Se deben buscar los momentos en los que ambos se encuentren bien y recordar que sus momentos de atención son cortos. Aprovechar las actividades diarias como el baño o el momento de vestir al niño. En las primeras etapas de desarrollo son idóneos los juguetes y objetos. Animar al niño a tocar, experimentar y descubrir las diferentes propiedades de los objetos, avanzará en su aprendizaje y desarrollo. Además de los juguetes, tienen una gran importancia los juegos de movimiento. A través de canciones y ritmos conseguimos un contacto estrecho con el pequeño.

Muchos niños con Parálisis Cerebral necesitan más que otros el apoyo del adulto para el juego por lo que es importante facilitarles los movimientos acercándole los objetos o llevando sus manos hacia ellos para que puedan explorarlos.

Es muy importante que en la evolución del pequeño se le puedan ofrecer periodos de tiempo para que pueda jugar, aprender y valerse por sí solo.

7.7. TEMPORALIZACIÓN Y ORGANIZACIÓN

En lo que se refiere a la organización de espacios hay que tener en cuenta el acceso sencillo a la mesa de trabajo, que haya suficiente espacio para moverse sin ninguna dificultad y que tengan adaptadas todas las tecnologías que haya en el aula.

Con respecto a la temporalización es muy importante que los pequeños hagan todos los días la misma rutina, porque si no entran en una inseguridad frustrante y no saben qué hacer, ni cómo actuar, por ello como he indicado anteriormente he elegido como criterio de elección primordial el seguir con la programación planificada del curso.

Muestro pues a continuación una tabla de la rutina diaria en el aula de cada niño, lo que hacen desde cuando llegan a clase hasta que se van a comer. La primera fila es la rutina a la que se exponen todos los días los pequeños y debajo el nombre de cada niño, lo que hace en cada momento y sus reacciones.

<u>RUTINA DIARIA EN EL AULA.</u>				
10.00h. Canción de los buenos días en la sala central.	Al llegar al aula, empezamos con las rutinas y “¿Qué se hace primero?”	Cuando comienzan a trabajar:	Después del trabajo.	Almuerzo y música.
<u>Nicolás</u> : juega con los juguetes ya que es el único que puede moverse solo.	<u>Nicolás</u> : se le da un planing de toda la semana con pictogramas y el va señalando lo que la profesora le dice.	<u>Nicolás</u> : ficha de reparar la vocal U.	<u>Nicolás</u> : se va al fisioterapeuta.	<u>Nicolás</u> : no sabe tragar por lo que hay que darle la comida para que lo mastique y ponga la lengua en su posición correcta
<u>Jesús</u> : se intenta mover en su silla, ya que le encanta esa canción.	<u>Jesús</u> : se le da un planing plastificado en dina-5 para que lo vea bien.	<u>Jesús</u> : se le enseña las sílabas y la unión de imagen con la palabra.*Como tiene un retraso en el lenguaje cuando quiere decir la respuesta tiene signos y gestos que hace para que la profesora sepa que es lo que quiere decir.	<u>Jesús</u> : se le proporciona una tablet y juega con ella a una aplicación realizada por Aspace que es tocar una imagen y una voz dice la palabra.	<u>Jesús</u> : come sin ningún problema.
<u>Jimena</u> : todas las mañanas llora, porque no le gusta empezar otro día nuevo.	<u>Jimena</u> : utiliza juguetes, objetos reales.	<u>Jimena</u> : se le da un juguete y juega con él, manipulándolo y experimentando con él.	<u>Jimena</u> : se le proporciona otra tablet, pero no sabe jugar porque no ha adquirido la capacidad de señalar con un dedo.	<u>Jimena</u> : come sin ningún problema.

Intervención educativa acerca de la parálisis cerebral en el centro de Aspace Zaragoza.

<u>Aitana</u> : no se inmuta de la silla. No muestra ningún estado de ánimo.	<u>Aitana</u> : objetos reales.	<u>Aitana</u> : se le pone en el ordenador y se le pone un juego con la finalidad CAUSA-EFECTO.	<u>Aitana</u> : se le pone en el ordenador y utiliza el programa TICO, que es un programa que se señala con la mirada.	<u>Aitana</u> : come sin ningún problema.
--	---------------------------------	---	--	---

Cuadro 1: *Rutinas de los niños en el aula.*

Se utiliza más la secuenciación y la autonomía en los chicos, ellos van más avanzados, en cambio con las chicas se necesita más estimulación y manipulación de los objetos.

En mi intervención, las actividades se han hecho en los tiempos preestablecidos, por lo que es positivo para la serenidad y calma de los niños. Además la cronología llevada a cabo ha sido siempre después de una rutina diferenciada como por ejemplo después de los “buenos días” o después del “almorzar”. En concreto, después de dar los buenos días en la sala conjunta, se realizó una actividad. Al acabar la actividad, se almorzó, y, después del almuerzo, se realizó otra actividad establecida. Posteriormente se llevó a los niños a la sala conjunta para prepararles para comer.

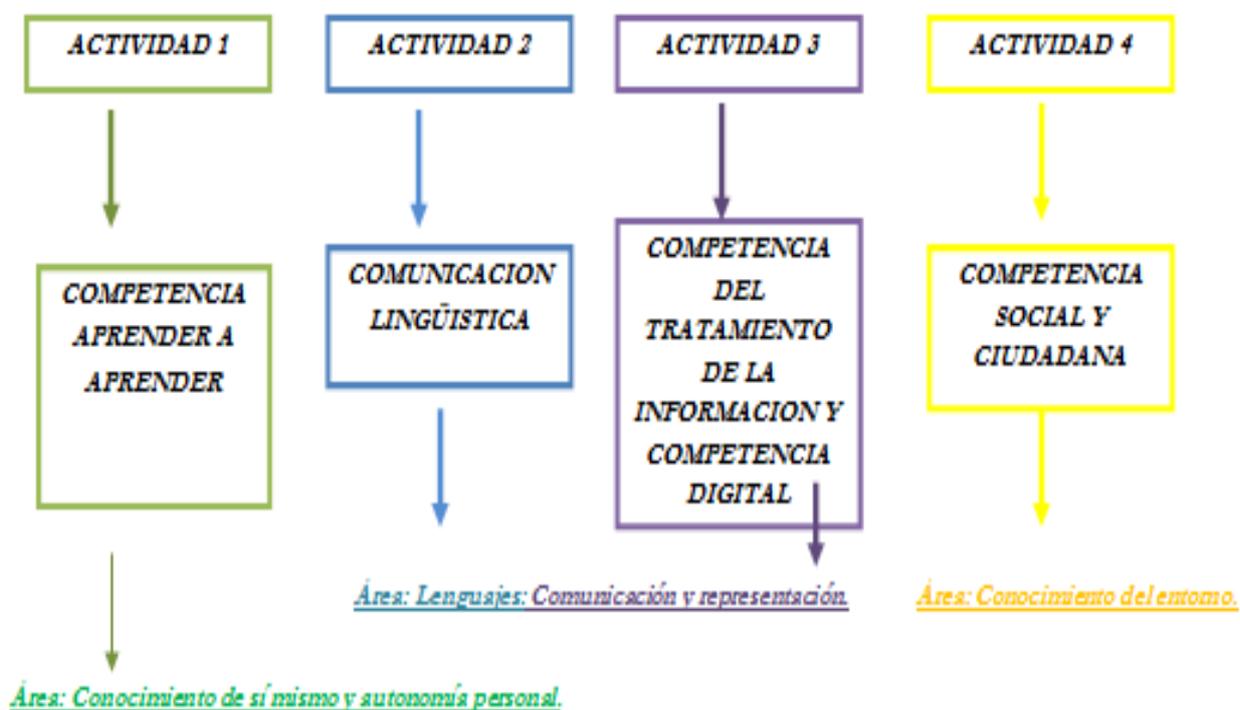
Este procedimiento se realiza durante todo el curso independientemente de la actividad que se realice. En mi caso, las actividades se llevaron a cabo durante un par de semanas, ya que aparte de mis actividades los niños tienen que hacer sus ejercicios específicos (logopeda, fisioterapeuta, etc).

7.8. INTERVENCIÓN QUE SE HA REALIZADO EN EL AULA.

La intervención que voy a presentar consta de cuatro actividades en el aula. Cada actividad va en relación a un área del currículo y dentro de cada área, desarrollo una competencia básica. He escogido estas competencias porque creo que son las que más importancia tienen en la sociedad actual.

Intervención educativa acerca de la parálisis cerebral en el centro de Aspace Zaragoza.

Como he indicado anteriormente para evitar desequilibrios en lo que se refiere a la enseñanza-aprendizaje o frustraciones internas del niño, he llevado el orden escrito predeterminado en la programación del aula del centro Aspace Zaragoza.



A continuación presento el desarrollo de las actividades seleccionadas:

ACTIVIDAD 1

TITULO:	¿SABES QUÉ ES?
OBJETIVOS:	<ul style="list-style-type: none">• Discriminar las imágenes.• Ejercitar la memoria visual.
DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD:	Se le mostrará al niño varias imágenes de animales, objetos, cosas y deberá reconocer lo que es.
DURACIÓN:	10 minutos.
MATERIALES:	Cartas de las imágenes.
OBSERVACIONES:	Esta actividad solo la ha hecho Nicolás, ya que es el que mayor nivel de aprendizaje lleva. Nicolás reconocía bastantes imágenes, pero cuando había una que no sabía preguntaba: “¿esto qué es?” y entraba en bucle continuamente. Los demás niños no tienen bien el sentido de la vista por lo que no podrían hacerla, ya que se orientan más por el sentido del tacto.
PROPUESTA DE MEJORA:	Se podría utilizar el ordenador con esta actividad, es muy sencilla.

ACTIVIDAD 2

TÍTULO:	ME LLAMO...
OBJETIVOS:	<ul style="list-style-type: none">• Elaborar frases con pictogramas.
DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD:	El niño tendrá una serie de pictogramas y deberá hacer frases sencillas señalando el orden de las palabras. Cada niño lo repetirá dos veces, una vez diciendo cómo se llama y otra mostrando dónde se encuentra.
DURACIÓN:	15 minutos.
MATERIALES:	Pictogramas.
OBSERVACIONES:	Todos los niños del aula han hecho esta actividad, unos con más ayuda que otros. A los niños que no ven bien, se les ha hecho unos pictogramas en formato más grande para que pudiesen identificar sin problema la opción que querían señalar.
PROPUESTA DE MEJORA:	En esta actividad es muy importante no tener distracciones en los lugares cercanos al de trabajo ya que son niños que si no les motiva la actividad se distraen con facilidad.

ACTIVIDAD 3

TÍTULO:	APRENDO CON LA TECNOLOGÍA.
OBJETIVOS:	<ul style="list-style-type: none">• Acceder a las aplicaciones de la tablet de forma autónoma orientadas a su nivel.
DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD:	El niño accede a la aplicación hecha por el centro donde hay múltiples imágenes de diferente índole y el niño va tocando y escuchando a su vez el nombre de dicha imagen.
DURACIÓN:	20 minutos.
MATERIALES:	Tablet.
OBSERVACIONES:	Cada niño ha estado jugando con la tablet aprendiendo nombres nuevos de los objetos que hay en la aplicación. Nicolás ha estado con la profesora en un ordenador y se le enseñaba primero la imagen para ver si él la reconocía y podía decirnos qué era. Aitana está en otro nivel de aprendizaje por lo que se le deja en un ordenador con la aplicación TICO, que son percepciones visuales a través de la propia estimulación de la niña.
PROPUESTA DE MEJORA:	Podría instalarse un proyector en el aula para todos los niños pudiesen trabajarlo a la vez y no cada niño con una tablet de forma independiente, además sería una facilidad para la especialista o profesor de apoyo que se encuentre en ese momento con los niños.

ACTIVIDAD 4

TITULO:	¿TE ALEGRA O TE ENTRISTECE?
OBJETIVOS:	<ul style="list-style-type: none">• Mostrar el estado de ánimo mediante diferentes canciones.
DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD:	Se reproducirán diversas canciones de distinto género, clásica, pop, rock, etc, para ver la reacción de cada niño con el diferente género, de esta forma nos mostrarán su estado emocional y podrá servirnos para poner la música que les guste en un momento de estado de ánimo bajo más adelante con el fin de alegrarles.
DURACIÓN:	20 minutos.
MATERIALES:	Reproductor de música y canciones de diferente género musical.
OBSERVACIONES:	A todos los niños les ha gustado mucho la canción de “Chuchuuu” por lo que cuando estén tristes o necesiten escuchar música, se les proporcionará esta canción.
PROPUESTA DE MEJORA:	Se podría escuchar esta canción en los recreos de la clase cuando están almorzando o descansando para relajarles y para aumentar el estado emocional de cada pequeño.

7.9. EXPOSICION DE RESULTADOS DEL PROYECTO.

La evaluación es uno de los procesos más importantes de una programación, y ha de ser entendida como un elemento básico del currículo, al igual que los objetivos y contenidos.

La evaluación de los conocimientos adquiridos ha sido continua y global teniendo en cuenta el progreso de la intervención. En primer lugar, se ha evaluado los logros conseguidos según los criterios expuestos a continuación:

- Discrimina imágenes de objetos reales con objetos ficticios.
- Practica la memoria visual mediante el juego de las parejas.
- Manejos de las tecnologías del aula (tablets, ordenador).
- Elaboración de oraciones sencillas mediante pictogramas.
- Aparición del estado de ánimo mediante diferentes géneros de música.

En segundo lugar, se ha tenido muy en cuenta la actitud del alumno, interés, motivación, etc en las diversas actividades. En tercer lugar, se han realizado modificaciones o propuestas de mejora en las actividades en el caso de no verse ningún progreso por parte de los alumnos.

Mi valoración del trabajo ha sido directa y sistemática, por lo que la puesta en práctica de las actividades planteadas en la intervención del aula ha sido eficiente.

Las actividades se han hecho de forma grupal a los cuatro niños que están en el aula, pero a cada niño se ha adaptado la actividad a sus necesidades correspondientes, a pesar de esto, las actividades se han realizado correctamente y sin ningún problema superando los objetivos propuestos.

Los objetivos propuestos de cada actividad, se han conseguido. Se han evaluado las siguientes conductas específicas en cada actividad:

En la **actividad 1** se han logrado los siguientes objetivos mostrando al niño varias imágenes de animales, objetos y cosas:

- Discriminar las imágenes.
- Ejercitar la memoria visual.

Nicolás ha sido el único que la ha realizado, diferenciaba las imágenes pero cuando aparecía una imagen que desconocía entraba en confusión y se repetía asimismo una y otra vez que “¿qué es eso?”.

En la **actividad 2** se ha logrado el siguiente objetivo elaborando pictogramas y haciendo frases sencillas señalando el orden de las palabras:

- Elaborar frases con pictogramas.

Todos los niños la han sabido hacer con mayor o menor ayuda y por lo tanto, dependiendo el grado de dificultad. A los niños con alto grado de visión se les ha proporcionado unos pictogramas en un formato más grande para que no tuvieran ninguna dificultad.

La **actividad 3** ha sido superada por todos los niños, únicamente tenían que explorar diferentes aplicaciones en la tablet orientadas al nivel de cada uno de ellos. Su objetivo era:

- Acceder a las aplicaciones de la tablet de forma autónoma orientadas a su nivel.

Ha sido una actividad muy sencilla de realizar. Cada niño tenía su tablet y su programa adaptado a sus necesidades, únicamente tenían que pulsar la imagen que querían y acto seguido la tablet les decía el nombre de esa imagen.

El objetivo de la **actividad 4** se ha logrado satisfactoriamente, reproduciendo canciones de distinto género musical:

- Mostrar el estado de ánimo mediante diferentes canciones.

A todos los niños les ha gustado esta actividad ya que estaban emocionados al oír alguna de las canciones puestas en el aula. La canción “ChuChuUa” ha sido la revolución para ellos, les ha encantado y no paraban de moverse y disfrutar con ella.

8. CONSIDERACIÓN Y CONCLUSIÓN FINAL.

He conocido en profundidad algunas de las dificultades de los niños con discapacidad y a su vez las múltiples ayudas y soluciones que existen para paliar este trastorno. Todo ser humano necesita su atención individualizada y su comunicación con los demás seres humanos por diferente que sea. Conocer el historial clínico de cada pequeño es una ayuda bastante potente para que a partir de ahí se puedan hacer actividades individualizadas para cada niño.

Las limitaciones de cada niño dependen de sus deficiencias corporales, pero la mayoría de las limitaciones son:

- Motoras.
- Espaciales.
- Evolutivas.
- Físicas.
- Educativas.
- De la salud.
- Familiares.
- Funcionales.
- Sensoriales.
- Comunicativas (Audio-visuales).
- Cognitivas.
- Sociales.
- De atención temprana.

Los puntos importantes que el niño debe de tener presentes son: estimular, esforzarse y perseverar, imprescindibles para querer aprender y superarse en el día a día.

El trabajo en un centro para personas con Parálisis Cerebral es una tarea costosa pero es gratificante ver el proceso enseñanza-aprendizaje de los niños desde el principio de la semana a otra, por lo que es conveniente modificar las actividades para el alumnado si se observa que no evoluciona, así como diseñar otras nuevas para ver el progreso que puede llegar a tener.

Pienso que con las actividades que he realizado con los niños han llegado a aprender o, por lo menos, saber comunicarse mediante gestos para querer decir alguna palabra tanto en el aula como en el entorno familiar, por lo que estoy satisfecha de mi aportación en el aula y en el centro.

Además, les he enseñado cómo expresar sus estados de ánimo dependiendo de la música que se está escuchando.

Una de las limitaciones que tuve al principio en el aula fue que los niños no conocían mi voz, por lo que se alteraban cuando yo me disponía a hablar. Al cabo de los días, los pequeños asimilaban mi voz, pero antes de ello, la profesora del aula me ayudaba a hablar con ellos intentando que no se alterasen. Una vez tranquilos, realicé las actividades con ellos.

Mi intervención en el aula ha servido para poder ayudar a los niños con Parálisis Cerebral y conocer los ejes (prevención, calidad de vida y solidaridad) que se asientan sobre el desarrollo personal y la igualdad de oportunidades de este tipo de personas. Estas personas pueden llegar a ser lo que ellos mismos quieran, siempre y cuando se planteen una meta. Existen lugares concretos donde se puede ayudar a cualquier persona con este tipo de trastorno a superar los obstáculos que les aparezcan a lo largo de la vida.

Se puede pensar que he hecho pocas actividades con los niños, pero no es fácil realizarlas y llevarlas a cabo debido al alto grado de afectación que tienen los pequeños. Por lo tanto quería hacer pocas pero que pudieran servir en un futuro para un aprendizaje más intenso y completo.

Como conclusión, quiero recalcar la importancia de la comunicación e interacción del niño con su entorno familiar y educativo, la utilización del principio del juego como herramienta terapéutica, y la necesidad de intervenir, de forma simultánea y paralela, en todas las áreas de desarrollo y en las limitaciones del pequeño. Todo ser humano necesita comunicarse, por este motivo, creo que es positivo la estimulación con sistemas alternativos y/o aumentativos de comunicación, como las tablets, ordenadores, etc.

Me gustaría que haya más investigaciones acerca de la Parálisis Cerebral Infantil y que quede constancia de las pequeñas aportaciones que personas anónimas como yo intentan para hacer ver lo complejo que es trabajar con una persona con este tipo de trastorno. Espero que fundaciones o asociaciones con bastante peso hoy en día en la sociedad se puedan volcar económicamente para que estas personas puedan tener una vida mucho más asequible y sencilla.

9. LISTA DE REFERENCIAS.

MARCO LEGISLATIVO

Constitución Española de 27 de diciembre de 1978 (BOE núm. 311 de 29 de diciembre de 1978) art. 14, art. 20, art. 27.1 y art.49.

LEY ORGÁNICA DE EDUCACIÓN (LOE) 2/2006, de 3 de mayo. En BOE de 4 demayo de 2006. Art. 1 y art. 2.

LEY 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos.

LEY 51/2003, del 2 de diciembre, de Igualdad de Oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las Personas con Discapacidad.

LEY 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

LEY 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

ORDEN ECI/3960/2007, de 19 de diciembre, por la que se establece el currículo y se regula la ordenación de la educación infantil.

REAL DECRETO 1630/2006, de 29 de diciembre, por el que se establecen las enseñanzas mínimas del segundo ciclo de Educación infantil.

BIBLIOGRAFÍA

Aller González., L (2013). *Diseño de un programa de intervención educativa utilizando productos de apoyo para la mejora de la comunicación en personas con Parálisis Cerebral*. Universidad de Valladolid: TFG.

Beguiristain-Gúrpide., J.L. (2003). *Lógica clínica en cirugía ortopédica de a Parálisis Cerebral*. Universidad de Navarra: Revista neurología.

CamilieriRumbau MM. (2006). *Toxina botulínica y fisioterapia en la Parálisis Cerebral Infantil*.

Revfisioter (Guadalupe). 5(1):19-26.

Confederación Aspace (2015). *Mi bebé tiene Parálisis Cerebral. ¿Qué hacer?* Guía para padres primerizos.

Corbella., R; Duch., R; Ódena.,M. (1994). *Asociación de la Parálisis Cerebral, Zaragoza- Aragón.* Barcelona: Institució Balmes.

Martín Iglesias., A.M; Collado Vázquez., S (2015). *Caso clínico en población pediátrica con enfermedades neurológicas: Parálisis Cerebral Infantil.* FisiOGlia: revista de divulgación en Fisioterapia, Vol.2,Nº1, p.6. ← ESQUEMA DE LA PC.

Moreno., J.M; Montero., P.J; García- Baamonda., E (2004). *Intervención Educativa en la Parálisis Cerebral. Actividades para la mejora de la expresión oral.* Mérida. Secretaría General de Educación. Junta de Extremadura.

Ponce., A. (2005). *¿Qué le pasa a este niño? Una guía para conocer a los niños con discapacidad.* Barcelona: Serres.

Póo., P. (2008). *Parálisis Cerebral Infantil.* Barcelona: Asociación Española de Pediatría. Servicio de Neurología.

Ros P, Pascual Gutiérrez R, Monzó Pérez F, Moltó Valor A, Remón Lara J. Parálisis Cerebral Infantil. Podolclin. 2003;4(2):56-64.

Ros P, Pascual Gutiérrez R, Monzó Pérez F, García Blázquez-Pérez F. (2003). Parálisis Cerebral Infantil: aplicación de férulas de materiales plásticos. Salud del pie: RevEspPodol., 30:20-29.

Rosa Rivero., A; Montero García-Celay., I; García Lorente., M.C (1993). *El niño con Parálisis Cerebral: enculturación, desarrollo e intervención.* Madrid: Centro de publicaciones del ministerio de educación y ciencia. (pps.12-13).

Schutt A. Cerebral palsy. En: Sinaki M, ed. Basic clinical rehabilitation medicine. 2ª ed. San Luis: Mosby; 1993:377-378.

Toledo Gonzales., M. (1998). *La Parálisis Cerebral: mito y realidad.* Universidad de Sevilla: ilustrada, Vol.60 de Medicina. (p.15;23)

Vieites Salvado, M. C., (2009). *Programación por competencias en educación infantil.*

Vigo: Ideaspropias.

West, R.(1983). *Las enfermedades infantiles.* Barcelona: New Burlington Book. (p.124-125).

Sociedad Española de fisioterapia en pediatría 2013. Visitado el 01 de abril del 2015:

<http://www.sefip.org/foro/comments.php?DiscussionID=125>

WEBGRAFÍA

Carreras.,N. Tras los Pasos de

Hugo.http://www.heraldo.es/noticias/aragon/2014/09/12/tras_los_pasos_del_pequeno_hugo_3_09611_300.html (Consulta: 23 de febrero del 2015).

Center for Parent Information and

Resources.<http://www.parentcenterhub.org/repository/paraliscerebral/> (Consulta: 28 de marzo del 2015).

Confederación Aspace.Comienza un estudio científico con células madre para el tratamiento de la parálisis cerebral. <http://www.aspace.org/noticias/427-comienza-un-estudio-cientifico-con-celulas-madre-para-el-tratamiento-de-la-paralisis-cerebral>(Consulta: el 9 de abril del 2015).

Confederación Aspace. Algunos datos sobre la Parálisis Cerebral. <http://www.aspace.org/paralisis-cerebral/algunos-datos> (Consulta: el 3 de julio del 2015).

Ministerios de sanidad, servicios sociales e igualdad.IMSERSO.

http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/gv_paralisisc.pdf(Consulta: 17 de junio de 2015).

My child without limits.org <http://www.mychildwithoutlimits.org/understand/cerebral-palsy/cerebral-palsy-treatment/cerebral-palsy-therapies/?lang=es> (Consulta: 15 de Julio del 2015).

Parálisis Cerebral.

<http://salud.discapnet.es/Castellano/Salud/Enfermedades/EnfermedadesDiscapitantes/P/Paralisis%20cerebral/Paginas/Descripcion.aspx> (Consulta: 6 de abril del 2015).

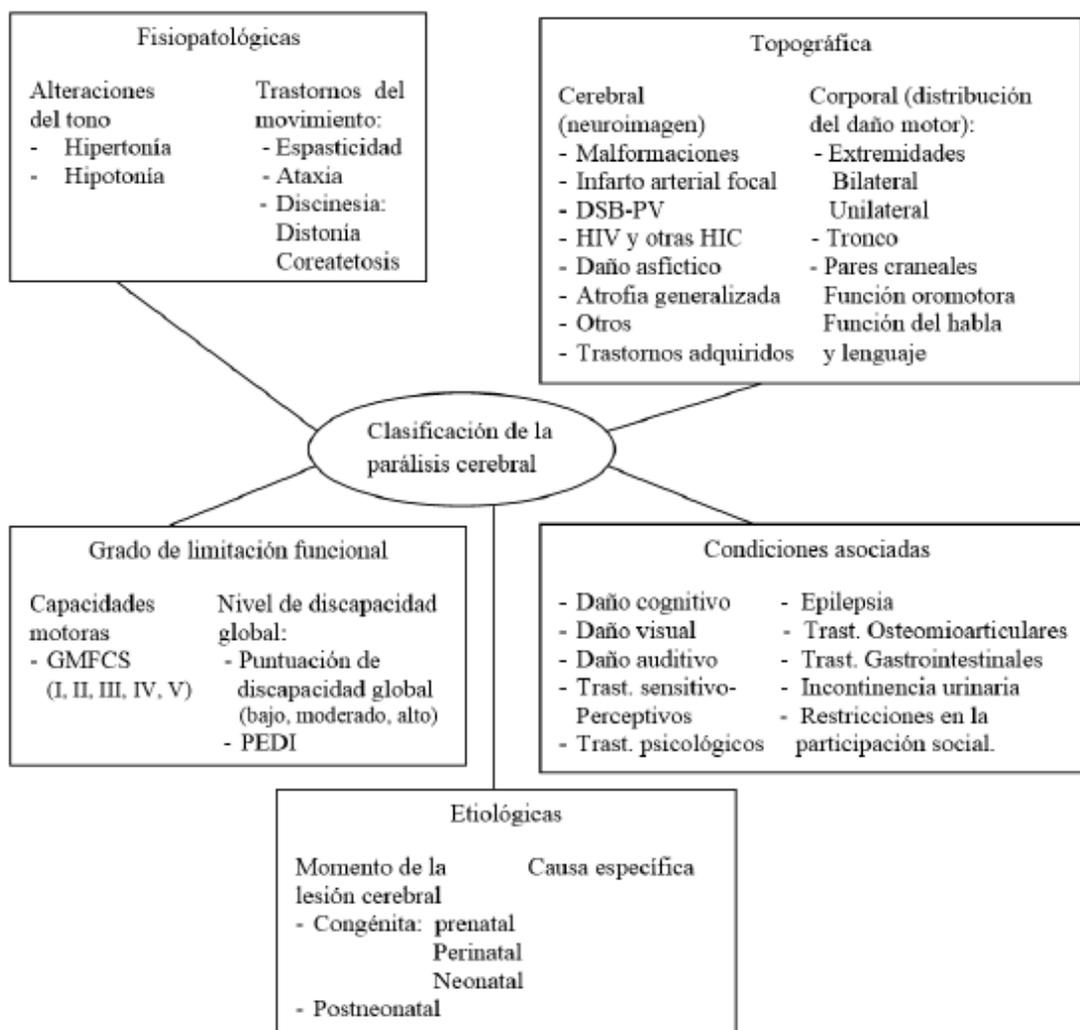
Vivanco Parada, N., Inclusión del alumnado con dificultades motóricas dentro del aula ordinaria.

http://www.academia.edu/6086342/INCLUSI%C3%93N_DEL_ALUMNADO_CON_DIFICU

[LTADES MOTOC3RICAS DENTRO DEL AULA ORDINARIA](#) (Consulta: 29 de abril del 2015).

10. ANEXOS

ANEXO 1



Clasificaciones de Parálisis Cerebral y objetivos a los cuales se orientan:

DSB-PV: daño a la sustancia blanca periventricular.

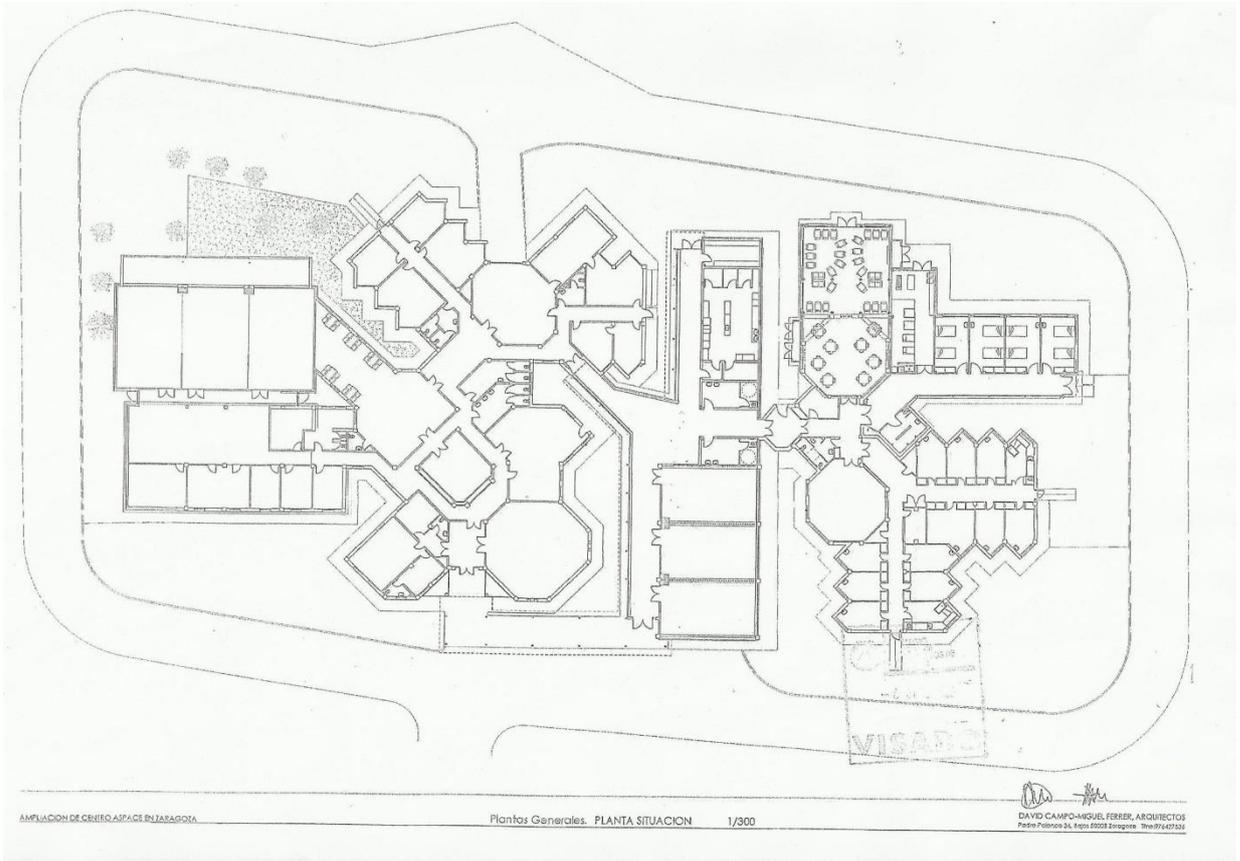
GMFCS: sistema de clasificación de función motora gruesa.

HIC: hemorragia intracraneal.

HIV: hemorragia intraventricular.

PEDI: inventario de evaluación pediátrica de discapacidad.

ANEXO 2



ANEXO 3



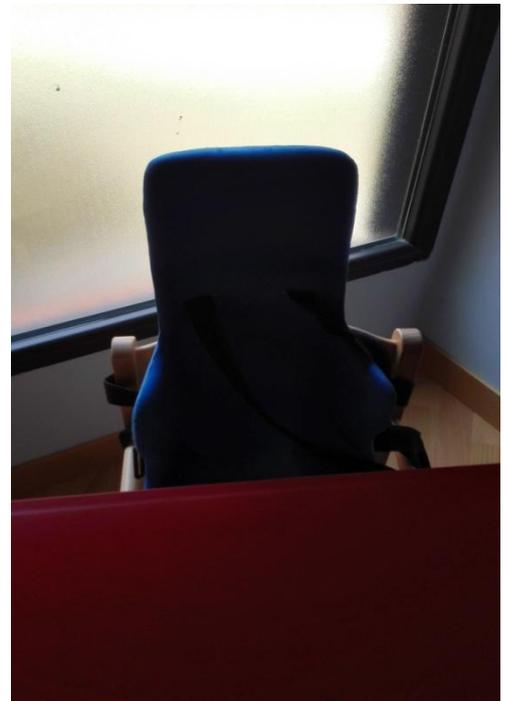
Silla.



Andador ortopédico.



Parapodio ortopédico.



Molde de silla para sentarse adecuadamente en el aula.



Férula de los pies.



Férula de las manos.